**QUESTIONNAIRE PROCHE SOIGNANT**

**PARTIE 1 (à compléter uniquement lors du premier volet de l’enquête)**

**Numéro de sujet (sera accordé par l’investigateur): ……………………..**

**Informations personnelles**

Nom et prénom: …………………………………………………………………………

Âge: ............................................................................................................................

Sexe (entourez): homme / femme

Code postal: …………………………………………………………………………….

Profession :……………………………………………………………………………...

Cochez la réponse qui correspond à votre situation.

* + Je vis seul
	+ Je vis avec mon/ma partenaire
	+ Je vis avec ma famille
	+ Je vis chez des amis
	+ Autre situation (veuillez décrire) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Vous participerez à cette étude comme proche soignant d'une personne âgée. Les proche soignants sont des membres de famille, des voisins ou des amis qui aident la personne âgée dans ses activités quotidiennes.

Nom et prénom de la personnes âgée qui participe à cette étude, dont vous êtes le proche soignant ............................................................................................................................

Ci-dessous, cette personne est appelée « la personne âgée »

Votre relation avec la personne âgée:

* Je suis un membre de famille de la personnes âgée

si famille, précisez (entourez): enfant / petit-enfant / bel-enfant / frère / soeur / autre:............................................................................

* Je suis un voisin de la personne âgée
* Je suis un ami / amie de la personne âgée
* Je suis une connaissance de la personne âgée
* Autre, veuillez préciser:. ................................................................ ..................

Qui communique avec la personne âgée et/ou avec qui parlez-vous de la personne âgée?

* entre les différents proches soignants
* entre les proches soignants et les prestataires de santé
* entre les différents prestataires de santé
* entre la personne âgée et les prestataires de santé
* entre la personne âgée et les proches soignants
* entre la personne âgée, les proches soignants et les prestataires de santé
* entre personne
* autre, veuillez préciser ................................................................................. ..

Si vous communiquez, quels moyens de communication utilisez-vous?

* oral

si oral (entourez): conversations formelles / conversations informelles

* journal du patient
* email
* téléphone
* autre, veuillez préciser:…………………………………………………………

À quelle fréquence rendez-vous visite à la personne âgée ?

* + Plusieurs fois par jour
	+ Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Chaque semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Autre. Veuillez expliquer. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Les raisons pour lesquelles vous rendez visite à la personne âgée?**

A quelle fréquence aidez-vous la personne âgée à distance en par exemple en aidant avec les finances, en faisant un achat en ligne, en téléphonant à un autre proche soignant ? Décrivez ce que vous faites exactement.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pour quelle(s) raison(s) rendez-vous visite à la personne âgée? Comment l’aidez-vous ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Soutenez-vous d’autres personne à base régulière dans leurs vie quotidienne? (Nom + relation avec cette personne + la fréquence des contacts, nombre d’heures en moyen par semaine)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Soins professionels**

Les prestataires de soins sont les personnes qui fournissent des soins ou d'aide aux personnes âgées, tels que les soins à domicile, l'aide de nettoyage, ... Ces personnes sont payés pour fournir des soins ou de l'aide.

Quel(s) prestataire(s) de soins visitent la personne âgée régulièrement? (Nom, profession)

................................................................................................

................................................................................................

................................................................................................

Pourquoi ces prestataires de soins passent-ils? Comment aident-ils la personne âgée?

....................................................................................................

................................................................................................

................................................................................................

Faites-vous également appel à des prestataires de santé? Avez-vous besoin de l’aide vous-même? Comment cela affecte votre capacité d’aider la personne âgée?

...................................................................................................

...................................................................................................

...................................................................................................

**Attitude par rapport à la technologie**

c………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………….

Quel est votre niveau de maîtrise actuel des outils informatiques et des technologies ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………….

Cochez ce que vous utilisez actuellement:

* Téléphone fixe
* GSM / smartphone
* PC
* Laptop
* Tablet
* Consoles de jeux (vb. Nintendo, xbox)
* Smart tv
* GPS
* Capteurs telecare
* Autre (veuillez préciser): ………………..……………………………………………….

Pourquoi utilisez-vous cette technologie ? (cochez)

* SMS
* les médias sociaux (facebook, twitter)
* e-mail
* recherche d’informations pratiques
* traitement de texte
* jeux
* opérations bancaires
* faire des achats
* autres raisons. Lesquelles?

Avez-vous accès à internet? (entourez) oui / non

Où pouvez-vous accéder à internet?

* • A la maison
* • A la bibliothèque
* • Ailleurs, (veuillez préciser).: ………………………………

**PARTIE 2 : questionnaire (à compléter lors de chaque volet de l’enquête)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Très mauvaise | Mauvaise | Ni bonne,ni mauvaise | Bonne | Très bonne |
| 1(G1) | Comment trouvez-vous votre qualité de vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 2(G4) | Etes-vous satisfait de votre santé? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Complètement |
| 3(F1.4) | La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4(F11.3) | Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5(F4.1) | Trouvez-vous la vie agréable? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6(F24.2) | Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Tout à fait |
| 7(F5.3) | Etes-vous capable de vous concentrer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8(F16.1) | Vous sentez vous en sécurité dans votre vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9(F22.1) | Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10(F2.1) | Avez-vous assez d’énergie dans la vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11(F7.1) | Acceptez-vous votre apparence physique? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12(F18.1) | Avez-vous assez d’argent pour satisfaire vos besoins? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13(F20.1) | Avez-vous le sentiment d’ëtre assez informé pour faire face à la vie de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Tout à fait |
| 14(F21.1) | Avez-vous la possiblilité d’avoir des activités de loisirs? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Très mauvaise | Mauvaise | Ni bonne,ni mauvaise | Bonne | Très bonne |
| 15(F9.1) | Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 16(F3.3) | Etes-vous satisfait de votre sommeil? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17(F10.3) | Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18(F12.4) | Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas dus tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Extrêmement |
| 19(F6.3) | Avez-vous une bonne opinion de vous-même ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 20(F13.3) | Etes-vous satisfait de vos relations personnelles? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21(F15.3) | Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22(F14.4) | Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 23(F17.3) | Etes-vous satisfait de l’endroit où vous vivez? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24(F19.3) | Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
| 25(F23.3) | Etes-vous satisfait de vos moyens de transport? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | Jamais | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
| 26 (F8.1) | Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l’anxiété ou dépression? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**PARTIE 3 : questionnaire (ne complétez cette partie que si vous avez utilisé les nouvelles technologies au cours des 3 derniers mois)**

Vous trouverez ci-dessous quelques questions en général relatives aux nouvelles technologies que vous avez utilisé, cela peut être la plate-forme de communication, les capteurs dans la maison, la montre GPS et/ou le suivi du taux d’hydratation.

Avez-vous trouvé ces nouvelles technologies faciles à utiliser  (entourez)?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| compliquées,difficile à utiliser |  | faciles à utiliser, intuitives |

Trouvez-vous les nouvelles technologies fiables ? Leur faites-vous confiance  (entourez)?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| non fiables,ne fonctionnent pas comme prévu |  | fiables, Fonctionnent comme promis |

Pensez-vous que les nouvelles technologies pourraient aider des personnes âgées à vivre plus longtemps chez eux de manière autonome (entourez)? oui / non

Pourquoi? / Pourquoi pas?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pensez-vous que les nouvelles technologies pourraient aider des prestataires de soins à soigner des personnes âgées plus longtemps à domicile (entourez)? oui / non

Pourquoi? / Pourquoi pas?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Aimeriez-vous continuer à utiliser ces nouvelles technologies (entourez)?
oui / non

Pourquoi? / Pourquoi pas? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Recommanderiez-vous la nouvelle technologie à quelqu'un d'autre (cercle)? Oui / Non

Pourquoi / pas?:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Voici quelques questions au sujet de votre attitude par rapport aux nouvelles technologies testées dans cette étude. Il suffit de compléter les questions sur les technologies que vous avez utilisées.**

1. **Nourish App / communicatie platform**

À quelle fréquence avez-vous utilisé la plate-forme de communication au cours des 3 derniers mois ?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Pour quelle raison précise avez-vous utilisé la plate-forme de communication au cours des 3 derniers mois ?

* + Pour communiquer avec la personne âgée
	+ Pour communiquer avec les autres proches soignants
	+ Pour communiquer avec les prestataires des soins
	+ Comme agenda (pour savoir par exemple quand des rendez-vous ont eu lieu)
	+ Pour d’autres raisons. Lesquelles ?..............................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous trouvé la plate-forme de communication facile à utiliser ?

* + Oui, elle est facile à utiliser
	+ Non, elle est difficile / compliquée à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation de la plate-forme de communication ? À quelle fréquence et quand ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation de la plate-forme de communication ? À quelle fréquence et quand ?

……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment l’utilisation de la plate-forme de communication a-t-elle influencé :

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec les autres proches soignants ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec vos collègues ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Votre sentiment de solitude?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de solitude |  | aucune différence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus sécurité |
| * Votre sentiment quant à la vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

1. **Telecare (capteurs installés dans la maison)**

Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence les capteurs installés dans la maison de la personne âgée vous ont-ils signalé un problème ?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Avez-vous trouvé les capteurs installés dans la maison de la personne âgée faciles à utiliser ?

* + Oui, ils sont faciles à utiliser
	+ Non, ils sont difficiles à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation des capteurs installés dans la maison de la personne âgée?…………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation des capteurs installés dans la maison de la personne âgée?…….……………………………………………….……

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment les capteurs installés dans la maison de la personne âge ont-ils influencé ? (entourez):

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
|  |
|  |
| * Vos communications/contacts avec les autres proches soignants ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec vos collègues ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Votre sentiment de solitude?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de solitude |  | aucune différence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus sécurité |
| * Votre sentiment quant à la vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
|  |  |  |  |  |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

1. **Buddi / localisation par GPS**

Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence la montre GPS vous a-t-elle alarmé?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Avez-vous trouvé la montre GPS facile à utiliser ?

* + Oui, facile à utiliser
	+ Non, difficile / compliqué à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation de la montre GPS?: ….…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés?

………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation de la montre GPS?: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment la montre GPS a-t-elle influencé ? (entourez):

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec les autres proches soignants ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec vos collègues ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Votre sentiment de solitude?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de solitude |  | aucune différence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus sécurité |
| * Votre sentiment quant à la vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
|  |
|  |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

1. **OBLI / controle et soutien d’hydratation**

Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence la fonction d’alarme du système de contrôle d’hydratation vous a-t-elle informé que la personne âgée devait boire plus ?

* + Tous les jours
	+ Plusieurs fois par semaine
	+ Une fois par semaine
	+ Plusieurs fois par mois
	+ Une fois par mois
	+ Quelques fois
	+ Jamais

Avez-vous trouvé le système de contrôle d’hydratation facile à utiliser ?

* + Oui, il est facile à utiliser
	+ Non, il est difficile / compliqué à utiliser

À quels problèmes avez-vous été confronté(e) lors de l’utilisation du système de contrôle d’hydratation? ….…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..

Comment ces problèmes ont-ils été surmontés?

………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..

Qu’avez-vous trouvé positif ou utile lors de l’utilisation du système de contrôle d’hydratation?: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comment le système de contrôle d’hydrataion a-t-il influencé ? (entourez):

|  |
| --- |
| * Vos communications/contacts avec la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec les autres proches soignants ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec les prestataires de soins ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Vos communications/contacts avec vos collègues ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de contacts |  | aucune différence |  | plus de contacts |
| * Votre sentiment de solitude?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de solitude |  | aucune différence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins en sécurité |  | aucune différence |  | plus sécurité |
| * Votre sentiment quant à la vie privée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de vie privée |  | aucune différence |  | plus de vie privée |
| * Votre sens de choix et de contrôle?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de choix/contrôle |  | aucune différence |  | plus de choix/contrôle |
| * Votre sentiment de se sentir soutenu ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de soutien |  | aucune différence |  | plus de soutien |
| * Votre sentiment d’avoir confiance en soi ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de confiance |  | aucune différence |  | plus de confiance |
| * Votre sentiment d’indépendance ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins d’indépendance |  | aucune différence |  | plus d’indépendance |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de stress |  | aucune différence |  | plus de stress |

Avez-vous d’autres remarques à formuler concernant votre participation à cette étude ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………