**QUESTIONNAIRE PRESTATAIRE DE SANTÉ**

**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 :……………………………………………………………………………...

Numéro de sujet de la personnes âgée qui participe à cette étude, dont vous êtes le prestataire de soins...........................................................................................................

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

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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pour quelle(s) raison(s) rendez-vous visite à la personne âgée? Qu’est-ce que vous essayé de réaliser?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Combien de temps passez-vous à la recherche d'informations sur / pour la personne âgée?

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

Si vous pensez aux autres activités que la prestation de soins que vous faites pour la personne âgée, à quelle fréquence fournissez-vous d'autres soins, plus informels comme téléphoner à un proche soignant, faire un achat en ligne pour la personne, etc. ? Décrivez ce que vous faites exactement.

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

Qu’est-ce que la personne âgée trouve le plus utile de toute les choses que vous faites pour lui ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Attitude par rapport à la technologie**

Quel était votre niveau de maîtrise des outils informatiques et des technologies par le passé (p. ex. ancienne expérience professionnelle) ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………….

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 (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 la personne âgée a 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 proches soignants de la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Contacts moins efficace |  | aucune différence |  | Contacts plus efficace |
| * Vos communications/contacts avec les autres prestataires de soins de la personne âgée (autre que vos collègues)?
 |
| -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 influence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de sécurité |  | aucune influence |  | plus de sécurité |
| * Votre sentiment quant à votre 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 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 proches soignants de la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Contacts moins efficace |  | aucune différence |  | Contacts plus efficace |
| * Vos communications/contacts avec les autres prestataires de soins de la personne âgée (autre que vos collègues)?
 |
| -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 influence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de sécurité |  | aucune influence |  | plus de sécurité |
| * Votre sentiment quant à votre 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 proches soignants de la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Contacts moins efficace |  | aucune différence |  | Contacts plus efficace |
| * Vos communications/contacts avec les autres prestataires de soins de la personne âgée (autre que vos collègues)?
 |
| -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 influence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de sécurité |  | aucune influence |  | plus de sécurité |
| * Votre sentiment quant à votre 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**

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’hydratation 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 proches soignants de la personne âgée ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Contacts moins efficace |  | aucune différence |  | Contacts plus efficace |
| * Vos communications/contacts avec les autres prestataires de soins de la personne âgée (autre que vos collègues)?
 |
| -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 influence |  | plus de solitude |
| * Votre sentiment de sécurité ?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins de sécurité |  | aucune influence |  | plus de sécurité |
| * Votre sentiment quant à votre 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 |

**Impact**

De quelle manière la technologie influence:

**Pour la personne âgée elles-même:**

|  |
| --- |
| * Le nombre de rendez-vous manqués
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Le risque de devoir quitter sa maison pour être soigné en maison de retraite
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Le risque d’hospitalisation
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Le risque de chute
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Le risque de déshydratation
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Suivi de progrès / déclin dans la réalisation des objectifs
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| influence négative |  | neutre |  | influence positive |
| * Le niveau de stress pour le proche soignant
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| **Pour vous en tant que prestataire de soins:** |
| * Votre sens de flexibilité et d’autonomie
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * La possibilité que la personnes âgée atteigne les objectifs visés
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * L’accès à l’information concernant la personne âgée
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Votre sentiment d’être soutenu?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * La qualité du temps que vous passez avec la personne âgée?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Votre niveau de stress?
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Le temps dont vous avez besoin pour entrer des informations après la visite à la personne âgée.
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Des problèmes de connection à l’internet
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Temps que le tablet est disponible
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Possibilité d'échanger des informations
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins |  | neutre |  | plus |
| * Le temps nécessaire pour rechercher des informations sur la personne âgée
 |
| -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| moins | neutre | plus |

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

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