

**Outil de rétroaction sur les services d'ergothérapie aux familles**  
**Projet FORCES : Renforcer les capacités des familles sans les surcharger**

Nom de l'enfant :  Date :

Complété par (nom) :  Rôle (mère, père, tuteur, autre) :

**En pensant à un suivi récent en ergothérapie, cochez les réponses qui conviennent le mieux à votre situation, sur une échelle de 1 à 4, où 1 veut dire « pas du tout » et 4 « beaucoup » :**

À quel point sentez-vous que...	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyennement	4 Beaucoup	Je ne sais pas
1. Vous avez eu un accès facile et rapide aux services? Ex. : peu/pas de liste d'attente, accès gratuit/à faible coût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'ergothérapeute a été sensible aux répercussions négatives possibles des services sur votre enfant et sur votre famille? Ex. : manquer des activités importantes, pression sur les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des conditions flexibles vous ont été offertes? Ex. : lieu, horaire, fréquence des rencontres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous avez pu participer au choix des objectifs et des interventions en collaboration avec l'ergothérapeute? Ex. : en fonction de ce qui est important pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'ergothérapeute a évité de vous bombarder ou de vous surcharger d'informations et de recommandations? Ex. : en limitant les exercices ou les devoirs à faire à la maison en même temps, en parlant de manière accessible sans trop donner d'informations en même temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'ergothérapeute a pris le temps requis? Ex. : de vous connaître, d'expliquer, de faire des suivis, de répondre à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'ergothérapeute a fait ressortir le positif? Ex. : nommer les forces, féliciter, souligner les petites victoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les intervenants se sont concertés ensemble et avec vous? Ex. : entre professionnels, entre l'ergothérapeute et vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous avez reçu du soutien pour vous engager dans les services d'ergothérapie? Ex. : aide pour appliquer les exercices à domicile, soutien de vos proches, prêt de matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous des idées pour que les services permettent encore mieux de renforcer les capacités des familles sans les surcharger?**

Merci pour votre rétroaction!

Pour en savoir plus, vous pouvez visionner la capsule suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=cM3405qO81>