Plan directeur sur le vieillissement

Enquête auprès du grand public : Tracer les grandes lignes

NEW YORK STATE | Master Plan for Aging

L'État de New York élabore un plan directeur sur le vieillissement (Master Plan for Aging, MPA) qui présentera des stratégies pour aider tous les New-Yorkais à vivre une vie épanouie, en bonne santé, dans la liberté, la dignité et l'indépendance, quel que soit leur âge. Cette enquête cherche à comprendre les conditions de vie et les besoins en matière de soins et de services des New-Yorkais, ainsi que les domaines d'intervention qui, selon eux, devraient être abordés dans le MPA.

Les réponses reçues dans le cadre de cette enquête permettront de recommander des stratégies, des politiques et des programmes nouveaux ou améliorés à inclure dans le MPA. Cette enquête vous donne l'occasion de nous dire comment le MPA peut mieux vous servir, votre famille et vous.

Veuillez répondre à l'enquête dès que possible, au plus tard le 31 décembre 2023. Vous pouvez répondre à cette enquête au nom d'une autre personne, avec sa participation. Les réponses soumises sont anonymes.

Pour en savoir plus sur le MPA, consultez le www.ny.gov/mpa. Veuillez écrire à MPA@health.ny.gov si vous avez des questions au sujet de cette enquête.

1. Répondez-vous à cette enquête au nom d'une autre personne?

- ☐ Non, je ne réponds pas à cette enquête au nom d'une autre personne.
- ☐ Oui, je réponds à cette enquête au nom d'une autre personne (toutes les réponses reflètent les opinions de cette personne, et non les miennes).

2. Veuillez sélectionner le comté de l'État de New York où se trouve votre résidence principale. Veuillez sélectionner une seule réponse.

☐ Albany	☐ Dutchess	☐ Madison	☐ Putnam	☐ Sullivan
☐ Allegany	☐ Erie	☐ Monroe	☐ Queens	☐ Tioga
☐ Bronx	☐ Essex	☐ Montgomery	☐ Rensselaer	☐ Tompkins
☐ Broome	☐ Franklin	☐ Nassau	☐ Richmond	☐ Ulster
☐ Cattaraugus	☐ Fulton	☐ New York	☐ Rockland	☐ Warren
☐ Cayuga	☐ Genesee	☐ Niagara	☐ St. Lawrence	☐ Washington
☐ Chautauqua	☐ Greene	☐ Oneida	☐ Saratoga	☐ Wayne
☐ Chemung	☐ Hamilton	☐ Onondaga	☐ Schenectady	☐ Westchester
☐ Chenango	☐ Herkimer	☐ Ontario	☐ Schoharie	☐ Wyoming
☐ Clinton	☐ Jefferson	☐ Orange	☐ Schuyler	☐ Yates
☐ Columbia	☐ Kings	☐ Orleans	☐ Seneca	
☐ Cortland	☐ Lewis	☐ Oswego	☐ Steuben	
☐ Delaware	☐ Livingston	☐ Otsego	☐ Suffolk	

3. Comment décrieriez-vous la région où se trouve votre résidence principale (choisir une réponse)?

- ☐ Ville/urbaine
- ☐ Banlieue
- ☐ Rurale

4. Est-il difficile d'avoir accès à des moyens de transport dans votre région?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, quelle est la raison principale qui explique cette difficulté?

- ☐ Je ne connais pas bien les options de transport offertes
- ☐ Je n'ai pas les technologies nécessaires pour accéder aux options de transport offertes
- ☐ Les options de transport sont déficientes
- ☐ Les options de transport offertes ne sont pas conformes à l'ADA (Americans with Disability Act)
- ☐ Je ne comprends pas bien le système de transport, notamment les horaires, les itinéraires et les arrêts
- ☐ Je n'ai pas les moyens financiers d'utiliser les moyens de transport
- ☐ Je ne conduis pas
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____

6. Avez-vous un handicap, une limitation ou un problème de mobilité?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, diriez-vous que votre handicap, votre limitation ou votre problème de mobilité vous empêche de vous déplacer?

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement

8. Si vous avez indiqué avoir un handicap, une limitation ou un problème de mobilité à la question 6, comment jugez-vous l'accessibilité dans votre communauté? En d'autres termes, dans quelle mesure, selon vous, les personnes ayant un handicap, une limitation ou un problème de mobilité peuvent-elles quitter leur domicile, accéder aux services et participer à la vie de leur communauté?

- ☐ Très accessible; je me sens indépendant(e) dans ma communauté
- ☐ Modérément accessible; je peux répondre à la plupart de mes besoins par moi-même
- ☐ Pas très accessible; je peux répondre à la plupart de mes besoins avec de l'aide, sinon j'ai de la difficulté à le faire par moi-même
- ☐ Pas du tout accessible

9. Êtes-vous victime de discrimination (incluant une discrimination fondée sur votre âge ou vos capacités) au sein de votre communauté?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. Si vous avez répondu « oui » à la question 9, cette discrimination se manifeste-t-elle souvent?

- ☐ Régulièrement (p. ex., chaque semaine)
- ☐ De temps à autre (p. ex., plusieurs fois par an)
- ☐ Rarement (à quelques reprises, mais de manière sporadique)

11. Pensez-vous que l'État de New York protège suffisamment contre la discrimination ou pourrait-il faire mieux dans ce domaine?

- ☐ Oui, l'État offre des mesures de protection adéquates
- ☐ L'État dispose de bonnes mesures de protection, mais il pourrait en faire plus
- ☐ L'État ne protège pas adéquatement les personnes contre la discrimination

12. Veuillez choisir l'option qui décrit le mieux votre mode de vie :

- ☐ Je possède une résidence privée
- ☐ Je loue une résidence privée
- ☐ Je vis avec un membre de ma famille
- ☐ Je vis dans une résidence ou une communauté pour personnes âgées indépendantes
- ☐ Je vis dans un logement supervisé ou avec assistance
- ☐ Je vis dans une maison de retraite ou un établissement offrant des soins spécialisés
- ☐ Je vis dans un autre type d'établissement résidentiel (veuillez préciser)

_____

13. Le coût de votre résidence actuelle est-il un fardeau financier pour vous?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas

14. Avez-vous les moyens de répondre à vos besoins nutritionnels et alimentaires?

- ☐ Oui, j'ai les moyens de subvenir à mes besoins
- ☐ Non, je n'ai pas les moyens de subvenir à mes besoins, mais je bénéficie d'une aide/de prestations (p. ex., de la part de la communauté, de ma communauté religieuse, du gouvernement, de ma famille)
- ☐ Non, je n'ai pas les moyens de subvenir à mes besoins et je ne bénéficie d'aucune aide/prestation

15. Si vous n'avez pas les moyens de satisfaire à vos besoins alimentaires et nutritionnels et que vous ne bénéficiez d'aucune aide/prestation, quelle est la raison pour laquelle vous ne recevez pas de prestations?

- ☐ J'ignore ce qui est offert
- ☐ Je ne réponds pas aux critères d'admissibilité
- ☐ Je ne veux pas recevoir d'aide
- ☐ Ne s'applique pas

16. Avez-vous les moyens d'acheter les médicaments dont vous avez besoin?

- ☐ Oui, j'ai les moyens de subvenir à mes besoins
- ☐ Non, je n'ai pas les moyens de subvenir à mes besoins, mais je bénéficie d'une aide/de prestations (p. ex., de la part de la communauté, de ma communauté religieuse, du gouvernement, de ma famille)
- ☐ Non, je n'ai pas les moyens de subvenir à mes besoins et je ne bénéficie d'aucune aide/prestation
- ☐ Ne s'applique pas

17. Si vous n'avez pas les moyens d'acheter les médicaments dont vous avez besoin et que vous ne bénéficiez d'aucune aide/prestation, quelle est la raison pour laquelle vous ne bénéficiez pas de prestations?

- ☐ J'ignore quelles prestations sont offertes
- ☐ Je ne sais pas comment ni où demander de l'aide
- ☐ Je ne réponds pas aux critères d'admissibilité
- ☐ Je ne veux pas recevoir d'aide
- ☐ Ne s'applique pas

18. Quelle est votre situation professionnelle?

- ☐ J'ai un emploi à temps plein
- ☐ J'ai un emploi à temps partiel
- ☐ Je suis au chômage/à la recherche d'un emploi
- ☐ Je suis incapable de travailler et je reçois des prestations d'invalidité
- ☐ Je suis à la retraite (par choix)
- ☐ Je suis à la retraite (imposée par les circonstances, p. ex., un problème médical, un handicap, un accident ou la situation familiale)
- ☐ Je suis aux études
- ☐ Je m'occupe du foyer

19. Avez-vous l'intention de quitter votre collectivité lorsque vous prendrez votre retraite?

- ☐ Oui
- ☐ Non

20. Si vous avez répondu « oui », quelle est la principale raison qui vous inciterait à prendre votre retraite à un autre endroit?

- ☐ Mes finances
- ☐ Les soins de santé
- ☐ La météo
- ☐ L'emplacement de la famille
- ☐ La situation d'aidant
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____

21. Parlez-vous avec les membres de votre famille, vos amis ou les membres de votre communauté aussi souvent que vous le souhaiteriez?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. À quelle fréquence parlez-vous avec des membres de votre famille, des amis ou des membres de votre communauté?

- ☐ Tous les jours
- ☐ Toutes les semaines
- ☐ Tous les mois
- ☐ Quelques fois par année
- ☐ Une fois par année ou moins
- ☐ Jamais

23. Avez-vous accès à Internet à la maison?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24. Si vous n'avez pas accès à Internet à la maison, quelle en est la raison?

- ☐ Je n'ai pas les moyens d'avoir Internet
- ☐ La connexion à Internet n'est pas offerte ou n'est pas stable dans ma région
- ☐ Je ne veux pas de connexion Internet

25. Consacrez-vous souvent du temps à aider d'autres personnes à effectuer certaines des activités suivantes? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- ☐ Tâches ménagères
- ☐ Transport
- ☐ Courses, notamment l'épicerie, la pharmacie, les vêtements et autres indispensables
- ☐ Préparation des repas/cuisine
- ☐ Gestion des finances
- ☐ Prise de rendez-vous
- ☐ Administration de médicaments
- ☐ Soins d'hygiène
- ☐ Utilisation d'appareils technologiques, électroniques ou d'autres appareils de communication
- ☐ Entretien du terrain ou du déneigement, réparations ou entretien de la maison
- ☐ Soins aux enfants ou aux animaux
- ☐ Maintien des pratiques religieuses, des passe-temps ou d'autres centres d'intérêt
- ☐ Interprétation linguistique
- ☐ Aide en cas d'urgence
- ☐ Je n'offre aucun de ces services ou ne peux pas offrir de tels services
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____

26. Si vous aidez d'autres personnes à accomplir l'une ou l'autre des tâches citées à la question 25, à qui offrez-vous votre aide? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- ☐ Membre de la famille
- ☐ Ami(e)
- ☐ Membre de la communauté
- ☐ Collègue

27. Si vous aidez d'autres personnes à accomplir l'une ou l'autre des tâches citées à la question 25, indiquez la ou les raisons principales justifiant votre décision d'aider ces personnes. Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- ☐ La personne que j'aide a un problème médical
- ☐ La personne que j'aide a une limitation physique
- ☐ La personne que j'aide a un problème de santé mentale, de comportement ou un trouble lié à l'usage de substance
- ☐ La personne que j'aide n'a pas l'une des limitations susmentionnées, mais elle est dépassée par la ou les tâches à accomplir (p. ex., elle a besoin d'aide pour garder les enfants, elle ne comprend pas comment utiliser les appareils technologiques)

28. Si vous aidez d'autres personnes à accomplir l'une ou l'autre des tâches mentionnées à la question 25, à quelle fréquence le faites-vous?

- ☐ Plus de 30 heures par semaine, en moyenne
- ☐ De 15 à 30 heures par semaine, en moyenne
- ☐ De 7 à 14 heures par semaine, en moyenne
- ☐ Moins de 7 heures par semaine, en moyenne

29. Si vous aidez d'autres personnes à accomplir l'une ou l'autre des tâches citées à la question 25, avez-vous besoin d'aide pour le faire? Il peut s'agir d'une aide financière, de programmes ou d'autres formes de soutien.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas

30. Recevez-vous l'aide d'autres personnes pour l'une des activités suivantes? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- ☐ Tâches ménagères
- ☐ Transport
- ☐ Courses, notamment l'épicerie, la pharmacie, les vêtements et autres indispensables
- ☐ Préparation des repas/cuisine
- ☐ Gestion de mes finances
- ☐ Prise de rendez-vous
- ☐ Administration de médicaments
- ☐ Soins d'hygiène
- ☐ Utilisation d'appareils technologiques, électroniques ou d'autres appareils de communication
- ☐ Entretien du terrain ou du déneigement, réparations ou entretien de la maison
- ☐ Soins aux enfants ou aux animaux
- ☐ Maintien des pratiques religieuses, des passe-temps ou d'autres centres d'intérêt
- ☐ Interprétation linguistique
- ☐ Situations d'urgence
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____
- ☐ Ne s'applique pas

31. Si vous recevez l'aide d'autres personnes pour l'une des tâches citées à la question 30, qui vous fournit cette aide régulière (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- ☐ Membre de la famille
- ☐ Ami(e)
- ☐ Membre de la communauté
- ☐ Collègue
- ☐ Personnel rémunéré

32. Si vous recevez un soutien d'autres personnes, à quelle fréquence ces personnes vous aident-elles?

- ☐ Plus de 30 heures par semaine, en moyenne
- ☐ De 15 à 30 heures par semaine, en moyenne
- ☐ De 7 à 14 heures par semaine, en moyenne
- ☐ Moins de 7 heures par semaine, en moyenne

33. Quels sont, selon vous, les plus grands défis à relever pour demeurer une personne indépendante, en bonne santé et impliquée au sein de sa communauté? Veuillez sélectionner un maximum de cinq raisons.

- ☐ Je ne sais pas quels sont les services offerts dans ma communauté
- ☐ Je ne sais pas à quelles prestations publiques j'ai droit et/ou je ne sais pas comment obtenir les prestations publiques auxquelles j'ai droit (p. ex., le Programme d'aide de nutrition supplémentaire [Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP], le Programme d'aide énergétique à domicile [Home Energy Assistance Program, HEAP], etc.)
- ☐ Je ne réponds pas aux critères d'admissibilité pour les services ou les prestations
- ☐ Je ne peux pas trouver/embaucher du personnel pour les services dont j'ai besoin
- ☐ Les services communautaires offerts ne répondent pas à mes besoins
- ☐ Je n'ai pas les moyens de me loger
- ☐ J'ai un accès limité à Internet ou à la large bande, ou je n'y ai pas accès du tout
- ☐ Je n'ai pas de téléphone cellulaire, de tablette, ni d'ordinateur
- ☐ J'ai de la difficulté à utiliser les appareils technologiques
- ☐ Les fournisseurs de soins de santé et les professionnels de la communauté ne parlent pas la langue que je préfère et/ou ne comprennent pas ma culture
- ☐ Je ne fais pas confiance aux fournisseurs de soins de santé et aux professionnels de ma communauté
- ☐ Mon domicile ou ma communauté présente des problèmes d'accessibilité physique pour moi (p. ex., absence de barres d'appui, de rampes, d'éclairage amélioré, de trottoirs, de places de stationnement, d'installations ou d'espaces accessibles aux personnes handicapées, etc.)
- ☐ J'ai besoin d'équipement ou d'appareils adaptés ou médicaux, mais je n'en ai pas, comme un lit d'hôpital, un fauteuil roulant, un déambulateur, une canne, une chaise percée, des appareils auditifs, des lunettes, etc.
- ☐ J'ai besoin d'aide pour effectuer les tâches ménagères telles que les réparations, l'entretien du terrain et le déneigement, mais je n'en reçois pas
- ☐ Je ne peux pas me rendre là où je dois aller (p. ex., je ne peux pas quitter la maison parce qu'il est difficile de trouver un moyen de transport)
- ☐ J'ai des limitations physiques ou des problèmes de mobilité qui compliquent les déplacements hors de mon domicile
- ☐ Mes ordonnances et/ou mes soins de santé coûtent trop cher
- ☐ Je dépends d'autres personnes qui doivent prendre des décisions à ma place
- ☐ La coordination ou la communication entre les prestataires de soins de santé et de services sociaux est déficiente
- ☐ Les gens me traitent différemment en raison de mon âge
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____
- ☐ Selon moi, il n'y a pas d'obstacle à demeurer indépendants, en bonne santé et impliqués au sein de ma communauté.

34. À votre connaissance, parmi les prestations et services suivants, lesquels sont les moins accessibles dans votre communauté pour tous les membres de la communauté, mais en particulier pour les personnes âgées ou les personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou de troubles du développement (veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)?

- ☐ Traitements médicaux
- ☐ Aide pour les tâches ménagères ordinaires, les courses, la lessive, la préparation des repas, la gestion des finances, etc.
- ☐ Aide pour les soins d'hygiène, l'habillage, la toilette, le transfert, la supervision des médicaments, etc.
- ☐ Modifications/réparations mineures du logement
- ☐ Encadrement pour l'obtention d'aides et de prestations publiques
- ☐ Livraison de repas et/ou aide à la planification et à la préparation des repas
- ☐ Prévention de la maltraitance et intervention (p. ex., mécanismes d'identification, de signalement et d'intervention aux cas de maltraitance)
- ☐ Services et traitements pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des troubles de comportement
- ☐ Services et traitements pour les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substance
- ☐ Services et traitements pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et développementale
- ☐ Services et traitements pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence
- ☐ Autogestion des maladies chroniques
- ☐ Services de thérapie (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, etc.)
- ☐ Services de dialyse
- ☐ Transport
- ☐ Possibilités de socialisation
- ☐ Services de coordination des soins/gestion de cas
- ☐ Soins de longue durée en établissement (p. ex., maisons de retraite, établissements de soins pour adultes, résidences supervisées, maisons de type familial)
- ☐ Services de proximité favorisant l'intégration et l'indépendance
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____

35. Quels sont les domaines qui, selon vous, devraient être une priorité dans le plan directeur sur le vieillissement? Veuillez sélectionner un maximum de cinq domaines.

- ☐ Logement
- ☐ Possibilités d'interagir avec d'autres membres de la communauté (p. ex., pour socialiser et s'adonner à des passe-temps, faire du bénévolat, participer à des actions de sensibilisation, voter, etc.)
- ☐ Problèmes de santé mentale/de comportement
- ☐ Troubles liés à l'usage de substance
- ☐ Handicaps intellectuels et développementaux
- ☐ Alzheimer et autres formes de démence
- ☐ Prévention de la maltraitance et intervention au besoin (y compris l'exploitation financière, les sévices physiques, sexuels, émotionnels, verbaux et la négligence)

(Suite à la page suivante)

- ☐ Technologie et sécurité technologique
- ☐ Transport
- ☐ Services et aides de longue durée en établissement
- ☐ Augmentation des choix pour les services communautaires
- ☐ Services de coordination des soins/gestion de cas
- ☐ Recrutement et fidélisation de la main-d'œuvre, y compris des soignants rémunérés et des professionnels qui fournissent une assistance aux personnes à domicile (p. ex., les aides à domicile, les aides-soignants, le personnel des établissements et des programmes et/ou la famille ou les amis rémunérés par des services autogérés)
- ☐ Aides et prestations pour les membres de la famille, les amis, les voisins et les autres aidants non rémunérés qui assistent les personnes dans leurs activités de la vie quotidienne
- ☐ Livraison de repas et/ou aide à la planification et à la préparation des repas
- ☐ Assouplissement des critères d'admissibilité à l'aide financière et aux services subventionnés dans le cadre des programmes de prestations publiques (p. ex., le Programme d'aide de nutrition supplémentaire [Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP], le Programme d'aide énergétique à domicile [Home Energy Assistance Program, HEAP], etc.)
- ☐ Changement climatique (chaleur extrême, inondations, etc.)
- ☐ Prévention de l'âgisme et du capacitisme
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____
- ☐ Je ne pense pas qu'il y ait de domaines prioritaires pour le plan directeur sur le vieillissement.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES (FACULTATIF)

1. À quelle tranche d'âge appartenez-vous?

- ☐ Moins de 18 ans
- ☐ De 18 à 24 ans
- ☐ De 25 à 35 ans
- ☐ De 36 à 49 ans
- ☐ De 50 à 64 ans
- ☐ De 65 à 74 ans
- ☐ De 75 à 84 ans
- ☐ 85 ans et plus

2. À quel groupe ethnique appartenez-vous?

- ☐ Caucasien (y compris Moyen-Orient et Afrique du Nord)
- ☐ Noir ou afro-américain
- ☐ Hispanique
- ☐ Asiatique
- ☐ Autochtone ou autochtone d'Alaska
- ☐ Natif d'Hawaï ou insulaire du Pacifique
- ☐ Deux ethnies ou plus, ou je m'identifie à un autre groupe ethnique (veuillez préciser) _____

3. Quelle est votre orientation sexuelle?

- ☐ Hétérosexualité
- ☐ Homosexualité
- ☐ Lesbianisme
- ☐ Bisexualité
- ☐ Personne queer
- ☐ Pansexualité
- ☐ Asexualité
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Incertain(e)/en questionnement/je ne sais pas
- ☐ Non répertoriée (veuillez préciser) _____

4. Identité de genre actuelle

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Femme transgenre
- ☐ Homme transgenre
- ☐ Non conforme dans le genre
- ☐ Non binaire
- ☐ Genre X
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Incertain(e)/en questionnement/je ne sais pas
- ☐ Non répertoriée (veuillez préciser) _____

5. Sexe assigné à la naissance

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Intersexe
- ☐ Je préfère ne pas répondre

Merci d'avoir répondu à notre enquête. Vos réponses nous aideront à déterminer comment le plan directeur pour le vieillissement peut mieux vous servir, votre famille et vous. Pour obtenir des renseignements sur le vieillissement et les services et aides à long terme dans votre région, veuillez écrire à NY Connects via le **www.nyconnects.ny.gov** ou nous appeler au **800-342-9871.**

En outre, nous comprenons que les questions sur la maltraitance et la discrimination à l'encontre des personnes âgées peuvent éveiller des émotions difficiles. Si vous ou une personne qui vous est chère a vécu une situation semblable ou en a été témoin, vous pouvez déposer une plainte (anonyme si vous le désirez) en appelant la ligne d'aide des Services de protection des adultes (Adult Protective Services, APS) de l'État de New York au **1-844-697-3505.** Vous pouvez également communiquer avec l'antenne locale des Services de protection des adultes en utilisant les coordonnées fournies sur le site suivant : **https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps**.

Une fois l'enquête remplie, veuillez la retourner à :

The Master Plan for Aging Team
New York State Department of Health
Office of Aging and Long Term Care
875 Central Avenue
Albany, NY 12206