22 mai 2013

Bonjour:

Nous sommes des personnes avec les incapacités qui veulent apprendre plus sur les vies, expériences, opinions et sentiments des personnes avec déficiences au sujet de suicide assisté, l’euthanasie et les soins médicaux pour les personnes handicapées.

Cette information nous aidera à comprendre les problèmes qui affrontent les gens avec des incapacités. Nous espérons aussi que notre recherche pourrait aider à prévenir des personnes d'être blessées ou tuées.

Ce sondage est anonyme; vous ne devez pas donner votre nom ni autres informations nominatives. Soyez les bienvenues d’ajouter une autre feuille pour répondre aux questions si vous en avez besoin.

1. Êtes-vous un male ou \_\_\_ une femelle \_\_?

2. Quel âge avez-vous?

\_\_\_ Moins de 18 ans

\_\_\_ 18-30

\_\_\_ 30-50

\_\_\_ 50-65

\_\_\_ 65-80

\_\_\_ 80 ans ou plus

3. Quelle est votre situation d’habitation?

\_\_\_ Ma propre maison, seule.

\_\_\_ Ma propre maison avec mari / femme / conjoint/e.

\_\_\_ Ma propre maison avec des enfants de moins de 18 ans.

\_\_\_ Ma propre maison avec des enfants adultes qui m’aident avec les soins personnels et les tâches quotidiennes.

\_\_\_ Ma propre maison avec d'autres parents qui m’aident avec les soins personnels et les tâches quotidiennes.

\_\_\_ Ma propre maison et j'ai des préposées qui viennent pour m’aider avec les soins personnels et les tâches quotidiennes.

\_\_\_ Ma propre maison avec des préposées qui habitent avec moi et m’aident avec les soins personnels et les tâches quotidiennes.

\_\_\_ La maison de parents qui m’aident avec les soins personnels et les tâches quotidiennes

\_\_\_ Dans une maison d’accueil adulte.

\_\_\_ Dans une maison de groupe avec personnel qui aide avec les soins personnels et les tâches quotidiennes.

\_\_\_ Dans un "appartement autonome" ou je partage des préposées avec d'autres résidents.

\_\_\_ Dans une maison de retraite ou d’autre établissement du soin à long terme.

\_\_\_ Dans un hôpital.

\_\_\_ En prison.

\_\_\_ Autre. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Quel est votre revenu?

\_\_\_ Moins de $20,000 par année

\_\_\_ $20,000-50,000 par année

\_\_\_ $50,000-100,000 par année

\_\_\_ Plus du $100,000 par année.

5. Gagnez-vous de l'argent en travaillant?

\_\_\_ Oui, temps plein

\_\_\_ Oui, temps partiel

\_\_\_ Non

\_\_\_ Autre (expliquez) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Dans quelle province est-ce que vous habitez? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Comment est-ce que votre incapacité vous affecte? (cochez tout ce qui s’applique)

\_\_\_ Physique

\_\_\_ Sensoriel

\_\_\_ Intellectuelle et pensé

\_\_\_ Neurologique

\_\_\_ Psychiatrique

\_\_\_ Maladie chronique

\_\_\_ Incapacités multiples

\_\_\_ Douleur chronique

\_\_\_ Autre (décrivez) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Cochez tout ce qui s’applique.

\_\_\_ Je suis né avec mon incapacité ou je l’avais depuis l’enfance.

\_\_\_ J'ai acquis une incapacité comme adulte.

9. Est-ce que vous pouvez entrer et sortir de votre maison sans aide? \_\_\_ Oui. \_\_\_ Non.

10. Est-ce que vous pouvez vous déplacer pour faire l’épicerie, faire des commissions et vous déplacer sans aide? \_\_\_ Oui. \_\_\_ Non.

11. Combien de fois est-ce que vous avez été hospitalisés pour des problèmes associés avec votre incapacité?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

12. Combien de fois est-ce que vous avez été hospitalisés pour des problèmes non reliés avec votre incapacité?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

13. Lorsque vous étiez dans l'hôpital pour le traitement d’une complication de votre incapacité, est-ce qu’un membre du personnel (docteur, infirmière, travailleur social, etc.) vous a encouragé vous ou des membres de votre famille à: (cochez tout ce qui s’applique)

\_\_\_ Signer un ordre de "ne pas réanimer",

\_\_\_ Refuser un traitement médical,

\_\_\_ Faire arrêter un traitement médical,

\_\_\_ Faire enlever de la nourriture ou de l'eau.

14. Combien de fois est-ce que cela est arrivé à vous?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

15. Si cela vous est arrivé, quel était vos sentiments? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Lorsque vous étiez dans l'hôpital pour un problème non relié avec votre incapacité, est-ce qu’un membre du personnel (docteur, infirmière, assistant social, etc.) a encouragé vous ou les membres de votre famille à: (cochez tout ce qui s’applique)

\_\_\_ Signer un ordre "ne pas réanimer",

\_\_\_ Refuser le traitement médical,

\_\_\_ Faire arrêter un traitement médical,

\_\_\_ Faire enlever de la nourriture et de l'eau.

17. Combien de fois est-ce que cela vous est arrivé?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

18. Si cela vous est arrivé, quel était vos sentiments? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Combien de fois est-ce que quelqu'un vous a dit qu’il préférerait d’être mort que d’avoir une incapacité comme la vôtre ou que ce serait mieux que vous mouriez?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

20. Est-ce qu'un membre de votre famille ou ami proche vous a jamais suggéré ou vous a encouragé de refuser un traitement médical, d’arrêter le traitement ou de vous faire euthanasier?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

21. Si vous aviez répondu « oui » aux questions 13, 16 ou 20, seriez-vous disposé à parler de ce qui s'est passé sur support sonore ou vidéo? (Votre visage peut être caché et votre voix changée afin que personne ne puisse savoir qui vous êtes.)

\_\_\_ Oui

\_\_\_ Non

\_\_\_ Peut-être (veuillez expliquer) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22. Combien de fois est-ce que quelqu’un dans votre famille a fait chacune de ces choses:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Souvent | Quelque-fois | Rarement | Jamais |
| Dire ou faire quelque chose qui donne l’impression ils souhaitent que vous trainiez plus. |  |  |  |  |
| Vous Insulter ou critiquer, vous faire sentir que vous êtes mauvais. |  |  |  |  |
| Crier envers vous ou vous menacer ou vous effrayer. |  |  |  |  |
| Prendre votre argent ou vos biens. |  |  |  |  |
| Ne pas vous soigner bien (vous aider à la toilette, vous baigner, vous nourrir, ne pas vous donner vos médicaments, etc.) |  |  |  |  |
| Emporter ou cacher votre canne, fauteuil roulant, téléphone, médicaments, vêtements ou d'autres choses dont on a besoin. |  |  |  |  |
| Vous attacher ou enfermez dans une pièce. |  |  |  |  |
| Vous frapper ou gifler avec ses mains. |  |  |  |  |
| Vous donner des coups de pied, coups de poing ou vous frapper avec des objets. |  |  |  |  |
| Vous forcer d’avoir du sexe. |  |  |  |  |

23. Est-ce qu'un professeur, préposé, thérapeute, conducteur ou autre autorité a suggéré ou vous a encouragés à refuser un traitement, est-ce que le traitement a été arrêté ou vous a encouragé à vous suicider?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

24. Combien de fois, des professeurs, préposés, thérapeutes, docteurs, conducteurs ou autre personne responsable vous a fait chacune de ces choses?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Souvent | Quelque-fois | Rarement | Jamais |
| Dire ou faire quelque chose qui donne l’impression ils souhaitent que vous ne soyez plus là. |  |  |  |  |
| Vous Insulter ou critiquer, vous faire sentir mal à propos de vous. |  |  |  |  |
| Crier envers vous, vous menacer ou vous effrayer. |  |  |  |  |
| Pris votre argent ou vos biens. |  |  |  |  |
| Ne pas bien vous soigner (vous aider à la toilette, vous baigner, vous nourrir, ne pas vous donner vos médicaments, etc.) |  |  |  |  |
| Emporter ou cacher votre canne, fauteuil roulant, téléphone, médicaments, vêtements ou d'autres choses dont on a besoin. |  |  |  |  |
| Vous attacher ou enfermez dans une pièce. |  |  |  |  |
| Vous frapper ou gifler avec ses mains. |  |  |  |  |
| Vous donner des coups de pied, des coups de poing ou vous frapper avec des objets. |  |  |  |  |
| Vous forcer d’avoir du sexe. |  |  |  |  |

25. Est-ce que quelqu'un d'autre vous a fait une de ces choses? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non.

Si oui, qui? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Avez déjà pensé au suicide ou vous êtes senti suicidaire?

\_\_\_ Jamais

\_\_\_ Une ou deux fois

\_\_\_ Trois ou quatre fois

\_\_\_ Cinq à 10 fois

\_\_\_ Plus que dix fois

a. Si vous étiez suicidaire, est-ce que vous avez obtenu de l'aide pour lutter contre ces sentiments? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non.

b. Si vous étiez suicidaire, comment avez vous réussi à vaincre ces sentiments pour survivre jusqu’à aujourd'hui? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. Si vous sentez encore suicidaire, qu’est-ce qui devrait changer pour vous faire sentir différemment. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

27. Est-ce que vous pensez que le suicide assisté ou l’euthanasie devrait être légalisé?

\_\_\_ Oui

\_\_\_ Non

\_\_\_ Je ne sais pas

Expliquez votre opinion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. Qui d’après vous devrait être autorisé à avoir le suicide assisté ou euthanasie si c'était légal?

\_\_\_ Personne

\_\_\_ Les personnes ayant des incapacités

\_\_\_ Les personnes en train de mourir

\_\_\_ Tout le monde

\_\_\_ Je ne sais pas.

29. Pensez-vous que les gens avec incapacités ont les mêmes droits que les non-handicapés?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Pensez-vous que vous avez les mêmes droits que les non-handicapés?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Êtes-vous heureux dans votre condition de vie? \_\_\_ Oui \_\_\_ Non

32. Si vous n'êtes pas heureux, que changeriez-vous pour améliorer votre condition de vie?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33. Veuillez ajoutez d’autres information, commentaires ou opinions que vous aimerez partager?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Merci de prendre le temps de répondre à ces questions. S'il vous plaît envoyer la formule à Toujours Vivant-Not Dead Yet. Envoie-le à info@tv-ndy.ca