

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES SERVICES

Adapté du questionnaire des Centres de réadaptation CRLD/CROM

1. Numéro d'identification _____

2. Date (jj/mm/aa) : _____

■ Section 1

3. Quel est votre degré de satisfaction par rapport : (encerclez le chiffre approprié)?

	NIVEAU DE SATISFACTION				
	PAS DU TOUT SATISFAIT	PEU SATISFAIT	ASSEZ SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT	N/A
a) au nombre d'heures par semaine	1	2	3	4	---
b) au nombre de jours par semaine d'ICI	1	2	3	4	---
c) au moment de la journée où est appliquée l'intervention	1	2	3	4	---
d) à l'endroit où se déroule l'intervention	1	2	3	4	---
e) aux intervenants appliquant l'intervention à la maison	1	2	3	4	---
f) aux intervenants appliquant l'intervention à l'extérieur de la maison (si différent)	1	2	3	4	---
g) à l'information que vous avez reçue avant de débiter l'intervention	1	2	3	4	---
h) à la formation que vous avez reçue avant de débiter l'intervention	1	2	3	4	---
i) aux progrès de votre enfant	1	2	3	4	---
j) aux superviseurs du programme ICI	1	2	3	4	---

■ Section 2

4. Questionnaire général sur la satisfaction des parents¹
(Encerclez les réponses)

a) Quel est votre degré de satisfaction par rapport à la quantité d'interventions que votre enfant reçoit ?

1	2	3	4
Très insatisfait(e)	Indifférent(e) ou un peu insatisfait(e)	Assez satisfait(e)	Très satisfait(e)

b) Est-ce que l'intervention que votre enfant reçoit améliore sa qualité de vie ?

4	3	2	1
Oui, ça l'aide beaucoup	Oui, ça l'aide un peu	Non, ça ne l'aide pas vraiment	Non, ses difficultés se sont aggravées

c) Votre enfant reçoit-il le genre d'intervention que vous désirez ?

1	2	3	4
Non, définitivement pas	Non, pas vraiment	Oui, en général	Oui, définitivement

d) Que pensez-vous de la qualité de l'intervention que votre enfant reçoit ?

4	3	2	1
Excellente	Bonne	Passable	Médiocre

e) De façon générale et globale, quel est votre degré de satisfaction par rapport aux services d'intervention que votre enfant reçoit ?

4	3	2	1
Très satisfait(e)	Assez satisfait(e)	Indifférent(e) ou un peu insatisfait(e)	Très insatisfait(e)

¹ Adapté du Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8 de Larsen et al., 1979)

f) Si un ou une ami(e) avait besoin du même type d'aide, est-ce que vous lui recommanderiez l'intervention comportementale intensive ?

1	2	3	4
Non, définitivement pas	Non, je ne pense pas	Oui, je pense	Oui, définitivement

g) Jusqu'à quel point ce type d'intervention répond aux besoins de votre enfant?

4	3	2	1
Presque tous ses besoins sont satisfaits	La plupart de ses besoins sont satisfaits	Seulement quelques-uns de ses besoins sont satisfaits	Aucun de ses besoins n'est satisfait

h) Si votre enfant avait encore besoin d'aide, voudriez-vous qu'il reçoive encore cette intervention ?

1	2	3	4
Non, définitivement pas	Non, je ne pense pas	Oui, je pense	Oui, définitivement

■ Section 3

5. Jusqu'ici, avez-vous observé des changements chez votre enfant ?

Oui Non

■ Section 3

5. Jusqu'ici, avez-vous observé des changements chez votre enfant ?

Si oui, lesquels ?

6. Quel(s) effet(s) positif(s) ou négatif(s) le programme a-t-il eu sur votre famille?

7. Indiquez ce que vous avez apprécié du programme.

8. Selon vous, quels changements devraient être apportés au programme pour l'améliorer?

NE PAS DIFFUSER

