|  |
| --- |
| **Sondage sur la mobilité en fauteuil roulant** **Usagers et familles** |

L'ISWP recommande aux fournisseurs de services de collecter les données suivantes pendant le service et la provision de fauteuils roulants avec les clients. Les données peuvent être recueillies pour un client qui est évalué pour recevoir un fauteuil roulant pour la première fois ou pour le remplacement du fauteuil roulant. Idéalement, il serait utile de recueillir cette information avant que le client ne reçoive un fauteuil roulant et lors d'une visite de suivi. Les intervieweurs qui traduisent les questions pour les clients peuvent utiliser leur discrétion pour la formulation et peuvent éviter toute question sensible. L'information minimale que l'ISWP aimerait avoir est indiquée en caractères gras. Il existe également une version de l'enquête disponible, la "version courte", avec seulement les questions en gras.

**1. Nom du client** : **2.** **Numéro de dossier :**

*(pour usage interne) (donné par le fournisseur de service)*

**3. Ville du client** : **4. Pays** :

**5. Nom du programme : 6. Nom et location du centre :**

**7. Date complétée :**

**Raison de la visite**

**8**. **Quelle est la raison principale ou la raison la plus importante de votre visite aujourd'hui ?** *(Cochez une réponse.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Je suis ici pour obtenir mon premier fauteuil roulant. | 🞏 Je suis ici pour l'entretien ou la réparation du fauteuil roulant. | 🞏 Autre (*décrire ci-bas*) |
| 🞏 Mon fauteuil roulant est brisé.  | 🞏 Je suis ici pour un suivi de routine pour mon fauteuil roulant. | 🞏 Ne sait pas. |
| 🞏 J'ai un fauteuil roulant qui ne répond pas à mes besoins. | 🞏 Je suis ici pour un rendez-vous médical. |  |
| 🞏 J'ai besoin d'aide générale avec mon fauteuil roulant. | 🞏 Je suis ici pour participer à une étude. |  |

Autre (*Décrire*)

**Données démographiques**

**9**. **Âge** : 🞏 Ne sait pas

**10**. **Sexe** : 🞏Homme 🞏 Femme 🞏 Transgenre 🞏Autre 🞏 Pas de réponse

**11**. **Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous avez terminé ?** *(Cochez une réponse)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞏 Une partie de niveau primaire | 🞏 Gradué de niveau secondaire | 🞏 Deuxième cycle universitaire (maîtrise, doctorat)  | 🞏 Aucune |
| 🞏 Gradué de niveau primaire | 🞏 Une partie de niveau collégial ou universitaire | 🞏 Formation professionnelle | 🞏 Ne sait pas |
| 🞏 Une partie de niveau secondaire | 🞏 Diplôme de niveau collegial ou universitaire |  |  |

**12**. **Quelle est votre situation d'emploi actuelle ?** *(Cochez une réponse)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Employé à temps plein (au moins 35 heures par semaine) | 🞏 Au foyer / parent à temps plein | 🞏 Autre (décrire ci-bas) |
| 🞏 Employé à temps partiel (moins de 35 heures par semaine) | 🞏 Étudiant | 🞏 Ne sait pas |
| 🞏 Sans emploi  | 🞏 Enfant qui ne va pas à l'école |  |

Autre (*Décrire*)

**13**. **Avec qui vivez-vous actuellement ?** *(Cochez les réponses qui s’appliquent)*

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 Vit seul | 🞏 Avec des amis ou d'autres personnes non liées |
| 🞏 Avec la famille immédiate, telle que le parent (s), la soeur (s), le frère (s), le conjoint et / ou les enfants | 🞏 Autre (décrire ci-bas) |
| 🞏 Avec d'autres membres de la famille, tels que grands-parents, tante, oncle, cousin | 🞏 Ne sait pas. |

Autre (*Décrire*)

**Raisons pour lesquelles l'aide à la mobilité est nécessaire**

**14. Depuis combien de temps avez-vous besoin d'une aide à la mobilité ?** *(Écrivez le nombre. Cochez la case pour indiquer si le nombre correpondont à des mois ou des années.)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Mois 🞏 Années 🞏 Ne sait pas

**15**. **Pourquoi avez-vous besoin d'une aide à la mobilité ou d’une aide technique ?** *(Cochez celui qui s'applique le plus à vous.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞏 Amputation | 🞏 Ostéogenèse imparfaite | 🞏 Tuberculose spinale | 🞏 Autre (*descrire ci-bas*) |
| 🞏 Commotion cérébrale | 🞏 Polio | 🞏 Accident vasculaire cérébral | 🞏 Ne sait pas |
| 🞏 Paralysie cérébrale | 🞏 Spina bifida | 🞏 A été blessé |  |
| 🞏 Dystrophie musculaire | 🞏 Lésion de la moelle épinière | 🞏 J’ai du mal à marcher |  |

Autre (*Décrire*)

**16. En quelle année avez-vous reçu ce diagnostic ?** (*Écrivez le nombre* ) Année\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Ne sait pas

**Aides à la mobilité utilisées**

Les questions suivantes portent sur les aides à la mobilité que vous utilisez actuellement. Veuillez fournir des réponses pour chaque question dans les tableaux aux autres pages.

**17a.** **Quelles aides à la mobilité utilisez-vous actuellement ?** (Commencez avec l'aide à la mobilité que vous utilisez le plus, puis l'aide que vous utilisez le plus souvent après cela, puis les troisième et quatrième aides les plus utilisées pour un maximum de quatre aides à la mobilité. Si vous n'utilisez pas d'aide à la mobilité, cochez la case en bas de la liste. Si vous ne savez pas ou ne voulez pas répondre, cochez l'une des cases au bas de la liste.)

**17b.****Utilisez-vous l'aide à la mobilité à l'intérieur ou à l'extérieur ?** (Vérifiez si vous l’utilisez à l'intérieur ou à l'extérieur. Si vous l’utilisez dans les deux endroits, cochez les deux cases.)

**17c. Quelles aides à la mobilité ou aides techniques avez-vous utilisées pendant plus d'un an?** (Cochez la case à côté de chaque aide à la mobilité que vous avez utilisépendant plus d'un an.)

**17d.Veuillez mettre un X dans la case indiquant le nombre d'heures par jour durant lesquelles vous utilisez chaque aide à la mobilité.**

**17e. Veuillez mettre un X dans la case indiquant le nombre de jours par semaine durant lesquels vous utilisez chaque aide à la mobilité.**

(Mettez un X dans la case de la colonne sous le nombre d'heures par jour et X dans la colonne sous le nombre de jours par semaine **durant lesquels** vous utilisez chaque aide à la mobilité. Si vous utilisez quelque chose qui n'est pas listé ici, veuillez décrire à la fin des tableaux. )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***17a. Aide à la mobilité actuelle*** | ***17b. Lieu d’utilisation ?*** | ***17c. Utilisé ≥ 1 an ?*** | ***17d. Nombre d’heures d’utilisation / jour*** | ***17e. Nombre de jours d’utilisation / semaine***  |
| ***Type d’aide*** | ***Rang basé sur le plus souvent utilisé (1-4)*** | ***Intérieur*** | ***Extérieur*** |  | ***Moins de 1*** | ***1 à 4*** | ***5 à 8*** | ***Plus de 8*** | ***Moins de 1*** | ***1 à 3*** | ***4 à 6*** | ***Tous les jours*** |
| ***Fauteuil roulant manuel*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant manuel pliant |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant manuel actif |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant manuel, controllé par aidant |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant manuel avec aide à la posture |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant avec propulsion par levier |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant manuel assisté avec un moteur |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Déambulateur |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil de sport / récréatif |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***17a. Aide à la mobilité actuelle*** | ***17b. Lieu d’utilisation ?*** | ***17c. Utilisé ≥ 1 an ?*** | ***17d. Nombre d’heures d’utilisation / jour*** | ***17e. Nombre de jours d’utilisation / semaine***  |
| ***Type d’aide*** | ***Rang basé sur le plus souvent utilisé (1-4)*** | ***Intérieur*** | ***Extérieur*** |  | ***Moins de 1*** | ***1 à 4*** | ***5 à 8*** | ***Plus de 8*** | ***Moins de 1*** | ***1 à 3*** | ***4 à 6*** | ***Tous les jours*** |
| ***Fauteuil roulant motorisé*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant motorisé |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fauteuil roulant motorisé avec aide à la posture |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quadriporteur / Triporteur |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Système de manivelle (Cycle)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bicyclette |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quadricycle |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tricycle |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Handbike* |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aides à la marche** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bâton de marche ou canne |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Béquille |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Béquille canadienne |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Marchette ou cadre de marche |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cadre debout  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***17a. Aide à la mobilité actuelle*** | ***17b. Lieu d’utilisation ?*** | ***17c. Utilisé ≥ 1 an ?*** | ***17d. Nombre d’heures d’utilisation / jour*** | ***17e. Nombre de jours d’utilisation / semaine*** |
| ***Type*** | ***Rang basé sur le plus souvent utilisé (1-4)*** | ***Intérieur*** | ***Extérieur*** |  | ***Moins de 1*** | ***1 à 4*** | ***5 à 8*** | ***Plus de 8*** | ***Moins de 1*** | ***1 à 3*** | ***4 à 6*** | ***Tous les jours*** |
| ***Orthèses et prothèses*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orthèses plantaires |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orthèses aux membres inférieurs |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orthèses aux membres supérieurs |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Corset |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prothèse au membre supérieur |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prothèse au membre inférieur |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Autres aides techniques*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Planche avec des roues ou un autre appareil fait maison |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre (décrire ci-bas) |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |

🞏 Aucune aide à la mobilité actuellement utilisée 🞏 Ne sait pas

Autre (*Decrire*)

**18**. **Au cours des 30 derniers jours, quel niveau de difficulté avez-vous pour parcourir une longue distance, par exemple un kilomètre (ou l'équivalent) ?** *(Cochez une réponse)*

🞏 Aucun 🞏 Léger 🞏 Modéré 🞏 Sévère 🞏 Extrême ou ne peux pas le faire 🞏 Ne sait pas

**Veuillez répondre aux questions suivantes si vous utilisez actuellement un fauteuil roulant manuel comme l'un de vos aides à la mobilité ou votre seule aide à la mobilité. Si vous n'utilisez pas de fauteuil roulant, vous avez terminé le sondage. Merci pour votre participation !**

**Questions pour les utilisateurs actuels de fauteuil roulant**

**19. À quel point avez-vous de la difficulté à pousser votre fauteuil roulant actuel ?** (Cochez une réponse)

🞏 Aucune 🞏 Léger 🞏 Moderé 🞏 Sevère 🞏 Extreme ou ne peux pas le faire 🞏 Ne sait pas

**20. Comment poussez-vous votre fauteuil roulant ?** *(Cochez la méthode utilisée le plus souvent. Utilisez le champ de commentaire pour décrire au besoin).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Deux bras | 🞏 Deux jambes  | 🞏 Une personne me pousse |
| 🞏 Un bras | 🞏 Une jamber | 🞏 Ne sait pas |

Commentaire :

**21. Si vous ne poussez pas votre fauteuil roulant avec vos bras ou vos jambes, choisissez l'une des raisons ci-dessous ou décrivez-la dans la section « Autre »***. (Cochez la raison principale.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Le fauteuil roulant n’est pas ajusté à moi pour bien me pousser. | 🞏 J'ai un aidant ou un parent qui me pousse. | 🞏 Autre (décrire plus bas) |
| 🞏 Je ne sais pas comment pousser le fauteuil roulant moi-même. | 🞏 Mon bas du corps n'est pas assez fort pour supporter de pousser le fauteuil roulant moi-même. | 🞏 Ne sait pas |
| 🞏 Mon haut du corps n'est pas assez fort pour pousser en utilisant mes bras. |  |  |

Autre (décrire) :

**22**. **Où utilisez-vous actuellement votre fauteuil roulant ?** *(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.) Si quelque chose ne figure pas dans la liste, veuillez cocher « autre » et décrire)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞏 Maison | 🞏 Travail | 🞏 Dans le transport | 🞏 Ne sait pas |
| 🞏 École | 🞏 Autres lieux publics à l'extérieur de la maison | 🞏 Autre (*décrire plus-bas)* |  |

Autre (*Décrire*):

**23.** **Où avez-vous obtenu votre fauteuil roulant actuel ?** (Cochez une réponse. Si elle n'est pas dans la liste, veuillez cocher « autre » et écrivez la réponse sur la ligne ci-dessous.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Reçu de* | *Cochez une case* |  | *Reçu de* | *Cochez une case* |
| Organisation de charité | 🞏 |  | Projet de recherche | 🞏 |
| Église | 🞏 |  | Manufacturier | 🞏 |
| École | 🞏 |  | Pharmacie ou magasin d’équipement médical | 🞏 |
| Hôpital | 🞏 |  | Donation d’une companie | 🞏 |
| Clinique de bienfaisance | 🞏 |  | J'ai payé moi-même le fauteuil roulant, ou ma famille a payé pour cela. | 🞏 |
| Clinique du gouvernement | 🞏 |  | Autre (décrire plus-bas) | 🞏 |
| Gouvernement | 🞏 |  | Ne sait pas | 🞏 |

Autre (*Décrire*)

**24**. **En utilisant une échelle de 1 à 6, veuillez encercler le nombre qui montre à quel point vous êtes d'accord avec chaque affirmation concernant votre fauteuil roulant.** (1 signifie que vous êtes complètement en désaccord et 6 signifie que vous êtes complètement d'accord. Mettez un X dans la colonne Ne sait pas / pas de réponse si vous choisissez de ne pas répondre .)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Mon fauteuil actuel…*** | ***Complètement en désaccord*** | ***Généralement en désaccord*** | ***Plutôt en désaccord*** | ***Plutôt d'accord*** | ***Généralement d'accord*** | ***Complètement d'accord*** | ***Ne sait pas / pas de réponse*** |
| a. réponds à mes besoins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 🞏 |
| b. est en bon état de fonctionnement et est sécuritaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 🞏 |
| c. est bien ajusté à mon corps et me soutient pour m'asseoir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 🞏 |
| d. est facile à pousser par moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 🞏 |
| e. fonctionne bien dans les endroits où je dois aller à l'intérieur et à l'extérieur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 🞏 |
| f. a un coussin qui est en bon état et sûr à utiliser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 🞏 |
| g. a un coussin qui m'aide à éviter les plaies ou à développer d'autres problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 🞏 |

**25**. **Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre fauteuil roulant actuel ?** (*1 est très satisfait, et 5 insatisfait : cochez une case ou sélectionnez Ne sait pas ou pas de réponse. Écrivez dans les commentaires si vous le souhaitez.)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Très satisfait* |  |  |  | *Pas satisfait* | *Ne sait pas / pas de réponse* |
| 🞏 1 | 🞏 2 | 🞏 3 | 🞏 4 | 🞏 5 | 🞏 |

Commentaire :

 \_\_\_\_\_\_

**C'est la fin du sondage . Merci pour votre participation !**