

## Sondage de l'expérience des aidants naturels des Soins à domicile et en milieu communautaire

Ce sondage nous permettra de mieux comprendre votre expérience en tant qu'aidant(e) naturel(le) et à cerner les domaines où des améliorations sont possibles. Il vous faudra environ 20 minutes pour répondre à ce questionnaire. L'information recueillie demeurera confidentielle et votre participation est facultative. Vos réponses n'auront aucune incidence sur les services de soins à domicile que <nom du client> reçoit actuellement ou pourrait recevoir à l'avenir.

Veillez noter que ce sondage emploie le terme « *personnel* » pour désigner le(la) coordonnateur(trice) de soins du réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) qui organise le plan de soins de <nom du client>, ainsi que tout(e) coordonnateur(trice) d'agence et tout(e) prestataire(trice) qui fournissent des services de soins chez <nom du client>.

### Directives :

- Avec un **stylo noir** ou **bleu**, veuillez mettre une croix « X » ☒ clairement dans la case décrivant le mieux votre expérience.
- Si vous faites une erreur, simplement rayez l'erreur ☒ et mettez la croix « X » ☒ dans la bonne case.
- Si vous ne pouvez pas, ou ne voulez pas répondre à une question, veuillez laisser le champ vide et passez à la question suivante.
- Prière **DE NE PAS** écrire votre nom, ni votre adresse, ni les noms des membres du personnel sur le questionnaire.
- Lorsque vous aurez rempli le questionnaire, veuillez le retourner dans l'enveloppe préaffranchie fournie à cette fin.

***Nous vous remercions pour le temps consacré.***

### BESOIN D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE ?

Si vous avez besoin d'aide à remplir ce questionnaire, ***ou si vous souhaitez répondre au sondage en ligne, ou par téléphone***, veuillez appeler la ligne d'assistance téléphonique du sondage au < **insérez le numéro** >, ou envoyez-nous un courriel à < **insérez l'adresse courriel** >.

Connaissez-vous les services de soins à domicile que <nom du client> reçoit ou a reçus par l'intermédiaire du RLISS ?

Are you familiar with the home care services that <client name> received or is receiving through the LHIN?

- Oui
- Non → Si vous avez répondu « Non », s'il vous plaît, ne remplissez pas la suite de ce sondage. Cependant, veuillez insérer ce questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie et nous le retourner par poste.

### **Être un(e) aidant(e) naturel(le)...**

***Nous souhaitons d'abord vous poser quelques questions au sujet de vos activités en tant qu'aidant(e) naturel(le).***

1. Quelle est votre relation avec <nom du client> ? « **C'est mon(ma)...** »
  - Conjoint(e) / Partenaire
  - Parent / Beau-parent / Beau-parent par alliance
  - Enfant / Bel-enfant / Enfant en famille d'accueil / Gendre / Bru
  - Frère / Sœur / Demi-frère / Demi-sœur / Beau-frère / Belle-sœur
  - Petit-enfant / Beau-petit-enfant / Petit-enfant par alliance / Petit-gendre / Petite-bru
  - Grand-parent / Beau-grand-parent / Grand-parent par alliance
  - Ami(e) / Voisin(e)
  - Les options énumérées ci-dessus ne s'appliquent pas à moi.
  
2. Combien d'heure, en moyenne, par semaine consacrez-vous à la prestation des soins (y compris le temps de trajet) ?
  - Moins d'une (1) heure par semaine.
  - D'un (1) à cinq (5) heures.
  - De six (6) à dix (10) heures.
  - De onze (11) à vingt (20) heures.
  - Plus de vingt heures.
  
3. À part vous-même, combien d'autres aidant(e)s naturel(le)s y a-t-il qui consacrent au moins une heure par semaine à la prestation des soins à <nom du client> ?
  - Aucun ; je suis le(la) seul(e) aidant(e) naturel(le).
  - Un(e) ou deux autres.
  - Trois ou plus.
  
4. Quels genres de soins fournissez-vous à <nom du client> en tant qu'aidant(e) naturel(le) ? **Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
  - Soutien à la personne (y compris le déplacement et l'hygiène personnelle, tel que l'utilisation des toilettes, l'habillement ou l'aide au bain)
  - Soins infirmiers et traitements médicaux (p. ex. gestion des médicaments, traitement des plaies, etc.)
  - Coordination des soins (c.-à-d. la planification et/ou l'accompagnement aux rendez-vous médicaux)
  - Soutien émotionnel
  - Transport (p. ex. l'aider à se rendre aux rendez-vous ou à d'autres endroits importants)
  - Paiement des factures, gestion des finances et/ou des affaires
  - Entretien ménager, le magasinage et la cuisine
  - Aide avec l'utilisation du téléphone ou avec le courrier électronique et/ou l'internet pour communiquer avec les autres
  - Autres soutiens qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.

5. Recevez-vous également des services de soins à domicile pour répondre à vos propres besoins ?
- Oui, y compris des services de soins à domicile financés par le gouvernement.
  - Oui, mais seulement des services pour lesquels je paie moi-même.
  - Non

***Soutiens à l'aidant(e) naturel(le)...***

***Les questions suivantes portent sur votre expérience avec les soutiens qui vous sont disponibles en tant qu'aidant(e) naturel(le).***

6. Lorsque les services de soins à domicile de <nom du client> ont commencé, vous sentiez-vous bien préparé(e) à assumer le rôle de l'aidant(e) naturel(le) ?
- Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
7. En tant qu'aidant(e) naturel(le), sentez-vous que le personnel de soins à domicile vous accorde son appui ?
- Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
8. À tout moment, si vous aviez besoin de soutiens supplémentaires, en tant qu'aidant(e) naturel(le), un membre du personnel vous a-t-il dirigé(e) vers d'autres services (p. ex. services de transport, programmes de jour, Popote roulante) qui vous ont été utiles ?
- Sans objet/Je n'ai pas eu besoin de soutiens supplémentaires.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec suffisamment de services pertinents.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services, mais ils n'étaient pas pertinents à mes besoins.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services pertinents, mais il m'en fallait d'autres.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services, mais je les ai refusés.
  - Non, je n'ai pas été mis(e) en contact avec d'autres services.
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.

***L'accès aux soins à domicile...***

***Les questions suivantes portent sur votre expérience, en tant qu'aidant(e) naturel(le), lorsque les services de soins à domicile de <nom du client> ont commencé pour la première fois.***

9. Étiez-vous impliqué(e) dans la planification des soins à domicile de <nom du client> autant que vous le vouliez ?
- Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  - Je ne voulais pas être impliqué(e).
  - Je voulais être impliqué(e), mais <nom du client> ne voulait pas que je le sois.

10. Comprenez-vous quels services de soins à domicile <nom du client> devrait recevoir ?

- Pas du tout
- Quelque peu
- En grande partie
- Tout à fait

**Maintenant, veuillez penser aux services actuels qui sont fournis à <nom du client>...**

11. Les visites à domicile sont-elles organisées à une heure qui vous convient en tant qu'aidant(e) naturel(le) ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

12. Êtes-vous capable d'ajuster les services de soins à domicile de <nom du client> s'il y a un besoin ?

- Sans objet/Les besoins de <nom du client> n'ont pas changé.
- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

13. Y a-t-il des effets négatifs sur vous, en tant qu'aidant(e) naturel(le), liés aux changements d'horaire des services par le personnel ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours
- Sans objet/Il n'y a pas eu de changement à l'horaire des services.

14. Avez-vous tous les fournitures et les équipements nécessaires pour que <nom du client> puisse continuer à demeurer à la maison (p. ex. marchette, fournitures pour incontinence, etc.) ?

- Sans objet/Nous n'avons pas besoin de fournitures ni d'équipement.
- Oui, nous avons tous les fournitures et les équipements nécessaires.
- Il nous manque des fournitures et des équipements importants et nous ne savons pas comment les obtenir.
- Il nous manque des fournitures et des équipements importants, car nous n'avons pas les moyens de les payer.
- Il nous manque des fournitures et des équipements importants pour d'autres raisons.

15. Quelles sont les aides **supplémentaires** dont <nom du client> a besoin (y compris les services de soins à domiciles actuels, ainsi que les services supplémentaires qui ne sont pas financés) ? **Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique.**

- Sans objet/<Nom du client> n'a pas besoin d'aide supplémentaire.
- Soutien à la personne (y compris le déplacement et l'hygiène personnelle, tel que l'utilisation des toilettes, l'habillement ou l'aide au bain)
- Soins infirmiers et traitements médicaux (p. ex. gestion des médicaments, traitement des plaies, etc.)
- Physiothérapie
- Autres thérapies professionnelles (p. ex. d'orthophonie, de déglutition, ergothérapie, services de conseil, etc.)
- Visites sociales et/ou activités de loisir
- Entretien ménager, le magasinage et la cuisine
- Transport (p. ex. se rendre aux rendez-vous, modifications au véhicule, taxis, stationnement pour les rendez-vous médicaux, etc.)
- Autres services de soutien à domicile qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.

16. Au cours de l'année dernière, quels sont les services pour lesquels vous, ou votre famille, avez payé vous-même ?  
**Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- Sans objet/Je n'ai pas à payer des services de soins à domicile.
  - Équipements de soins à domicile (p. ex. barre de douche, lit d'hôpital, marchette, etc.)
  - Modifications au domicile et/ou installation des équipements (p. ex. rampe pour fauteuil roulant, barres d'appui, etc.)
  - Soutien à la personne (p. ex. déplacement et hygiène personnelle, tel que l'utilisation des toilettes, l'habillement ou l'aide au bain)
  - Services de relève (p. ex. à domicile, des programmes de jour pour adultes, etc.)
  - Soins infirmiers et traitements médicaux (p. ex. gestion des médicaments, traitement des plaies, etc.)
  - Physiothérapie
  - Autres thérapies professionnelles (p. ex. d'orthophonie, de déglutition, ergothérapie, services de conseil, etc.)
  - Transport (p. ex. modifications au véhicule, taxis, stationnement pour les rendez-vous médicaux, etc.)
  - Entretien ménager, le magasinage et la cuisine
  - Je n'ai pas les moyens pour payer des services supplémentaires.
  - Autres services de soutien à domicile qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.
17. Avez-vous assez d'argent pour payer tout ce que <nom du client> a besoin pour ses soins ?
- Sans objet /Je n'ai pas eu besoin à payer pour ses soins.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours

**Répondre à vos besoins...**

**Les questions suivantes portent sur vos besoins, en tant qu'aidant(e) naturel(le), et les efforts du personnel pour y répondre.**

18. Quelles sont les aides dont vous avez besoin en tant qu'aidant(e) naturel(le) (y compris les services qui sont financés ainsi que ceux qui ne le sont pas) ? **Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- Sans objet/Je n'ai pas besoin d'aide supplémentaire.

**Des soins et des services pour vous-même :**

- Soutien à la personne pour vous-même (y compris le déplacement et l'hygiène personnelle, tel que l'utilisation des toilettes, l'habillement ou l'aide au bain)
- Soins infirmiers et traitements médicaux pour vous-même (p. ex. gestion des médicaments, traitement des plaies, etc.)
- Thérapies professionnelles pour vous-même (p. ex. d'orthophonie, de réadaptation, services de conseil, etc.)
- Entretien ménager, le magasinage et la cuisine pour vous-même
- Transport pour vous-même (p. ex. se rendre à des rendez-vous, modifications au véhicule, taxis, stationnement pour les rendez-vous médicaux, etc.)

**Autres soutiens pour vous-même :**

- Soutien instrumental (c.-à-d. de l'aide pratique en prenant charge de certaines de vos responsabilités d'aidant(e) naturel(le))
- Services de relève (p. ex. à domicile, des programmes de jour pour adultes, etc.)
- Visites sociales et/ou activités de loisir pour vous-même
- Soutien par les pairs aidant(e)s naturel(le)s
- Soutien émotionnel
- Soutien informationnel (p. ex. obtenir de l'information, des conseils, etc.)

- Formation sur le traitement des problèmes médicaux, les procédures et/ou l'administration de médicaments
- Soutien financier
  
- Autres services de soutien à domicile qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.

### ***La communication...***

***Les questions suivantes portent sur votre expérience de communication, en tant qu'aidant(e) naturel(le), avec le personnel de soins à domicile de <nom du client>.***

19. Y a-t-il quelqu'un de fiable pour répondre à vos questions ou à vos problèmes liés aux soins à domicile de <nom du client> ?
- Sans objet/Je n'ai eu aucune question à poser.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
  - Je ne sais pas. /Je ne m'en souviens pas.
20. Le personnel vous donne-t-il des explications qui sont faciles à comprendre ?
- Sans objet/Je n'ai pas communiqué avec le personnel.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
21. Si vous étiez **incapable** de comprendre ce que le personnel vous a dit, était-ce pour l'une des raisons suivantes ?  
**Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- Sans objet/Je n'ai eu aucune difficulté à comprendre.
  - Barrière linguistique
  - Usage du jargon ou de mots techniques
  - Parler trop vite
  - Ne pas écouter ou ne pas prêter attention
  - Autres raisons qui ne sont pas mentionnées ci-dessus.
22. Le personnel vous écoute-t-il attentivement ?
- Sans objet/Je n'ai pas communiqué avec le personnel.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours
23. Y a-t-il un manque de communication entre les différents membres du personnel qui occasionne un effet négatif sur les soins à domicile de <nom du client> (p. ex. un(e) prestataire(trice) n'informe pas un(e) autre du plan de soins) ?
- Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours

24. Comprenez-vous les prochaines étapes à venir dans les soins à domicile de <nom du client> (p. ex. les services qui seront fournis et les étapes à suivre afin de pouvoir appuyer <nom du client>) ?
- Sans objet/Je n'ai pas eu de discussion à propos des soins à domicile de <nom du client>.
  - Jamais
  - Parfois
  - Habituellement
  - Toujours

### **Le personnel...**

**Les questions suivantes sont au sujet de votre expérience avec le personnel de soins à domicile, c.-à-d. les membres du personnel qui organisent les soins de <nom du client>, ainsi que les prestataires qui viennent chez <nom du client> pour fournir des soins.**

25. Veuillez terminer la phrase suivante en indiquant lesquelles des caractéristiques ci-dessous vous croyez être vraies à propos des membres du personnel : « **En général, les membres du personnel...** » **Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- ...sont ponctuels.
  - ...sont polis et courtois.
  - ...nous tiennent au courant.
  - ...utilisent le temps alloué efficacement.
  - ...ont les compétences nécessaires.
  - ...nous offrent du soutien émotionnel.
  - ...sont minutieux.
  - ...communiquent clairement.
  - ...sont amicaux.
  - ...sont axés sur la sécurité.
  - ...sont attentifs aux besoins.
  - ...sont fiables.
26. Croyez-vous que <nom du client> ait subi un préjudice à cause d'une erreur, d'une faute ou par quelque chose que le personnel n'a pas fait ?
- Non
  - Oui et il y a eu un bon suivi pour résoudre le problème.
  - Oui, mais il n'y a pas eu un suivi adéquat pour résoudre le problème.
27. Quelle est votre expérience avec la procédure des plaintes ?
- Sans objet/Je n'ai pas eu besoin de porter plainte.
  - Je ne sais pas comment porter plainte.
  - Je sais comment porter plainte, mais c'est difficile.
  - Je sais comment porter plainte, mais je ne me sens pas à l'aise.
  - J'ai porté plainte, mais les efforts engagés pour résoudre le problème étaient insuffisants.
  - J'ai porté plainte et elle a été résolue à ma satisfaction.
  - Je ne sais pas. /Je ne m'en souviens pas.

***Après un séjour à l'hôpital... [seulement posées aux aidants naturels des clients hospitalisés]***

Les prochaines questions sont au sujet de l'expérience de congé de l'hôpital. Si <nom du client> n'a pas été congédié(e) de l'hôpital au début de sa période récente de soins à domicile, ou bien au cours des six (6) derniers mois, veuillez passer à la question n° 32.

Si <nom du client> a été hospitalisé(e) au début de sa période récente de soins à domicile, ou bien au cours des six (6) derniers mois...

28. Lorsque <nom du client> a quitté l'hôpital, vous sentiez-vous bien préparé(e) à assumer le rôle de l'aidant(e) naturel(le) ?
- Sans objet/<Nom du client> n'a pas été hospitalisé(e) au début de sa période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
29. Lorsque <nom du client> a quitté l'hôpital, saviez-vous qui contacter si vous aviez des questions au sujet de l'état ou du traitement de <nom du client> ?
- Sans objet/<Nom du client> n'a pas été hospitalisé(e) au début de sa période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Oui
  - Non
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
30. Après avoir quitté l'hôpital, les soins à domicile de <nom du client> ont-ils commencé quand vous en aviez besoin ?
- Sans objet/<Nom du client> n'a pas été hospitalisé(e) au début de sa période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Oui
  - Non
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
31. Après avoir quitté l'hôpital, le personnel de soins à domicile semblait-il être informé et au courant des soins qui ont été fournis à <nom du client> à l'hôpital ?
- Sans objet/<Nom du client> n'a pas été hospitalisé(e) au début de sa période récente de soins à domicile, ni au cours des six (6) derniers mois.
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.



***Suivant les soins à domicile... [seulement posées aux aidants naturels des clients congédiés]***

Les questions ci-dessous portent sur votre expérience, en tant qu'aidant(e) naturel(le), suivant la fin des services de Soins à domicile et en milieu communautaire de <nom du client>. Veuillez penser à la période suivant la cessation des services de soins à domicile de <nom du client>. **Si les services de <nom du client> n'ont pas cessé, veuillez passer à la question n° 35 dans la section intitulée « À propos de vous... » ci-dessous.**

32. Suivant la fin des services de soins à domicile de <nom du client>, si vous aviez besoin de soutiens supplémentaires, en tant qu'aidant(e) naturel(le), le personnel vous a-t-il dirigé(e) vers d'autres services au sein de votre communauté ?
- Sans objet/Les services de soins à domicile de <nom du client> n'ont pas cessé.
  - Je n'ai pas eu besoin de soutiens supplémentaires.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec suffisamment de services pertinents.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services communautaires, mais ils n'étaient pas pertinents à mes besoins.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services communautaires pertinents, mais il m'en fallait d'autres.
  - Oui, on m'a mis(e) en contact avec des services communautaires, mais je les ai refusés.
  - Non, je n'ai pas été mis(e) en contact avec d'autres services communautaires.
  - Je ne sais pas./Je ne m'en souviens pas.
33. Vous sentiez-vous préparé(e), en tant qu'aidant(e) naturel(le), pour la fin des services de soins à domicile de <nom du client> ?
- Sans objet/Les services de soins à domicile de <nom du client> n'ont pas cessé.
  - Pas du tout
  - Quelque peu
  - En grande partie
  - Tout à fait
  - Je ne sais pas. /Je ne m'en souviens pas.
34. Savez-vous qui contacter si <nom du client> a de nouveau besoin de soins à domicile ?
- Sans objet/Les services de soins à domicile de <nom du client> n'ont pas cessé.
  - Oui
  - Non

***En général...***

Veuillez évaluer votre expérience, en tant qu'aidant(e) naturel(le), avec les soins à domicile.

35. Veuillez terminer la phrase suivante : « ***Dans l'ensemble, je suis satisfait(e)...*** » **Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- ...des soutiens qui me sont disponibles en tant qu'aidant(e) naturel(le).
  - ...du genre de soins que <nom du client> est admissible à recevoir.
  - ...de la quantité de soins prodiguée à <nom du client>.
  - ...de la façon dont les soins sont fournis par le personnel.
36. En pensant aux services de soins à domicile que <nom du client> a reçu dans les 12 derniers mois, à quel point lui ont-ils aidé à demeurer à la maison ?
- Sans objet / Les soins à domicile n'étaient pas reliés au besoin de demeurer à la maison (p. ex. soins pour une blessure).
  - Ils n'ont pas aidé du tout
  - Ils ont aidé un peu
  - Ils ont beaucoup aidé

### À propos de vous...

Les questions suivantes nous permettront de mieux connaître les aidants naturels des clients que nous servons.

37. Parmi les énoncés suivants, quelle(s) race(s) ou ethnie(s) vous décri(ven)t le mieux ? **Veillez sélectionner tout ce qui s'applique.**
- Blanc(he)
  - Noir(e)
  - Asiatique de l'Est ou du Sud-est
  - Sud-asiatique
  - Latino(a)
  - Aucuns des énoncés ci-dessus ne s'appliquent à moi.
38. Vous identifiez-vous comme une personne francophone ?
- Oui
  - Non
39. Vous identifiez-vous comme une personne autochtone ?
- Non
  - Oui, Première Nation (Indien(ne) inscrit(e) ou Indien(ne) non inscrit(e)).
  - Oui, Métis(se)
  - Oui, Inuk (Inuit(e))
  - Oui, j'utilise un autre terme pour décrire mon ascendance autochtone ou mon identité (p. ex. Anichinabé(e), Traité N° 3).
40. Quel est votre âge ?
- Moins de 18 ans
  - De 18 à 24 ans
  - De 25 à 34 ans
  - De 35 à 44 ans
  - De 45 à 54 ans
  - De 55 à 64 ans
  - De 65 à 74 ans
  - De 75 à 84 ans
  - De 85 à 94 ans
  - De 95 ans et plus
41. Quel sexe vous a-t-on assigné à la naissance ?
- Male
  - Femelle
42. Lequel des énoncés suivants décrit votre identité sexuelle actuelle ?
- Femme
  - Homme
  - Bispirituel(le)
  - Femme trans
  - Homme trans
  - J'ai une autre identité sexuelle que celles énumérées ci-dessus (p. ex. non-binaire, transformiste, etc.).

43. Vous considérez-vous comme étant... ?

- Hétérosexuel(le)
- Homosexuel(le)/Gay/Lesbien
- Bispirituel(le)
- Bisexuel(le)
- J'ai une autre orientation sexuelle que celles énumérées ci-dessus (p. ex. asexuel(le), demisexuel(le), etc.).

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

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

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

45. Vous sentez-vous exclu(e) ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

46. Vous sentez-vous en manque de compagnie ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

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

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

48. Avez-vous de la difficulté à joindre les deux bouts/à payer vos factures à la fin du mois ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

49. Après avoir payé vos factures mensuelles, avez-vous En grande partie assez d'argent pour vous procurer de la nourriture ?

- Jamais
- Parfois
- Habituellement
- Toujours

### **Commentaires**

***Si vous avez d'autres commentaires au sujet de vos soins à domicile et du personnel, n'hésitez pas à nous les faire parvenir. (S'il vous plaît, n'écrivez pas votre nom, ni ceux des membres du personnel.)***

50. Souhaitez-vous nous faire part de quelque chose qui fonctionne bien pour vous, en tant qu'aidant(e) naturel(le), avec les services de soins à domicile ?
51. Souhaitez-vous nous faire part de quelque chose qui fonctionne mal pour vous, en tant qu'aidant(e) naturel(le), avec les services de soins à domicile ?
52. Avez-vous des suggestions pour améliorer les services de soins à domicile ?

***Nous vous remercions de votre participation !***