

Sondage sur l'expérience des patients des équipes Santé Ontario

Bienvenue au *Sondage sur l'expérience des patients des équipes Santé Ontario* du Health System Performance Network (Réseau sur la performance du système de santé). Nous souhaitons connaître votre expérience afin d'identifier les éléments à améliorer dans la prestation de vos soins et services de votre équipe Santé Ontario (ÉSO).

Votre nom ne sera aucunement lié à vos réponses, c'est-à-dire que vous demeurerez anonyme. Les réponses sommaires de toutes les patients seront rendues publiques pour fournir une évaluation globale des expériences des patients des ÉSO dans le but d'identifier les dimensions des expériences des patients qui peuvent être améliorées. Les résultats seront partagés avec l'ÉSO seulement s'il y a au moins 10 répondants.

Il vous faudra environ **15 minutes** pour répondre à ce questionnaire. Veuillez sélectionner la réponse qui correspond le mieux à vous et vos expériences.

Si vous avez besoin d'aide à remplir ce questionnaire, veuillez contacter la personne qui vous a envoyé ce sondage. Vous pouvez aussi vous servir de l'aide d'un ami ou d'un aidant naturel.

Nous vous remercions du temps consacré à ce sondage.

1. Vous faites partie de quelle ÉSO ? (Veuillez indiquer qu'une seule réponse.) *Obligatoire

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ÉSO d'Algoma | <input type="radio"/> ÉSO de Kawartha Lakes |
| <input type="radio"/> ÉSO All Nations Health Partners | <input type="radio"/> ÉSO de Kitchener, Waterloo, Wilmot, Woolwich, et Wellesley |
| <input type="radio"/> ÉSO de Barrie et des régions avoisinantes | <input type="radio"/> ÉSO de Lanark, Leeds et Grenville |
| <input type="radio"/> ÉSO du bien-être du Nipissing | <input type="radio"/> ÉSO de Mississauga |
| <input type="radio"/> ÉSO de Centre-Ouest | <input type="radio"/> ÉSO de la région de Muskoka |
| <input type="radio"/> ÉSO de Brantford | <input type="radio"/> ESO Network 24 |
| <input type="radio"/> ÉSO de Burlington | <input type="radio"/> North York Toronto Health Partners |
| <input type="radio"/> ÉSO de Cambridge et North Dumfries | <input type="radio"/> ÉSO de Northumberland |
| <input type="radio"/> ÉSO du Centre-Ouest de Toronto | <input type="radio"/> ÉSO d'Ottawa |
| <input type="radio"/> ÉSO du centre-ville de Toronto Est | <input type="radio"/> ÉSO de l'Ouest de l'Ontario |
| <input type="radio"/> ÉSO de Chatham-Kent | <input type="radio"/> ÉSO de l'Ouest de Toronto |
| <input type="radio"/> ÉSO de Couchiching | <input type="radio"/> ÉSO d'Oxford et de la région |
| <input type="radio"/> ÉSO de Durham | <input type="radio"/> ÉSO Peterborough |
| <input type="radio"/> ÉSO d'Elgin | <input type="radio"/> ÉSO Quatre Rivières |
| <input type="radio"/> ÉSO d'East York et du nord de la région de Durham OHT | <input type="radio"/> ÉSO du district de Rainy River |
| <input type="radio"/> ÉSO de l'Est d'Ottawa | <input type="radio"/> ÉSO de Sarnia Lambton |
| <input type="radio"/> ÉSO de l'Est de Toronto | <input type="radio"/> ÉSO de Scarborough |
| <input type="radio"/> ÉSO de Frontenac, Lennox & Addington | <input type="radio"/> ÉSO de Simcoe Nord |
| <input type="radio"/> ÉSO de Grey-Bruce | <input type="radio"/> ÉSO du Sud de la baie Georgienne |
| <input type="radio"/> ÉSO de Halton | <input type="radio"/> ÉSO du nord de Toronto |
| <input type="radio"/> ÉSO de Hastings et de Prince Edward | <input type="radio"/> ÉSO du nord-ouest de Toronto |
| <input type="radio"/> Le Greater Hamilton Health Network | <input type="radio"/> ÉSO de Niagara |
| <input type="radio"/> ÉSO du Haut-Canada et de Cornwall et de sa région | <input type="radio"/> ÉSO Southlake Community |
| <input type="radio"/> ÉSO de Hills of Headwaters | <input type="radio"/> ÉSO de la région de York Ouest |
| <input type="radio"/> ÉSO de la région de Guelph Wellington | <input type="radio"/> ÉSO de Windsor Essex |
| <input type="radio"/> ÉSO de la région de Huron Perth | <input type="radio"/> Incertain(e) / Je ne sais pas. |

2. Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal ?

(En caractères d'imprimerie, c.-à-d. A1A) _____

SECTION A : UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ

3. Au cours des 12 derniers mois, qui vous ont fourni des soins ? (Veuillez choisir toutes les réponses applicables.)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin de soins primaires | <input type="checkbox"/> Nuitée en hôpital |
| <input type="checkbox"/> Infirmier praticien | <input type="checkbox"/> Professionnel paramédical (p. ex. physio-, ergo- ou inhalothérapeute, travailleur social, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste ou Clinique de consultation externe dans un hôpital | <input type="checkbox"/> Programmes et services sociaux ou communautaires (p. ex. agent de santé communautaire, aide pour la vie quotidienne, programme de jour pour adultes, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Services de santé mentale | <input type="checkbox"/> Services de relève pour les aidants naturels |
| <input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile ou Réadaptation | <input type="checkbox"/> Aide au logement (y compris les services de logement supervisé) |
| <input type="checkbox"/> Services de soutien à la personne / Services d'aide familiale | <input type="checkbox"/> Services bénévoles (p. ex. popote roulante) |
| <input type="checkbox"/> Services médicaux d'urgence (SMU) / Services ambulanciers | <input type="checkbox"/> Pharmacie |
| <input type="checkbox"/> Service d'urgence | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) (Veuillez préciser.) _____ | |
| <input type="radio"/> Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas. | |

SECTION B : VOTRE SANTÉ

Nous aimerions savoir ce que vous pensez de votre santé.

4. En général, comment décririez-vous votre propre santé ?

- Excellente Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise Je ne sais pas.

5. Veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre mobilité *aujourd'hui*.

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied.
 J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied.
 J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied.
 J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied.
 Je suis incapable de me déplacer à pied.

6. Veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre autonomie *aujourd'hui*.

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
 J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
 J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
 J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
 Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e).

7. Veuillez cocher la case qui décrit le mieux vos activités courantes *aujourd'hui*. Par exemples, travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs.

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes.
 J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes.
 J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes.
 J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes.
 Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes.

8. Veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre niveau de douleurs / inconfort *aujourd'hui*.

- Je n'ai ni douleur ni inconfort.
 J'ai des douleurs ou un inconfort léger(ères).
 J'ai des douleurs ou un inconfort modéré(es).
 J'ai des douleurs ou un inconfort sévère(s).
 J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s).

9. Veuillez cocher la case qui décrit le mieux votre niveau d'anxiété / dépression *aujourd'hui*.

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e).
 Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e).
 Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e).
 Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e).
 Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e).

Questions 5-9 proviennent du Canada (French) © 2009 EuroQol Group. EQ-5D™ est une marque déposée du EuroQol Group.

Durant les deux dernières semaines...

10. Avez-vous déjà ressenti peu d'intérêt ou de plaisir dans votre vie quotidienne ?

- Pas du tout
- Plusieurs jours (moins de la moitié des jours)
- Plus de la moitié des jours
- Presque/tous les jours

11. Vous êtes-vous déjà senti faible, déprimé ou sans espoir ?

- Pas du tout
- Plusieurs jours (moins de la moitié des jours)
- Plus de la moitié des jours
- Presque/tous les jours

SECTION C : ACCÉDER FACILEMENT À DES SOINS

12. Avez-vous un professionnel de la santé que vous pouvez voir régulièrement pour des bilans de santé ou quand vous êtes malade et ainsi de suite ? Par exemples, un médecin de famille, un omnipraticien ou médecin généraliste, ou un infirmier praticien.

N. B. : Dans ce sondage, nous appelons cet individu votre « **fournisseur habituel** ».

- Oui
- Non ⇒ *Passez à la question n° 14.*
- Je ne sais pas. ⇒ *Passez à la question n° 14.*

13. Au cours des 12 derniers mois, comment décririez-vous la longueur de temps qu'il vous a fallu pour avoir accès à votre fournisseur habituel ?

- À peu près correcte
- Un peu trop longue
- Beaucoup trop longue
- Je n'ai pas consulté mon fournisseur habituel au cours des 12 derniers mois.
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

14. Parfois, afin de maintenir leur santé, les gens ont besoin d'aide avec la préparation des repas, le transport, le ménage, la lessive, etc. (nous appelons ça des « services communautaires de soutien »). Avez-vous déjà eu besoin de ce type d'aide ?

- Oui
- Non ⇒ *Veillez passer à la question n° 17.*
- Je ne sais pas. ⇒ *Veillez passer à la question n° 17.*

15. En général, est-il facile pour vous d'obtenir services communautaires de soutien ?

- Très facile
- Quelque peu facile
- Quelque peu difficile
- Très difficile
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

16. Au cours des 12 derniers mois, comment décririez-vous la longueur de temps qu'il vous a fallu pour avoir accès aux services communautaires de soutien ?

- À peu près correcte
- Un peu trop longue
- Beaucoup trop longue
- Je n'ai pas eu besoin de services communautaires de soutien au cours des 12 derniers mois.
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

17. Lorsque vous considérez la façon dont vous et tous vos prestataires vous aident à prendre soin de votre santé, diriez-vous que vos soins globaux sont bien coordonnés ?

- Très coordonnés
- Assez coordonnés
- Pas coordonnés
- Je ne sais pas.

SECTION D : AVOIR QUELQU'UN SUR QUI COMPTER

18. En général, pensez-vous que votre fournisseur habituel ou un autre professionnel de la santé s'assure que vous recevez les soins de santé dont vous avez besoin ?

- Très confiant(e)
- Assez confiant(e)
- Pas très confiant(e)
- Pas du tout confiant(e)
- Je ne sais pas.

19. Y a-t-il au moins une personne, à part un professionnel de la santé, qui s'assure que vous recevez les soins de santé dont vous avez besoin ? Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un ami ou d'une autre personne.

- Oui
- Non ⇒ *Veillez passer à la question n° 21.*
- Je suis capable de prendre soin de moi-même. ⇒ *Veillez passer à la question n° 21.*
- Je ne sais pas. ⇒ *Veillez passer à la question n° 21.*

20. Pensez-vous que cette personne s'occupera de vous lorsque vous vieillirez ou que votre santé changera ?

- Très confiant(e)
- Assez confiant(e)
- Pas très confiant(e)
- Pas du tout confiant(e)
- Je ne sais pas.

SECTION E : ÊTRE ENTENDU(E)

21. Quand vous voyez votre fournisseur habituel ou quelqu'un d'autre dans leur cabinet, êtes-vous impliqué(e) autant que vous le voulez dans les décisions prises concernant vos soins et traitements ?

- Toujours
- Souvent
- Quelques fois
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas.

22. En général, pensez-vous que vos prestataires comprennent bien vos besoins en matière de soins de santé ?

- Très bien
- Assez bien
- Pas très bien
- Pas du tout bien
- Je ne sais pas.

23. En général, vos prestataires vous écoutent-ils attentivement ?

- Toujours
- Souvent
- Quelques fois
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas.

24. En général, vos prestataires vous encouragent-ils à emmener quelqu'un avec vous à vos rendez-vous ?

- Toujours
- Souvent
- Quelques fois
- Rarement
- Jamais
- Non applicable / Je ne sais pas.

SECTION F : SAVOIR COMMENT GÉRER VOTRE SANTÉ

25. En général, êtes-vous confiant(e) que vous savez quoi faire pour gérer et prendre soin de votre santé ?

- Très confiant(e)
- Assez confiant(e)
- Pas très confiant(e)
- Pas du tout confiant(e)
- Je ne sais pas.

26. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de recevoir des informations contradictoires sur vos soins de santé de la part de différents prestataires, tels que votre médecin de famille, des spécialistes ou d'autres fournisseurs, y compris des infirmiers, des diététiciens, des membres du personnel des cliniques, etc. ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

SECTION G : LA SÉCURITÉ

27. Êtes-vous capable de vous déplacer dans votre maison ou dans le voisinage sans craindre de tomber ou d'être désorienté(e) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas.

SECTION H : LES TRANSITIONS

URGENCES

28. Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé(e) aux urgences parce que vous étiez malade ou pour une raison liée à la santé ?

- Oui
- Non ⇒ *Veillez passer à la question n° 32.*
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas. ⇒ *Veillez passer à la question n° 32.*

29. La dernière fois que vous êtes allé(e) aux urgences, pensez-vous que votre condition aurait pu être traitée par votre fournisseur habituel s'il était disponible ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

30. Parmi les raisons suivantes, quelle est la raison PRINCIPALE pour laquelle vous êtes allé(e) aux urgences au lieu d'aller voir votre fournisseur habituel ?

- C'était une urgence.
- Mon fournisseur habituel n'était pas disponible.
- Je ne pouvais pas avoir un rendez-vous chez mon fournisseur habituel.
- C'était plus vite d'aller aux urgences.
- Les urgences étaient plus près.
- Mon fournisseur habituel m'a conseillé(e) d'aller aux urgences.
- Mon fournisseur habituel travaille aux urgences.
- Autre raison (Veillez préciser.) _____
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

31. Après votre séjour au service des urgences, étiez-vous confiant(e) d'avoir obtenu les informations nécessaires pour soigner et gérer le problème de santé pour lequel vous êtes allé(e) aux urgences ?

- Très confiant(e)
- Assez confiant(e)
- Pas très confiant(e)
- Pas du tout confiant(e)
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

HÔPITAL

32. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) pour une nuit ?

- Oui
- Non ⇒ *Veillez passer à la question n° 35.*
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas. ⇒ *Veillez passer à la question n° 35.*

33. Lorsque vous avez eu congé de l'hôpital, avez-vous reçu des consignes claires et faciles à suivre sur qui contacter si vous aviez des questions sur votre traitement ou si votre état s'aggravait ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

34. Lorsque vous avez eu congé de l'hôpital, votre fournisseur habituel ou un autre professionnel de la santé paraissait-il informé et mis à jour sur les soins que vous avez reçus à l'hôpital ?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas vu mon fournisseur habituel ni un autre professionnel de la santé depuis mon congé de l'hôpital.
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

SPÉCIALISTES

35. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin spécialiste ? Il peut s'agir d'un rendez-vous en personne, par téléphone, par vidéoconférence, par courriel ou par message sécurisé.

- Oui
- Non ⇒ *Veillez passer à la question n° 39.*
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas. ⇒ *Veillez passer à la question n° 39.*

36. Comment décririez-vous la longueur de temps entre la période quand vous avez pris votre rendez-vous et la visite elle-même ?

- À peu près correcte
- Un peu trop longue
- Beaucoup trop longue
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

37. Quand vous avez vu le spécialiste, avait-il vos informations médicales de base de votre fournisseur habituel concernant la raison de votre visite ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

38. Après avoir vu le spécialiste, votre fournisseur habituel semblait-il informé et mis à jour sur les soins que vous avez reçu du spécialiste ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

TESTS

39. Au cours des 12 derniers mois, quand vous aviez reçu des soins pour un problème médical, y avait-il un instant où les résultats de votre test n'étaient pas disponibles à temps au moment de votre rendez-vous avec votre fournisseur ?

- Oui
- Non
- Non applicable / Je n'ai reçu aucuns tests au cours des 12 derniers mois.
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

SECTION I : SERVICES DE SANTÉ NUMÉRIQUES

Les médecins conservent des dossiers médicaux de leurs patients, lesquels comprennent des renseignements telles que l'âge, le poids, les notes cliniques des rendez-vous, les conditions médicales existantes, etc. Certains médecins permettent à leurs patients de consulter leur dossier médical en ligne en dehors du cabinet médical. Des exemples de ces systèmes sont *MyChart*, *MyUHN*, etc.

40. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté vos dossiers médicaux via un portail électronique ou un outil numérique ? Cela n'inclut pas l'accès aux résultats des tests effectués dans des laboratoires tels que Lifelabs ou Dynacare et fournis par le laboratoire.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

41. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté vos dossiers médicaux ou de santé via des portails électroniques ou des outils numériques conçus pour des personnes qui souffrent de conditions de santé particulières ? Des exemples de ces types d'outils sont NED ou Medly.

- Oui ⇒ *Veillez passer à la question n° 43.*
- Non
- Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas.

42. Parmi les raisons suivantes, quelle est la raison PRINCIPALE pour laquelle vous n'avez pas consulté vos dossiers médicaux en ligne ?

- Je ne voulais pas consulter mes dossiers médicaux de cette manière.
- Mon fournisseur ne rend pas les dossiers médicaux disponibles de cette manière.
- Je ne sais pas comment.
- Je n'ai aucun accès (ou accès fiable) à l'internet.
- Je n'ai aucun accès (ou accès fiable) aux appareils (y compris ordinateur, portable, tablette, etc.) nécessaires.
- Je n'ai pas eu besoin de consulter mes dossiers médicaux.
- Je ne savais pas que je pouvais faire ça.
- Je ne sais pas.

43. À part la prise de rendez-vous, au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous servi(e) d'une des méthodes virtuelles suivantes pour communiquer avec votre fournisseur habituel au sujet de vos soins médicaux ? (Veuillez choisir toutes les réponses applicables.)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Téléphone | <input type="checkbox"/> Vidéoconférence |
| <input type="checkbox"/> Courriel | <input type="checkbox"/> Texto / Message électronique |
| <input type="checkbox"/> Site web / portail | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. / Je ne m'en souviens pas. |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) méthode(s) (Veuillez préciser.) _____ | |

COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES

44. Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer votre expérience des services de santé ?

SECTION J : À PROPOS DE VOUS

45. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 18 ans De 45 à 64 ans 85 ans et plus
 De 18 à 24 ans De 65 à 74 ans Je préfère ne pas répondre.
 De 25 à 44 ans De 75 à 84 ans

46. Lequel des énoncés suivants décrit votre identité de genre ?

- Femme Femme trans Bispirituel(le)
 Homme Homme trans Je préfère ne pas répondre.
 Autre identité de genre (Veuillez préciser.) _____

47. Lequel des énoncés suivants décrit votre identité sexuelle ?

- Bisexuel(le) Homosexuel(le) (Gay/Lesbienne) Bispirituel(le)
 Hétérosexuel Queer Je préfère ne pas répondre.
 Autre identité sexuelle (Veuillez préciser.) _____

48. Parmi les énoncés suivants, quelle(s) race(s) ou ethnique(s) vous décrit(vent) le mieux ? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique.)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiatique de l'Est (p. ex. chinois(e), japonais(e), coréen(ne)) | <input type="checkbox"/> Noir(e) – Antillais(e) (p. ex. barbadien(ne), jamaïcain(e)) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (p. ex. malaisien(ne), philippin(e), vietnamien(ne)) | <input type="checkbox"/> Latino-américain(e) ou hispanique (p. ex. argentin(e), chilien(ne), salvadorien(ne)) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (p. ex. indien(ne), pakistanais(e), sri lankais(e)) | <input type="checkbox"/> Première Nation (Indien(ne) inscrit(e) ou Indien(ne) non inscrit(e)) |
| <input type="checkbox"/> Indo-Caribéen(ne) (p. ex. guyanien(ne) d'origine indienne) | <input type="checkbox"/> Inuk ou Inuit(e) |
| <input type="checkbox"/> Du Moyen-Orient ou de l'Afrique du Nord (p. ex. algérien(ne), iranien(ne), libanais(e)) | <input type="checkbox"/> Métis(se) |
| <input type="checkbox"/> Noir(e) – Africain(e) subsaharien(ne) (p. ex. ghanéen(ne), kényan(e), somalien(ne)) | <input type="checkbox"/> Blanc(he) – Européen(ne) (p. ex. français(e), italien(ne), russe) |
| <input type="checkbox"/> Noir(e) – Nord-Américain (p. ex. canadien(ne), américain(e)) | <input type="checkbox"/> Blanc(he) – Nord-Américain (p. ex. canadien(ne), américain(e)) |
| <input type="checkbox"/> Aucuns des énoncés ci-dessus ne s'appliquent à moi. (Veuillez préciser.) _____ | <input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre. |

49. Quand vous consultez ou parlez avec les infirmiers, les docteurs, les médecins, les spécialistes et autres personnes dans le système de la santé, dans quelle langue vous sentez-vous le (la) *plus* à l'aise ?

- Anglais
 Français
 Je me sens le plus à l'aise dans une autre langue. (Veuillez préciser.) _____

Les questions suivantes portent sur vos sentiments vis-à-vis de votre condition de vie actuelle.

50. Avez-vous de la difficulté à payer vos factures à la fin du mois ?

- Toujours
- Habituellement
- Parfois
- Jamais
- Je préfère ne pas répondre.

51. Après avoir payé vos factures mensuelles, avez-vous généralement assez d'argent pour vous procurer de la nourriture ?

- Toujours
- Habituellement
- Parfois
- Jamais
- Je préfère ne pas répondre.

52. Craignez-vous perdre votre maison ou votre lieu de résidence ?

- Toujours
- Habituellement
- Parfois
- Jamais
- Je préfère ne pas répondre.

53. Vous sentez-vous isolé(e) des autres ?

- Toujours
- Habituellement
- Parfois
- Jamais
- Je préfère ne pas répondre.

54. Vous sentez-vous exclu(e) ?

- Toujours
- Habituellement
- Parfois
- Jamais
- Je préfère ne pas répondre.

55. Vous sentez-vous en manque de compagnie ?

- Toujours
- Habituellement
- Parfois
- Jamais
- Je préfère ne pas répondre.

56. Qui est la personne ou sont les personnes principale(s) qui a (ont) rempli ce questionnaire ?

- Moi, le patient / le client.
- Un(e) ami(e) ou un proche du patient / le client.
- Moi, le patient / le client, et un(e) ami(e) ou proche, tous les deux ensembles.
- Moi, le patient / le client, avec l'aide d'un professionnel de la santé.

Merci !