

QUESTIONNAIRE SUR LES COÛTS POUR LES PATIENT(E)S

L'objet du présent questionnaire est d'évaluer l'importance des dépenses que vous occasionne votre état de santé. Il devrait vous falloir entre 10 et 15 minutes pour en remplir les trois sections. Certains éléments peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Pour déterminer vos réponses, merci de prendre en compte uniquement la période allant du **au** Tous les renseignements vous concernant sont confidentiels.

Tous les coûts ou frais indiqués doivent être liés aux répercussions de votre état de santé sur votre quotidien ou découler directement de l'utilisation des services de soins de santé nécessaires pour votre traitement pendant la période allant du **au** Ne prenez en compte que les montants nets qui sont à votre propre charge. Dans vos réponses, n'incluez aucune portion des coûts remboursés par votre assurance. Il est possible de donner plus d'une réponse à certaines des questions.

Section A. Questionnaire sur les coûts pour les patient(e)s

1- Coûts qui sont à votre charge, c'est-à-dire les montants nets que vous devez déboursier (et non la portion remboursée par votre assurance)

1.1. Vous êtes-vous rendu(e) dans un centre de santé (hôpital, groupe de médecine de famille, clinique de physiothérapie par exemple) afin d'y recevoir des services de santé ou à l'occasion de consultations médicales?

Oui Non

Si vous avez répondu non, veuillez passer à la question 1.7.

1.2. Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour vous rendre au centre de santé ou à vos consultations médicales?

Transports publics (autobus, métro)

Taxi

Votre véhicule personnel

Autre moyen de transport (à pied, à vélo, dans le véhicule de la personne qui vous a accompagné(e))

.....

1.3. En moyenne, combien de kilomètres (aller-retour) avez-vous parcourus pour vous rendre au centre de santé ou à vos consultations médicales? kilomètre(s) par visite.
Nombre de visites pendant la période de référence :

1.4. Avez-vous payé des frais de stationnement pendant vos visites?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le nombre total de visites ainsi que le montant net payé pour tous vos besoins de stationnement : visite(s); \$.

1.5. En moyenne, combien de temps avez-vous attendu à la clinique?
..... heure(s)..... minutes.

1.6. Quand vous vous êtes rendu(e) au centre de santé ou à vos consultations médicales, avez-vous payé des frais d'hébergement?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le nombre total de visites ainsi que le montant net payé pour tous vos hébergements : visite(s); \$.

1.7. Avez-vous déjà payé de votre poche une partie de vos médicaments d'ordonnance qui ne vous a pas été remboursée?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$.

1.8. Avez-vous payé des médicaments en vente libre ou des compléments alimentaires (par exemple de l'aspirine ou des produits naturels)?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$.

1.9. Avez-vous engagé des dépenses pour des services de soins à domicile (de la rééducation, par exemple)?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$. Veuillez indiquer le type de dépenses :

1.10 Avez-vous engagé des dépenses pour l'achat d'appareils médicaux (p. ex., dispositif de surveillance de la pression sanguine ou de la glycémie, déambulateur, fauteuil roulant, surélévateur de siège de toilette, sous-vêtements de protection, barres d'appui pour la douche)?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$. Veuillez indiquer le type de dépenses :

1.11 Avez-vous effectué des rénovations à votre domicile afin de mieux l'adapter à votre état de santé?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$.

1.12 Avez-vous déboursé de l'argent pour des tests ou des examens médicaux réalisés pendant ou après l'une de vos consultations (p. ex., analyses sanguines ou radiographies)?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$.

1.13 Avez-vous déboursé de l'argent pour des services non médicaux complémentaires pendant ou après vos consultations (p. ex., formulaires pour l'assurance, envoi de photocopies, certificat médical)?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$.

1.14 Avez-vous déboursé de l'argent pour des services de soins non médicaux (p. ex., traitements de physiothérapie, d'ergothérapie, de psychologie, d'ostéopathie, de massothérapie, d'optométrie ou soins dentaires)?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$.

1.15 Avez-vous payé quelqu'un pour prendre soin de vos personnes à charge pendant l'une de vos consultations (p. ex., garde d'enfants ou d'animaux de compagnie)?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$.

1.16 Avez-vous engagé d'autres dépenses (p. ex., services alimentaires, repas particuliers en lien avec votre accès aux services de santé)?

Oui Non |

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé pendant l'ensemble de la période : \$. Veuillez indiquer le type de dépenses :

2. Temps moyen passé (ou nécessaire) pour l'accès à des services médicaux

2.1. Combien de temps ont duré vos déplacements aller-retour quand vous vous êtes rendu(e) au centre de santé ou à vos consultations médicales? heure(s)..... minutes.

2.2. Combien de temps, approximativement, avez-vous attendu avant de recevoir des services médicaux (p. ex., au téléphone, ou pour planifier un rendez-vous à la clinique avant votre consultation)? heure(s).....minutes.

3. Coûts liés à votre emploi

3.1. Avez-vous subi une perte de revenu?

Oui Non

Si vous avez répondu non, veuillez passer à la question 4.1.

Si vous avez répondu oui, pour quelle raison? (indiquez tous les cas qui se rapportent à votre situation)

- Baisse de salaire à court ou à long terme en raison d'absentéisme
- Diminution de revenu suite au versement de prestations de l'assurance-emploi
- Réduction du nombre d'heures hebdomadaires de travail (p. ex., 4 jours de travail par semaine)
- Limitation de l'avancement professionnel ou de l'augmentation de salaire (p. ex., impossibilité de demander ou d'accepter une promotion)
- Autre (préciser :

3.2. Quel est approximativement le montant net de la perte de revenu que vous avez subie?

- \$
- Difficile à évaluer

4. Difficultés financières causées par votre état de santé

4.1. J'ai le sentiment d'avoir des difficultés financières en raison de mon état de santé :

- Pas du tout
- Un petit peu
- Un peu
- Pas mal
- Beaucoup

5. Coûts nets pour la personne proche aidante (c'est-à-dire la personne qui consacre régulièrement du temps pour vous aider dans vos activités quotidiennes) ou pour la personne qui vous accompagne, si c'est le cas

5.1. Est-ce qu'une personne proche aidante ou toute autre personne vous a accompagné(e) lors de vos consultations médicales au centre de santé?

- Oui, tout le temps
- Oui, très souvent
- Oui, la moitié du temps
- Oui, parfois
- Non, jamais

Si vous avez répondu non jamais, veuillez passer à la section B.

5.2. Avez-vous fait le déplacement ensemble au centre de santé?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez passer à la question 5.5.

Si vous avez répondu non, veuillez préciser le moyen de transport que la personne proche aidante ou qui vous a accompagné(e) a utilisé.

Autobus/métro Taxi Véhicule personnel Autre

5.3. En moyenne, combien de temps a duré son déplacement, et quelle distance aller-retour cette personne a-t-elle parcourue pour se rendre au centre de santé à chacune de vos visites?
..... heure(s) minutes kilomètre(s)

5.4. Cette personne a-t-elle payé pour le stationnement?

Oui Non Je ne sais pas

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$

5.5. Lorsqu'elle vous a accompagné(e) au centre de santé ou à vos consultations médicales, la personne proche aidante ou qui vous a accompagné(e) a-t-elle payé un hébergement?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$

5.6. La personne proche aidante ou qui vous accompagne a-t-elle reçu une formation pour être en mesure de vous aider?

Oui Non Je ne sais pas

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$, ainsi que la durée de la formation heure(s)..... minutes.

5.7. La personne proche aidante ou qui vous a accompagné(e) a-t-elle engagé toute autre dépense lors de cet accompagnement?

Oui Non Je ne sais pas

Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le montant net payé : \$. Veuillez indiquer le type de dépenses :.....

5.8. En moyenne, combien de temps la personne proche aidante ou qui vous accompagne a-t-elle attendu lors de vos consultations médicales?
..... heure(s) minutes

6. Temps passé par la personne proche aidante ou qui vous accompagne qui n'est pas lié directement aux services médicaux

6.1. Approximativement combien de temps au total (aller-retour) estimez-vous que la personne proche aidante ou qui vous a accompagné(e) a passé avec vous lors des déplacements pour vos consultations non médicales (p. ex., massothérapie, chiroprathérapie, naturopathe)?
..... heure(s).....minutes

6.2. En moyenne, combien de temps la personne proche aidante ou qui vous accompagne a-t-elle attendu lors de vos consultations non médicales (p. ex., massothérapie, chiroprathérapie, naturopathe)?
..... heure(s)minutes

6.3. Quel est en moyenne le temps hebdomadaire que la personne proche aidante ou qui vous accompagne passe à accomplir des tâches diverses (p. ex., ménage ou soins à domicile)?
..... heure(s) minutes par semaine.

Section B. Caractéristiques sociodémographiques et état de santé

1. Vous êtes :

Un homme Une femme Autre

2. Niveau de scolarité le plus élevé atteint :

<input type="checkbox"/> École primaire	<input type="checkbox"/> Certificat universitaire
<input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires	<input type="checkbox"/> Baccalauréat
<input type="checkbox"/> Diplôme d'études professionnelles	<input type="checkbox"/> Maîtrise
<input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales	<input type="checkbox"/> Doctorat (M.D., Ph. D.)
<input type="checkbox"/> Cégep	<input type="checkbox"/> Autre :

3. Avez-vous un emploi rémunéré?

Oui Non

Si vous avez répondu non, laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre situation?

Je ne peux pas avoir un emploi rémunéré en raison de problèmes de santé. (Si vous aviez un emploi rémunéré auparavant, veuillez indiquer votre profession ainsi que le poste que vous occupiez. Profession : exercée du au).

Autres raisons (p. ex., en recherche d'emploi, travail non rémunéré, retraité)

4. Vous êtes :

Marié(e) Séparé(e)
 En couple Divorcé(e)
 Célibataire Veuf/Veuve

5. Combien de personnes habitent sous votre toit?

J'habite seul(e) J'habite avec une ou plusieurs autres personnes

6. Y a-t-il des enfants dans votre foyer?

Oui, l'enfant le plus jeune habitant sous mon toit a mois/ans

Non

7. Habitez-vous dans en zone urbaine ou rurale?

En zone rurale En zone urbaine

8. Quel est, approximativement votre revenu annuel brut ? Cochez la catégorie de revenu qui s'applique à votre situation.

<input type="checkbox"/> < 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$ - 29 999 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ - 59 999 \$	<input type="checkbox"/> 90 000 \$ - 99 999 \$
<input type="checkbox"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="checkbox"/> 30 000 \$ - 34 999 \$	<input type="checkbox"/> 60 000 \$ - 69 999 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$ - 124 999 \$
<input type="checkbox"/> 10 000 \$ - 14 999 \$	<input type="checkbox"/> 35 000 \$ - 39 999 \$	<input type="checkbox"/> 70 000 \$ - 79 999 \$	<input type="checkbox"/> 125 000 \$ - 149 999 \$
<input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 44 999 \$	<input type="checkbox"/> 80 000 \$ - 89 999 \$	<input type="checkbox"/> ≥ 150 000 \$
<input type="checkbox"/> 20 000 \$ - 24 999 \$	<input type="checkbox"/> 45 000 \$ - 49 999 \$		

9- Quelle est votre tranche d'âge? Cochez la catégorie qui s'applique à votre situation.

<input type="checkbox"/> 18-24 ans	<input type="checkbox"/> 55-64 ans
<input type="checkbox"/> 25-34 ans	<input type="checkbox"/> 65-74 ans
<input type="checkbox"/> 35-44 ans	<input type="checkbox"/> 75-84 ans
<input type="checkbox"/> 45-54 ans	<input type="checkbox"/> 85 ans et plus

10- Nous vous suggérons maintenant de compléter le questionnaire EQ-5D-5L

Note aux chercheurs : le questionnaire EQ-5D-5L mesure différents aspects de la qualité de vie reliée à la santé et est disponible sur demande au <https://euroqol.org/eq-5d-registration-form/>

Section C. Remerciements et commentaires

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire. N'hésitez pas à ajouter des commentaires ci-dessous.