

Questionnaire sur l'expérience des client(e)s

Je remplis ce questionnaire alors que j'assiste à :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Une clinique médicale à PQ | <input type="checkbox"/> Services d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Une clinique médicale au sud de Nepean | <input type="checkbox"/> Passeport pour ma réussite |
| <input type="checkbox"/> Un service d'orientation | <input type="checkbox"/> Programmes pour les jeunes |
| <input type="checkbox"/> Des services pour les enfants et leurs familles | <input type="checkbox"/> Programme de logement communautaire |
| <input type="checkbox"/> Premiers mots / Enfant | <input type="checkbox"/> ETCD |
| <input type="checkbox"/> Audition / Aveugles – Basse vision | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)
_____ |

Lieu du service (par exemple, chemin Richmond, Barrhaven, Lincoln Fields, la maison communautaire, l'école (nom), une autre agence (nom), etc.)

Lieu : _____

Bonjour!

Nous avons besoin de votre aide pour évaluer nos programmes et nos services. Nous aimerions savoir ce que vous pensez de nos activités et ce que nous pourrions améliorer. Nous vous invitons à répondre en toute honnêteté.

À noter :

- Votre nom n'apparaît pas sur le questionnaire
- Vos réponses demeureront confidentielles
- Vos réponses spécifiques ne seront pas communiquées au personnel
- Vous êtes libre de répondre ou non à ces questions. Cela n'aura aucun effet sur les services que vous recevez chez nous.

En répondant à ces questions, pensez aux services que vous avez reçus au cours de la dernière année, par exemple (veuillez utiliser la terminologie qui correspond à votre centre) :

- Rendez-vous avec le personnel
- Groupes et ateliers
- Jardin communautaire, groupes consultatifs, comités, groupes d'action.

Pour répondre aux questions ci-dessous, veuillez cocher la boîte sous le « visage » qui correspond le mieux à vos sentiments. Par exemple, si vous êtes « entièrement d'accord » avec l'énoncé,

cochez la boîte dessous les deux visages souriants. Si vous ne savez pas quoi répondre à une question, vous pourrez cocher « Ne sais pas »; si la question ne s'applique pas à votre situation, vous choisirez alors « Sans objet ».

Pour répondre aux questions ci-dessous, veuillez cocher la boîte sous le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments. Par exemple, si vous êtes «entièrement d'accord», cochez la case sous le numéro un. Pour certaines questions, vous pouvez répondre que vous «ne savez pas» ou que la question ne s'applique pas à vous-«Sans objet».

1	Entièrement d'accord	😊😊
2	D'accord	😊
3	Neutre – ni bon ni mauvais	😐
4	Pas d'accord	😞
5	Entièrement en désaccord	😞😞
?	Je ne sais pas	
S/O	Sans objet	

Impression d'ensemble

	1	2	3	4	5
1. En général, je suis satisfait(e) avec les programmes et services offerts par le Centre de santé communautaire de Pinecrest-Queensway					
2. Je recommanderais le Centre de santé communautaire de Pinecrest-Queensway à un parent ou à un(e) ami(e).					
Pourquoi ou pourquoi non?					

Access

	1	2	3	4	5	?	N/A
3. Je peux obtenir un rendez-vous lorsque j'en ai besoin.							
4. Le personnel m'aide à obtenir les services dont j'ai besoin.							
5. Les programmes et services sont fournis dans une langue avec laquelle je suis à l'aise.							
6. Les programmes et services font preuve de sensibilité envers ma culture.							
7. Les programmes et les services sont adaptés à mon handicap.							

Communication							
	1	2	3	4	5	?	N/A
8. Le personnel est sympathique et m'encourage à poser des questions.							
9. Le personnel donne des explications que je peux comprendre facilement.							
10. Je sais comment faire une suggestion ou une plainte.							
11. Le personnel est ouvert à mes suggestions ou à mes réclamations.							

Qualité							
	1	2	3	4	5	?	N/A
12. Le personnel me donne des informations que je peux utiliser pour améliorer ma santé et mon bien-être.							
13. On m'invite à faire des commentaires sur les programmes et les services que je fréquente							
14. La gamme de programmes et de services offerts répond à mes besoins.							

Impact							
	1	2	3	4	5	?	N/A
15. Ma qualité de vie est meilleure en raison des programmes et services offerts ici.							
16. Les programmes et les services m'ont aidé à régler les problèmes qui me préoccupaient.							
17. Les programmes et les services ont aidé à améliorer mon bien-être.							

18. Qu'est-ce que notre organisme fait bien?

19. Comment pourrions-nous améliorer nos services?

À propos de vous

Finalement, nous aimerions vous poser quelques questions.

Vos réponses nous aideront à interpréter les résultats de ce sondage et à mieux répondre à vos besoins. Toutes les réponses demeureront confidentielles. Bien sûr, il n'est pas obligatoire de répondre à ces questions. Cependant, les renseignements suivants seraient très appréciés.

20. Depuis combien de temps recevez-vous les services de notre organisme?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 3 mois | <input type="checkbox"/> De 2 à 5 ans |
| <input type="checkbox"/> De 3 à 6 mois | <input type="checkbox"/> De 5 à 10 ans |
| <input type="checkbox"/> De 6 à 12 mois | <input type="checkbox"/> 10 ans et plus |
| <input type="checkbox"/> De 12 à 24 mois | |

21. Quels services avez-vous utilisé au Centre de santé communautaire de Pinecrest-Queensway?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Une clinique médicale à PQ | <input type="checkbox"/> Services d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Une clinique médicale au sud de Nepean | <input type="checkbox"/> Passeport pour ma réussite |
| <input type="checkbox"/> Un service d'orientation | <input type="checkbox"/> Programme de logement communautaire |
| <input type="checkbox"/> Des services pour les enfants et leurs familles | <input type="checkbox"/> ETCD |
| <input type="checkbox"/> Premiers mots / Enfant ;
Audition / Aveugles – Basse vision | Autre (veuillez spécifier)
_____ |

22. En général, comment qualifiez-vous votre état de santé actuel?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Plutôt fragile |
| <input type="checkbox"/> Très bon | <input type="checkbox"/> Fragile |
| <input type="checkbox"/> Bon | |

23. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> entre 12 et 24 ans | <input type="checkbox"/> entre 55 et 64 ans |
| <input type="checkbox"/> entre 25 et 34 ans | <input type="checkbox"/> entre 65 et 74 ans |
| <input type="checkbox"/> entre 35 et 44 ans | <input type="checkbox"/> 75 ans et plus |
| <input type="checkbox"/> entre 45 et 54 ans | |

24. What is your cultural background? _____

- Autre _____

25. Are you... ?

- un homme
 une femme
 un(e) transsexuel(le)

26. Vous identifiez-vous comme un membre de la communauté gay, lesbienne, bisexuelle, transgenre ou se questionnant sur son orientation sexuelle et son identité de genre?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

27. Avez-vous besoin de services dans une langue autre que l'anglais ou le français?

- Oui. Veuillez préciser la langue _____
- Non

28. Quel diplôme avez-vous obtenu ou quel niveau d'études avez-vous terminé?

- 8^e année ou moins
- Études secondaires non terminées
- Diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études collégiales ou universitaires
- Autre (Précisez) _____
- Non

29. Quelle est votre source de revenu?

- Aucun revenu
- Prestations d'aide sociale
- Prestations de pension
- Autre pension
- Revenu d'emploi
- Autre source de revenu

30. Quel est votre revenu de votre ménage?

- Moins de 15 000 \$
- 15 000 à 19 999 \$
- 20 000 à 29 999 \$
- 30 000 à 39 999 \$
- 40 000 à 49 999 \$
- 50 000 à 59 999 \$
- 60 000 \$ et plus

Questions générales

	1	2	3	4	5
31. Ce questionnaire m'a donné la chance d'exprimer mes opinions.					
32. La longueur du questionnaire était correcte.					

D'autres remarques:

Merci!