

## *“Enquête sur la satisfaction de la clientèle”*

### **Directives à l'intention des clients :**

Nous aimerions savoir si vous avez été satisfait(e) ou non des services de réadaptation que vous avez reçus en audiologie, ergothérapie, physiothérapie ou orthophonie. Si vous avez reçu des services de plus d'un thérapeute, veuillez combiner votre impression en une.

**N'inscrivez pas** votre nom sur le questionnaire. Votre nom ne nous intéresse pas, uniquement ce que vous pensez des services de réadaptation offerts au Nouveau-Brunswick.

Pour la plupart des questions, vous n'avez qu'à cocher une case. Il peut arriver que vous ayez à expliquer votre réponse.

*Exemple :* Avez-vous reçu un service de réadaptation?  Oui  Non

### **Directives à l'intention des dispensateurs de soins SEULEMENT :**

Si vous remplissez le questionnaire pour une autre personne, le terme “vous” inclus dans les questions a trait à la personne qui a reçu des services de réadaptation. Veuillez fonder vos réponses sur l'expérience du client.

### **Définitions générales :**

**Services de réadaptation** - Services ou soins dispensés par les thérapeutes suivants : audiologiste, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste.

**Client** - Personne qui a reçu les services de réadaptation.

**Thérapeute** - N'importe quel thérapeute suivant : audiologiste, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste. Ce terme n'englobe pas les médecins ni le personnel infirmier.


Le questionnaire a été rédigé au masculin pour en faciliter la lecture.



## Partie 1 : Renseignements sur le service de réadaptation reçu

**Q1.** Remplissez-vous le questionnaire pour vous-même ou pour quelqu'un d'autre?

- Moi     Quelqu'un d'autre

 Si vous remplissez le questionnaire pour une personne qui a reçu des services de réadaptation, cochez votre relation avec cette personne.

- Parent  
 Conjoint(e)  
 Fils/Fille  
 Intervenant rémunéré  
 Autre (veuillez préciser):

**Q2.** Quel(s) service(s) de réadaptation avez-vous reçus avant ou en juin 1999? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

- Audiologie  
 Ergothérapie  
 Physiothérapie  
 Orthophonie                       Ne sais pas

**Q3.** Avez-vous été renvoyé au service de réadaptation par un médecin?

- Oui     Non     Ne sais pas

**Q4.** Était-ce la première fois que vous receviez des services de réadaptation?

- Oui     Non     Ne sais pas

**Q5.** Avez-vous reçu assez d'information sur le service avant votre première visite?

(Exemple : confirmation du renvoi, temps d'attente possible, où stationner, directions, et ainsi de suite.)

- Oui     Non     Ne sais pas

Sinon, quel genre d'information aurait été utile?


(Veuillez préciser) :

**Q6.** Pourquoi avez-vous reçu des services de réadaptation? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

- Difficulté à entendre                       Problème de mémoire ou de raisonnement  
 Difficulté à parler                             Douleur/malaise  
 Difficulté à me déplacer                     Difficulté à accomplir des tâches courantes  
 Difficulté à utiliser mes mains             Autre (Veuillez préciser):

**Q7.** Pendant combien de temps avez-vous reçu des services de réadaptation?

- Une fois  
 Moins d'un mois  
 De 1 à 6 mois  
 De 6 mois à 1 an  
 Plus d'un an (Veuillez indiquer le nombre d'années) :  Années

Voir au verso : 

**Q8.** Combien de fois avez-vous vu le thérapeute?

- Une seule fois  
 Plusieurs fois par semaine  
 Une fois par semaine  
 De 1 à 3 fois par mois  
 Autre (Veuillez préciser):

**Q9.** Quand voulez-vous participer à la prise de décisions concernant vos soins?

- Jamais  Rarement  Parfois  Très souvent  Toujours

**Q10.** Avez-vous reçu des services de réadaptation depuis juin 1999?

- Oui  Non (Passez à la partie 2.)

Était-ce pour le même problème qu'avant?

- Oui  Non

Qui a fourni le service?


- Hôpital  
 Programme extra-mural  
 Service de réadaptation privé  
 Centre de réadaptation Stan Cassidy  
 Autre (Veuillez préciser):

## Partie 2 : Votre opinion sur les services de réadaptation


*D'après votre expérience, veuillez indiquer :*

- 1) **"Votre accord"** avec chaque phrase      2) **"L'importance"** qu'à chaque phrase pour vous.


**Affirmation 1 :** Mon thérapeute me traite comme une personne et non comme un autre "cas".

- Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord         Pas important     Peu important     Assez important     Important     Très important


**Affirmation 2 :** Je peux choisir à quel degré je désire participer à mes soins.

- Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord         Pas important     Peu important     Assez important     Important     Très important


**Affirmation 3 :** Mon thérapeute me traite toujours avec respect.

- Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord         Pas important     Peu important     Assez important     Important     Très important


**Affirmation 4 :** Mon thérapeute m'encourage.

- Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord         Pas important     Peu important     Assez important     Important     Très important


**Affirmation 5 :** Mon thérapeute m'explique les choses en mots que je peux comprendre.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 6 :** Mon thérapeute m'explique différentes possibilités de traitement.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 7 :** Je me sens libre de poser des questions au thérapeute.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 8 :** Mon thérapeute répond à toutes mes questions.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 9 :** Mon thérapeute m'accepte comme je suis.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 10 :** Mon thérapeute est sensible à mes besoins.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 11 :** Mon thérapeute me renseigne de plusieurs façons (livres, dépliants, vidéo, etc.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 12 :** Mon thérapeute offre l'occasion à ma famille/mes amis de participer à mes soins.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 13 :** Mon thérapeute me croit quand je décris mon ou mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 14 :** Mon thérapeute sait comment me mettre à l'aise.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 15 :** Mon thérapeute et moi décidons ensemble de ce qui m'aidera.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 16 :** Mon thérapeute m'encourage à parler de mon ou de mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 17:** Mon thérapeute me donne le temps de parler et je ne me sens pas poussé.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 18 :** Mon thérapeute me donne l'impression que je participe à mes soins.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important


**Affirmation 19 :** Mon thérapeute m'aide à comprendre mon ou mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important

**Affirmation 20 :** Mon thérapeute comprend mon ou mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important

**Affirmation 21 :** Mon thérapeute m'aide à apprendre à me débrouiller seul.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord		Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important

### Partie 3 : Votre satisfaction quant aux services de réadaptation

*D'après votre expérience, veuillez indiquer "votre accord" avec chaque phrase.*

**Affirmation 1 :** Mon thérapeute offre le genre de soins dont j'ai besoin.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord

**Affirmation 2 :** Mon thérapeute me demande de donner mon opinion sur mon ou mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaitement d'accord

**Affirmation 3 :** Les soins reçus n'ont pas répondu à mes besoins.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 4 :** Mon thérapeute connaît bien mon ou mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 5 :** Mon thérapeute n'est pas gentil et est impoli.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 6 :** Je comprends mieux mon ou mes problèmes maintenant.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 7 :** En générale, je suis satisfait des soins reçus.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 8 :** J'ai du attendre trop longtemps avant la première visite.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 9 :** Mon thérapeute comprend comment je me sens.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 10 :** Je recommanderais ce service à un membre de ma famille ou à un ami.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 11 :** Les soins reçus m'ont aidé à régler mon ou mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 12 :** Mon thérapeute me suggère des façons de régler mon ou mes problèmes.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Parfaite- ment d'accord

**Affirmation 13 :** J'ai moins de préoccupations maintenant qu'avant d'avoir reçu le service.

Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord

**Affirmation 14 :** Je sais que mon thérapeute m'offre les meilleurs soins possibles.

Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord

**Affirmation 15 :** Mon thérapeute m'explique les résultats du traitement; je sais à quoi m'attendre.

Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord

**Affirmation 16 :** Si j'avais encore besoin d'aide, je retournerais au même service.

Pas du tout d'accord     Pas d'accord     Incertain     D'accord     Parfaitement d'accord

#### Partie 4 : Renseignements généraux sur le client

**Q1. Sexe?**

- Féminin  
 Masculin

**Q2. Âge?**

- 0 - 5 ans  
 6 - 18 ans  
 19 - 64 ans  
 65+ ans

**Q3. Où demeurez-vous?**

- Maison/Appartement  
 Foyer de soins  
 Foyer de soins spéciaux  
 Autre (Veuillez préciser):

**Q4. Comment qualifieriez-vous votre santé par rapport à d'autres de votre âge? (Cette question a trait à la santé du client.)**

- Excellente     Bonne     Passable     Mauvaise     Très mauvaise

*Si vous avez des suggestions pour améliorer les services de réadaptation, dites-le-nous.*

**Merci d'avoir pris le temps de remplir le questionnaire. Votre opinion compte beaucoup pour nous.**