



# Évaluation des besoins communs en matière de santé communautaire du Maine

## Sondage à l'échelle de l'État

### 2024

L'Évaluation des besoins communs en matière de santé communautaire du Maine est une collaboration entre Central Maine Healthcare, MaineGeneral, MaineHealth, Northern Light Health, le Maine Center for Disease Control and Prevention et le Maine Community Action Partnership.

#### À propos du sondage

Merci de nous aider en répondant à ce court sondage. Il comprend 40 questions et prendra environ 10 minutes à compléter. Notre objectif est d'en apprendre davantage sur les ressources et les points forts locaux, ainsi que sur la santé et le bien-être des personnes qui vivent dans votre communauté.

Vos réponses au sondage resteront anonymes et ne seront partagées avec personne en dehors de notre équipe de recherche.

#### Tirage au sort

Pour vous remercier d'avoir pris le temps de répondre à ce sondage, vous aurez la possibilité de participer à un tirage au sort. Dix (10) personnes sélectionnées au hasard gagneront chacune une carte-cadeau de 100 \$. Les coordonnées que vous partagez pour participer au tirage au sort seront séparées de vos réponses au sondage.

*Remarque : les employés et membres du conseil d'administration des organismes d'action communautaire, des partenaires du système de santé et du MeCDC ne sont pas admissibles pour gagner une carte-cadeau. Les cartes-cadeaux ne seront envoyées que par la poste et non sous forme de carte électronique.*

#### Délai pour compléter le sondage

Le sondage se terminera à 17 h HNE le vendredi 28 juin 2024.

#### Des questions?

Veuillez envoyer vos questions à [info@mainechna.org](mailto:info@mainechna.org).

## Le sondage commence ici

1. Dans quel comté habitez-vous?

- Androscoggin
- Aroostook
- Cumberland
- Franklin
- Hancock
- Kennebec
- Knox
- Lincoln
- Oxford
- Penobscot
- Piscataquis
- Sagadahoc
- Somerset
- Waldo
- Washington
- York

2. Dans quelle ville habitez-vous?

---

## Santé communautaire

3. Comment évalueriez-vous **la santé et le bien-être globaux de la communauté où vous vivez**?
- En très bonne santé (presque tout le monde autour de vous semble en très bonne santé)
  - En bonne santé (la plupart des gens autour de vous semblent en bonne santé)
  - En mauvaise santé (certaines personnes autour de vous semblent malades ou en mauvaise santé)
  - En très mauvaise santé (la plupart du temps, tout le monde autour de vous semble malade ou en mauvaise santé)
4. Lorsque vous **pensez à la communauté où vous vivez**, lesquels parmi les **points forts** suivants vous viennent à l'esprit? (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.)
- Accès à des aliments de qualité et abordables
  - Environnement sain
  - Trottoirs et chemins propres, sans déchets
  - Population diverse incluant des personnes de toutes capacités
  - Occasions sécuritaires d'être actif à l'extérieur
  - Quartiers sécuritaires
  - Faible criminalité
  - Fort sentiment de communauté
  - Diversité de langues parlées
  - Disponibilité de logements abordables et de qualité
  - Disponibilité de services de garde d'enfants abordables et de qualité
  - Banques et institutions financières
  - Entreprises locales
  - Cliniques communautaires de santé comportementale et/ou mentale
  - Organisations religieuses
  - Agences de services sociaux et humains
  - Hôpitaux
  - Cliniques de santé et cabinets de médecins
  - Opportunités d'emplois
  - Économie saine
  - Écoles et éducation pour tous les âges
  - Autre (veuillez préciser) :
-

5. Lesquelles des **préoccupations sociales** suivantes pensez-vous qu'il est important de traiter pour améliorer la communauté où vous vivez? (Choisissez jusqu'à 5 réponses)
- Accès aux fournisseurs de soins primaires
  - Garde d'enfants
  - Discrimination (basée sur la race, l'ethnicité, la langue, le genre, l'orientation sexuelle, les capacités, etc.)
  - Possibilités d'études
  - Offres d'emploi
  - Environnement (espaces publics et parcs, qualité de l'eau et de l'air, état des trottoirs, déchets, etc.)
  - Sans-abrisme
  - Insécurité du logement
  - Isolement ou manque de connexions sociales
  - Manque d'engagement communautaire (participation aux organisations locales ou au gouvernement, vote, etc.)
  - Bas revenus et pauvreté
  - Absentéisme scolaire
  - Retards dans l'apprentissage social et émotionnel
  - Manque de transport public
  - Taux de violence et de criminalité
  - Aliments de qualité et abordables
  - Autre (veuillez préciser) :
-

6. Lesquelles des **questions de santé** suivantes pensez-vous qu'il est important de traiter pour améliorer la communauté où vous vivez?(Choisissez jusqu'à 5 réponses)
- Problèmes de santé liés au vieillissement (arthrite, ostéoporose, démence, Alzheimer, etc.)
  - Cancer
  - Santé des enfants
  - Santé dentaire et bucco-dentaire
  - Diabète
  - Incapacités physiques
  - Incapacités cognitives
  - Usage de substances (alcool, cannabis, médicaments sur ordonnance, drogues illicites, etc.)
  - Maladies cardiaques (hypertension, cholestérol élevé, etc.)
  - Taux de vaccination (rougeole, polio, tétanos, etc.)
  - Maladies infectieuses (pneumonie, grippe, hépatite C, COVID, etc.)
  - Blessures (accidents de voiture, chutes, commotions cérébrales, etc.)
  - Problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, suicide, etc.)
  - Obésité
  - Problèmes respiratoires (asthme, BPCO, emphysème, etc.)
  - Infections sexuellement transmissibles (VIH/sida, chlamydia, etc.)
  - Tabagisme ou utilisation de nicotine (cigarettes, cigares, vapes, tabac à chiquer, sachets de nicotine, etc.)
  - Problèmes de santé pour les personnes qui s'identifient comme femmes (santé prénatale/maternelle, santé reproductive, etc.)
  - Autre (veuillez préciser) :
-

## Problèmes de santé

7. Comment évalueriez-vous votre propre santé **physique**?
- Excellente (je me sens en bonne santé presque tous les jours)
  - Bonne (je me sens en bonne santé la plupart du temps)
  - Passable (j'ai des problèmes de santé, mais je me sens en bonne santé certains jours)
  - Mauvaise (je ne me sens pas en bonne santé la plupart du temps)
8. Au cours de la dernière année (365 derniers jours), y a-t-il eu une ou plusieurs fois où vous ou un être cher avez eu besoin de **soins de santé**, mais n'avez **pas pu** ou **choisi de ne pas** en recevoir?
- Oui (répondez à la question 9)
  - Non (passez à la page suivante)
9. Si oui, pourquoi n'avez-vous pas reçu de soins de santé lorsque vous en aviez besoin? (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
- Je n'avais pas d'assurance maladie
  - J'avais une assurance maladie, mais je ne pouvais pas me permettre les soins
  - Les prestataires/hôpitaux n'acceptaient pas mon assurance maladie
  - Je n'avais pas quelqu'un pour garder mes enfants
  - Je ne savais pas où aller pour obtenir de l'aide
  - Je n'ai pas pu m'absenter du travail
  - Il n'y avait pas de disponibilité en soirée ou durant la fin de semaine pour obtenir des soins
  - Je ne me sentais pas à l'aise avec les prestataires disponibles
  - Les prestataires ne parlaient pas ma langue
  - Préoccupation concernant mon statut d'immigration
  - Je n'avais pas de moyen de transport
  - Je ne me sentais pas à l'aise de demander de l'aide
  - J'avais peur que d'autres ne le découvrent
  - Longs délais d'attente pour voir un prestataire
  - Autre (veuillez préciser) :
-

## Problèmes de santé mentale

10. Comment évalueriez-vous votre propre santé **mentale**?

- Excellente (presque tous les jours)
- Bonne (la plupart des jours)
- Passable (mauvaises certains jours)
- Mauvaise (mauvaise la plupart des jours)

11. Au cours de la dernière année (365 derniers jours), y a-t-il eu une ou plusieurs fois où vous ou un être cher avez eu besoin de **soins de santé mentale** mais n'avez **pas pu** ou **choisi de ne pas** en recevoir?

- Oui (répondez à la question 12)
- Non (passez à la page suivante)

12. Si oui, pourquoi n'avez-vous pas reçu de **soins de santé mentale** lorsque vous en aviez besoin? (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Je n'avais pas d'assurance maladie
  - J'avais une assurance maladie, mais je ne pouvais pas me permettre les soins
  - Les prestataires/hôpitaux n'acceptaient pas mon assurance maladie
  - Je n'avais pas quelqu'un pour garder mes enfants
  - Je ne savais pas où aller pour obtenir de l'aide
  - Je n'ai pas pu m'absenter du travail
  - Il n'y avait pas de disponibilité en soirée ou durant la fin de semaine pour obtenir des soins
  - Je ne me sentais pas à l'aise avec les prestataires disponibles
  - Les prestataires ne parlaient pas ma langue
  - Préoccupation concernant mon statut d'immigration
  - Je n'avais pas de moyen de transport
  - Je ne me sentais pas à l'aise de demander de l'aide
  - J'avais peur que d'autres ne le découvrent
  - Longs délais d'attente pour voir un prestataire
  - Autre (veuillez préciser) :
-

Chacune des pages suivantes se concentre sur un sujet qui peut avoir un impact négatif sur vous, votre famille et/ou votre communauté.

13. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si des **affections chroniques (cancer, hypertension, maladies cardiaques, cholestérol élevé, etc.)** ont un **impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas », veuillez répondre à la question 14 ci-dessous.

Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet », passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Affections chroniques</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 14	CONTINUEZ À LA QUESTION 14	CONTINUEZ À LA QUESTION 14	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 14	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

14. Veuillez cocher la case si l'une des **affections chroniques suivantes (cancer, hypertension, maladies cardiaques, cholestérol élevé, etc.)** a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Asthme, BPCO ou emphysème						
Arthrite						
Cancer						
Diabète ou taux élevé de sucre dans le sang						
Maladie cardiaque ou crise cardiaque						
Cholestérol élevé						
Hypertension artérielle ou hypertension						
Surpoids/Obésité						
AVC						
Maladie chronique du foie ou cirrhose						

15. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si des **besoins en matière de santé mentale** ont un **impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

**Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas »**, veuillez répondre à la question 16 ci-dessous.

**Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet »**, passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Besoins en santé mentale</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 16	CONTINUEZ À LA QUESTION 16	CONTINUEZ À LA QUESTION 16	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 16	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

16. Veuillez cocher si l'un des **besoins suivants en matière de santé mentale** a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Anxiété ou trouble panique						
Trouble bipolaire						
Dépression						
Traumatisme ou trouble de stress post-traumatique (SSPT)						
Stress général de la vie quotidienne						
Isolement social ou solitude						
Stigmatisation associée à la recherche de soins pour la santé mentale ou les troubles liés à l'usage de substances						
Pensées et/ou comportements suicidaires						
Santé mentale des jeunes						

17. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si la **consommation de substances** a un **impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

**Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas »,** veuillez répondre à la question 18 ci-dessous.

**Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet »,** passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Consommation de substances</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 18	CONTINUEZ À LA QUESTION 18	CONTINUEZ À LA QUESTION 18	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 18	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

18. Veuillez cocher si la consommation d'une des **substances** suivantes a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez. (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Consommation abusive d'alcool ou consommation excessive d'alcool						
Consommation abusive d'opioïdes						
Tabagisme (cigarettes, cigares, tabac à chiquer, etc.)						
Vapotage (également appelé cigarettes électroniques)						
Consommation de cannabis (marijuana) chez les adultes						
Consommation d'autres drogues illicites						
Consommation de substances chez les jeunes						

19. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si des **besoins en matière de logement** ont un **impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

**Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas »,** veuillez répondre à la question 20 ci-dessous.

**Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet »,** passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Besoins en logement</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 20	CONTINUEZ À LA QUESTION 20	CONTINUEZ À LA QUESTION 20	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 20	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

20. Veuillez cocher si l'un des **besoins de logement** suivants a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez. (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Coût du logement						
Disponibilité de maisons/locations abordables et de qualité						
Disponibilité de logements abordables et de qualité pour les personnes âgées ou celles ayant des besoins spéciaux						
Problèmes liés à l'accès à la propriété ou à la location (paiement d'hypothèques/de loyers, impôts, expulsions, etc.)						
Risques sanitaires dans les logements (qualité de l'air intérieur, résidus de fumée de tabac, nuisibles, plomb, moisissures, etc.)						
Sans-abrisme et/ou disponibilité de lits dans des refuges						
Coût des services publics (chauffage, électricité, eau, etc.)						
Coûts associés à la rénovation énergétique (isolation, efficacité énergétique, etc.)						

21. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si des **besoins en matière de transport** ont un **impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

**Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas »,** veuillez répondre à la question 22 ci-dessous.

**Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet »,** passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Besoins en transport</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 22	CONTINUEZ À LA QUESTION 22	CONTINUEZ À LA QUESTION 22	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 22	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

22. Veuillez cocher si l'un des **besoins suivants en matière de transport** a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Accès à des services de transport (pour les rendez-vous médicaux, le travail, les besoins de base, la garde d'enfants, etc.)						
Disponibilité des transports en commun (bus, trains, covoiturages, taxis, etc.)						
Disponibilité de moyens de transport répondant à une variété de besoins spécifiques (personnes âgées, besoins physiques ou cognitifs)						
Coûts associés à la possession et à l'entretien d'un véhicule (assurance, immatriculation, réparations, etc.)						

23. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si des **besoins économiques** ont un **impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

**Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas »,** veuillez répondre à la question 24 ci-dessous.

**Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet »,** passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Besoins économiques</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 24	CONTINUEZ À LA QUESTION 24	CONTINUEZ À LA QUESTION 24	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 24	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

24. Veuillez cocher si l'un des **besoins économiques** suivants a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez. (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Disponibilité d'opportunités éducatives de qualité						
Disponibilité d'emplois et d'opportunités d'emploi						
Disponibilité d'une connexion internet haut débit						
Disponibilité de services de garde de qualité et abordables						
Capacité à cotiser à des comptes d'épargne, de retraite, etc.						
Accès à des aliments abordables et de qualité						

25. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si des **besoins environnementaux** ont un **impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

**Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas »**, veuillez répondre à la question 26 ci-dessous.

**Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet »**, passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Préoccupations environnementales</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 26	CONTINUEZ À LA QUESTION 26	CONTINUEZ À LA QUESTION 26	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 26	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

26. Veuillez cocher si l'une des **préoccupations environnementales** suivantes a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez. (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Qualité de l'air						
Qualité de l'eau						
Contamination par les PFAS (« contaminants persistants »)						
Événements météorologiques extrêmes (ouragans, inondations, etc.)						
Accès à des parcs et des espaces verts pour les loisirs						

27. Dans le tableau ci-dessous, veuillez cocher si des **besoins en matière de sécurité publique** ont un **impact négatif sur vous, un proche et/ou votre communauté** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

**Si vous sélectionnez une ou plusieurs réponses, ou si vous répondez « Je ne sais pas »,** veuillez répondre à la question 28 ci-dessous.

**Si vous sélectionnez « N'a pas d'impact » ou « Sans objet »,** passez à la page suivante.

SUJET	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
<b>Besoins en sécurité publique</b>						
	CONTINUEZ À LA QUESTION 28	CONTINUEZ À LA QUESTION 28	CONTINUEZ À LA QUESTION 28	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE	CONTINUEZ À LA QUESTION 28	PASSEZ À LA PAGE SUIVANTE

28. Veuillez cocher si l'un des **besoins en sécurité publique** suivants a un impact négatif sur vous, un proche et/ou la communauté où vous vivez. (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

	A un impact sur moi	A un impact sur un être cher	A un impact sur ma communauté	N'a pas d'impact	Je ne sais pas	Sans objet
Sécurité des piétons ou des cyclistes						
Crimes contre les biens						
Violence communautaire (gangs, armes à feu, criminalité de rue)						
Violence entre les personnes (domestique, sexuelle, intimidation)						
Racisme						
Discrimination basée sur la race, l'ethnicité, le genre, les LGBTQIA+, l'âge, les capacités, etc.						

29. Quels autres problèmes de santé ou sociaux, non énumérés précédemment, ont un impact sur vous, votre famille et/ou la communauté où vous vivez? Veuillez donner des exemples.

## Autonomisation socio-économique

30. En marquant les cases d'un X, veuillez évaluer les éléments suivants en fonction de ce que vous pensez être une étape nécessaire pour aider les gens à sortir de la pauvreté et à se trouver un logement stable et une situation financière stable.

	1 Pas nécessaire	2 Plutôt nécessaire	3 Nécessaire	4 Absolument nécessaire	Je ne sais pas
Emplois qui paient suffisamment pour subvenir à ses besoins					
Réduction de la consommation de substances (drogues, alcool)					
Logements abordables et sécuritaires					
Soutien parental (soutien familial, cours de parentalité, etc.)					
Soins et traitement en santé mentale					
Réduction du racisme ou de la discrimination					
Transports fiables					
Disponibilité de soins de santé abordables					
Disponibilité de dentistes					
Services de garde d'enfants abordables et de qualité					
Réduction des taux de grossesse chez les adolescentes					
Opportunités éducatives de qualité (université, école professionnelle ou technique)					
Réforme de l'assistance publique					
Faibles taux de criminalité					
Autre : _____					

## Informations démographiques

Cette section pose des questions sur vos caractéristiques démographiques. Ces informations nous aident à comprendre les personnes qui ont rempli le sondage. Toutes les questions sont facultatives et ne seront pas utilisées pour identifier un répondant.

31. Quel âge avez-vous?

- Moins de 18 ans
- De 18 à 24 ans
- De 25 à 34 ans
- De 35 à 44 ans
- De 45 à 54 ans
- De 55 à 64 ans
- De 65 à 74 ans
- De 75 à 84 ans
- 85 ans ou plus
- Je préfère ne pas répondre

32. Combien de personnes vivent dans votre ménage, y compris vous-même?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 ou plus
- Je préfère ne pas répondre

33. Quel est le revenu annuel de votre ménage?

- Moins de 15 000 \$
- Entre 15 000 \$ et 24 999 \$
- Entre 25 000 \$ et 34 999 \$
- Entre 35 000 \$ et 44 999 \$
- Entre 45 000 \$ et 54 999 \$
- Entre 55 000 \$ et 64 999 \$
- Entre 65 000 \$ et 74 999 \$
- Entre 75 000 \$ et 84 999 \$
- Entre 85 000 \$ et 99 999 \$
- Entre 100 000 \$ et 149 999 \$
- Entre 150 000 \$ et 199 999 \$
- 200 000 \$ ou plus
- Je préfère ne pas répondre

34. À quel groupe ethnique appartenez-vous? (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Amérindien(ne) ou Autochtone de l'Alaska
- Asiatique
- Noir(e) ou Afro-descendant(e)
- Hispanique ou Latino/a/x
- Moyen Orient/Afrique du Nord
- Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique
- Caucasien
- Je m'identifie comme :
- Je préfère ne pas répondre

35. Vous identifiez-vous comme :

- Queer / genre non conforme
- Homme
- Non binaire
- Homme transgenre
- Femme transgenre
- Femme
- Je m'identifie comme :
- Je préfère ne pas répondre

36. Vous identifiez-vous comme membre de la communauté LGBTQIA2s+?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

37. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez complété?

- Je n'ai pas été à l'école
- Quelques années d'étude secondaire, pas de diplôme
- Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
- Quelques années d'études collégiales, sans diplôme
- École technique ou professionnelle/programme de certification professionnelle
- Diplôme d'associé
- Baccalauréat
- Diplôme d'études supérieures ou professionnel (maîtrise, doctorat, M.D., etc.)
- Je préfère ne pas répondre

38. Êtes-vous un(e) ancien(ne) combattant(e)?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

39. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent à votre situation :

- Je suis aveugle ou j'ai du mal à voir même lorsque je porte des lunettes
- Je suis sourd ou malentendant
- J'ai du mal à sortir seul(e), comme pour aller chez le médecin ou aller magasiner
- J'ai de grandes difficultés dans ma vie quotidienne en raison de mon humeur, de sentiments intenses, de problèmes pour contrôler mes impulsions, ou dues au fait que j'entends, je vois ou perçois des choses que les autres autour de moi ne perçoivent pas.
- J'ai de grandes difficultés à apprendre à faire des choses que la plupart des gens de mon âge peuvent apprendre
- J'ai des problèmes de concentration, de mémoire ou de prise de décisions en raison d'une condition physique, mentale ou émotionnelle
- J'ai des difficultés à m'habiller, à prendre un bain ou une douche
- J'ai de la difficulté à marcher ou à monter des escaliers
- J'ai un handicap ou une condition médicale non décrit par l'une des conditions ci-dessus (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- Aucun de ces choix

40. Dans quelle(s) situation(s) de logement êtes-vous?

- Locataire
- Propriétaire
- Je vis avec ma famille ou des proches
- En situation de sans-abrisme ou d'instabilité de logement
- Autre (veuillez préciser) :
- Je préfère ne pas répondre

**Fin du sondage**

Merci d'avoir répondu à l'Évaluation des besoins communs en matière de santé communautaire du Maine. Nous apprécions vraiment votre temps et nous valorisons les informations que vous avez partagées avec nous. Pour répondre au sondage, vous êtes maintenant admissible à participer à un tirage au sort pour gagner une carte-cadeau de 100 \$ . Si vous souhaitez participer au tirage, veuillez saisir vos coordonnées ci-dessous. Vos coordonnées seront séparées de vos réponses au sondage.

Veillez nous envoyer un courriel si vous avez des questions : [info@mainechna.org](mailto:info@mainechna.org)

Nom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_