

Enquête Communautaire de l'Iowa Solutions for Aging with Independence and Longevity (Solutions pour le vieillissement dans l'indépendance et la longévité) (IA SAIL)

- Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête communautaire du MPA. Vos réponses contribueront à l'élaboration d'un plan pérenne sur la manière dont l'État et les partenaires communautaires travailleront ensemble pour assurer aux personnes de tout âge et de toute condition pour l'accès aux services dont elles ont besoin tout au long de leur vie.
- L'enquête pose des questions concernant les problèmes et les difficultés d'accès aux services qui permettent de bien vieillir et/ou de s'occuper des autres personnes vivants au sein de votre communauté. Afin de garantir une participation élargie de personnes de diverses origines à l'enquête, nous poserons également des questions concernant vos origines. Toute information personnelle fournie sera conservée confidentielle.
- Pour obtenir plus d'informations, consultez le site <https://hhs.iowa.gov/programs/programs-and-services/aging-services/ia-sail>.

LE DEFIS DE VIEILLIR TOUT AU LONG DE LA VIE

1. Examinez les affirmations suivantes et classez-les par ordre d'importance, de la plus importante (1/en haut) à la moins importante (5/en bas).

	Vieillir sans stress économique : vivre à l'abri du stress financier au fur et à mesure que je vieillis, tout au long de ma vie
	Vieillir chez moi : choisir mon lieu de vie et bénéficier de l'aide nécessaire tout au long de ma vie.
	Vivre mieux et plus longtemps : rester en bonne santé tout au long de ma vie.
	Engagement social : vieillir en restant actif et collaborer avec ma communauté tout au long de ma vie.
	Soutenir les prestataires des soins : connaître les aides communautaires afin de venir en aide aux autres personnes à mesure qu'ils vieillissent, tout au long de ma vie.

2. Y a-t-il d'autres préoccupations concernant le vieillissement tout au long de la vie qui ne figurent pas dans les déclarations ci-dessus ?

3. Quelles difficultés rencontrez-vous en ce qui concerne la sécurité financière ? Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.
- a. Trouver et conserver un emploi.
 - b. Trouver et payer un logement.
 - c. Avoir les compétences et la formation nécessaires correspondant à un emploi.
 - d. Payer les médicaments, les soins médicaux, les soins de longue durée, les services à domicile et/ou la couverture d'assurance.
 - e. Protection contre les escroqueries financières.
 - f. Paiement des courses.
 - g. Prise en charge des frais de garde d'enfants
 - h. Paiement des services de santé mentale (thérapie, PT, OT, psychiatrie, etc.)
 - i. Je ne rencontre/prévois aucune difficulté.
 - j. Autre : _____
4. Quelles difficultés rencontrez-vous pour vivre là où vous le souhaitez et recevoir un soutien à domicile lorsque vous en avez besoin ? Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.
- a. Trouver de l'aide pour les soins personnels, y compris le bain, l'habillement, l'utilisation de la salle de bains, etc.
 - b. Obtenir de l'aide pour les tâches ménagères telles que la lessive, le ménage, la cuisine, les courses, le paiement des factures, etc.
 - c. Accéder aux technologies d'assistance comme les fauteuils roulants, les cannes, les appareils auditifs et/ou les logiciels utiles.
 - d. Accès aux transports.
 - e. Trouver des aménagements abordables pour les véhicules, tels que des rampes d'accès pour les fauteuils roulants, des commandes manuelles, etc.
 - f. Trouver un logement qui réponde à mes besoins de mobilité.
 - g. Je ne rencontre/prévois aucune difficulté.
 - h. Autre : _____
5. Quels problèmes rencontrez-vous dans le maintien d'une bonne santé ? Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.
- a. Assurance maladie abordable.
 - b. Accès à une alimentation saine.
 - c. Faire de l'exercice et de l'activité physique.
 - d. Me préparer à des situations d'urgence telles que les catastrophes naturelles.
 - e. Recevoir des soins de santé préventifs comme des bilans de santé, des dépistages du cancer, des soins dentaires et/ou des vaccinations.
 - f. Avoir des professionnels de santé tels que des médecins, des infirmières, des psychiatres, des spécialistes et des hôpitaux près de chez moi. (Prestataires de santé mentale ou physique)
 - g. Moyens de transport pour les rendez-vous médicaux et les pharmacies.
 - h. Accès à des services de garde d'enfants qui répondent aux besoins médicaux et comportementaux.
 - i. Je ne rencontre/prévois aucune difficulté.
 - j. Autre : _____

6. Quelles difficultés rencontrez-vous pour rester actif et social au sein de votre communauté ? Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.
- a. Disposer d'un moyen de transport pour me rendre à des rassemblements sociaux tels que des rassemblements religieux, des événements communautaires, du travail bénévole, etc.
 - b. Fréquenter des personnes d'âges différents.
 - c. Avoir la possibilité de faire du bénévolat.
 - d. Avoir de la compagnie.
 - e. Avoir accès à l'internet.
 - f. Je ne rencontre/prévois aucune difficulté.
 - g. Autre : _____

QUESTIONS RELATIVES A VOTRE ORIGINE

Veillez nous en dire plus sur votre situation de vie et vos caractéristiques personnelles. **Toutes les informations relatives à votre origine partagées sont facultatives et confidentielles.**

7. Laquelle des options ci-après décrit le mieux votre situation de vie actuelle ? Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.
- a. Je vis seul(e)
 - b. Je vis avec un (des) adulte(s) de 60 ans et plus
 - c. Je vis avec un/des adulte(s) de 18 à 59 ans **sans** handicap.
 - d. Je vis avec un/des adulte(s) âgé(s) de 18 à 59 ans **présentant** un handicap.
 - e. Je vis avec un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans.
 - f. Je vis dans un établissement de soins de longue durée.
 - g. Autre : _____
8. Laquelle des affirmations ci-après vous décrit le mieux ? Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.
- a. Je suis une personne âgée de 60 ans et plus
 - b. Je souffre souffrant d'un ou de plusieurs handicaps physiques.
 - c. Je souffre d'une déficience intellectuelle.
 - d. Je souffre d'un handicap mental (santé mentale, troubles liés à l'utilisation de substances, troubles liés à l'utilisation d'alcool, etc.)
 - e. Je souffre d'une maladie chronique.
 - f. Je suis un ancien combattant.
 - g. Autre : _____
9. Dans quel comté vivez-vous actuellement ?
- _____
10. Votre communauté est-elle considérée comme rurale ?
- a. Oui
 - b. Non

11. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- a. Moins de 18 ans
- b. 18-24
- c. 25-34
- d. 35-44
- e. 45-54
- f. 55-64
- g. 65-74
- h. 75-84
- i. Plus de 85 ans

12. Quelle est votre race et/ou votre origine ethnique ? Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.

- a. Afro-américain ou Noir.
- b. Origine asiatique
- c. Amérindien /autochtone d'Amérique ou d'Alaska
- d. Hispanique ou Latin
- e. Insulaire du Pacifique ou autochtone hawaïen
- f. Européen ou blanc.
- g. Je préfère ne pas répondre.
- h. Autre : _____

13. Quel est votre sexe ?

- a. Homme
- b. Femme
- c. Je préfère ne pas répondre.

14. Vous identifiez-vous comme LGBTQ ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je préfère ne pas répondre.

15. Quelle est la langue principale que vous parlez à la maison ?

16. Quel est le revenu de votre ménage avant impôts ?

- a. Moins de 25 000 USD
- b. De 25 000 à 49 000 USD
- c. 50 000 à 74 000 USD
- d. 75 000 à 99 000 USD
- e. 100 000 à 149 000 USD
- f. Plus de 150 000 USD

DIFFICULTES LIEES A LA PRESTATION DE SOINS

Veillez répondre aux questions suivantes si vous êtes un aidant non rémunéré. **Si cette question ne s'applique pas, vous pouvez ignorer cette section et terminer l'enquête.**

17. J'apporte une aide non rémunérée à :

Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.

- a. Un adulte de plus de 60 ans
- b. Un adulte de plus de 18 ans souffrant d'un handicap.
- c. Un enfant/jeune handicapé.
- d. Une personne souffrant d'une maladie chronique.
- e. Une personne dans un établissement de soins de longue durée.
- f. Je ne fournis pas d'aide non rémunérée à qui que ce soit.
- g. Autre : _____

18. Quelles difficultés rencontrez-vous dans vos soins apportées aux personnes vieillissantes ?

Entourez toutes les réponses qui s'appliquent.

- a. Accès aux services de soutien aux aidants.
- b. Trouver le soutien financier nécessaire à la prise en charge des personnes dépendantes.
- c. Trouver des moments de répit pour s'occuper des autres.
- d. Gérer l'impact émotionnel et mental lié à la prise en charge.
- e. Aider physiquement, notamment soulever ou porter.
- f. Connaître les ressources que ma communauté ou mon pays destine aux personnes dépendantes.
- g. Trouver de l'aide pour s'occuper d'une personne atteinte de démence ou d'Alzheimer.
- h. Formation des aidants sur mes besoins médicaux et/ou comportementaux spécifiques.
- i. Accès à des groupes de soutien appropriés pour les individus et leurs aidants.
- j. Je ne rencontre/prévois aucune difficulté.
- k. Autre : _____

19. Avez-vous déjà dû quitter un emploi, temporairement ou définitivement, en raison de vos responsabilités d'aidant ?

- a. Oui
- b. Non

20. Veuillez décrire toute recommandation qui pourrait vous aider à prendre soin de votre client ou de votre proche.
