

## 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 :** \_\_\_\_\_  
*(pour usage interne)*
2. **Numéro de dossier :** \_\_\_\_\_  
*(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.)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je suis ici pour obtenir mon premier fauteuil roulant.    | <input type="checkbox"/> Je suis ici pour l'entretien ou la réparation du fauteuil roulant. | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>décrire ci-bas</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Mon fauteuil roulant est brisé.                           | <input type="checkbox"/> Je suis ici pour un suivi de routine pour mon fauteuil roulant.    | <input type="checkbox"/> Ne sait pas.                    |
| <input type="checkbox"/> J'ai un fauteuil roulant qui ne répond pas à mes besoins. | <input type="checkbox"/> Je suis ici pour un rendez-vous médical.                           |  |
| <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide générale avec mon fauteuil roulant.    | <input type="checkbox"/> 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)

- |  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Une partie de niveau primaire   | <input type="checkbox"/> Gradué de niveau secondaire                     | <input type="checkbox"/> Deuxième cycle universitaire (maîtrise, doctorat) | <input type="checkbox"/> Aucune      |
| <input type="checkbox"/> Gradué de niveau primaire       | <input type="checkbox"/> Une partie de niveau collégial ou universitaire | <input type="checkbox"/> Formation professionnelle                         | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Une partie de niveau secondaire | <input type="checkbox"/> Diplôme de niveau collegial ou universitaire    |  |                                      |

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

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

Autre (Décrire) \_\_\_\_\_

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vit seul  | <input type="checkbox"/> Avec des amis ou d'autres personnes non liées |
| <input type="checkbox"/> Avec la famille immédiate, telle que le parent (s), la soeur (s), le frère (s), le conjoint et / ou les enfants | <input type="checkbox"/> Autre (décrire ci-bas)                        |
| <input type="checkbox"/> Avec d'autres membres de la famille, tels que grands-parents, tante, oncle, cousin                              | <input type="checkbox"/> 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 correspond 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.)

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputation            | <input type="checkbox"/> Ostéogenèse imparfaite       | <input type="checkbox"/> Tuberculose spinale          | <input type="checkbox"/> Autre (describe ci-bas) |
| <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale   | <input type="checkbox"/> Polio                        | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Ne sait pas             |
| <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale    | <input type="checkbox"/> Spina bifida                 | <input type="checkbox"/> A été blessé                 |  |
| <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire | <input type="checkbox"/> Lésion de la moelle épinière | <input type="checkbox"/> 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 utilisée pendant 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
<i>Fauteuil roulant manuel</i>												
Fauteuil roulant manuel pliant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant manuel actif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant manuel, contrôlé par aidant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant manuel avec aide à la posture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant avec propulsion par levier		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant manuel assisté avec un moteur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Déambulateur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Fauteuil de sport / récréatif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

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
<b>Fauteuil roulant motorisé</b>												
Fauteuil roulant motorisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant motorisé avec aide à la posture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Quadriporteur / Triporteur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Système de manivelle (Cycle)</b>												
Bicyclette		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Quadricycle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Tricycle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Handbike		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Aides à la marche</b>												
Bâton de marche ou canne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Béquille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Béquille canadienne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Marchette ou cadre de marche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Cadre debout		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

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
<b>Orthèses et prothèses</b>												
Orthèses plantaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Orthèses aux membres inférieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Orthèses aux membres supérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Corset		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prothèse au membre supérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Prothèse au membre inférieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Autres aides techniques</b>												
Planche avec des roues ou un autre appareil fait maison		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Autre (décrire ci-bas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Aucune aide à la mobilité actuellement utilisée

Ne sait pas

Autre (Décrire) \_\_\_\_\_

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     Modéré     Severe     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).

- |                                    |                                      |   |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Deux bras | <input type="checkbox"/> Deux jambes | <input type="checkbox"/> Une personne me pousse |
| <input type="checkbox"/> Un bras   | <input type="checkbox"/> Une jambe   | <input type="checkbox"/> 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.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le fauteuil roulant n'est pas ajusté à moi pour bien me pousser.           | <input type="checkbox"/> J'ai un aidant ou un parent qui me pousse.  | <input type="checkbox"/> Autre (décrire plus bas) |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas comment pousser le fauteuil roulant moi-même.               | <input type="checkbox"/> Mon bas du corps n'est pas assez fort pour supporter de pousser le fauteuil roulant moi-même. | <input type="checkbox"/> Ne sait pas              |
| <input type="checkbox"/> 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)

- |                                 |  |   |                                      |
|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maison | <input type="checkbox"/> Travail   | <input type="checkbox"/> Dans le transport        | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> École  | <input type="checkbox"/> Autres lieux publics à l'extérieur de la maison | <input type="checkbox"/> 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.)

<i>Reçu de</i>	<i>Cochez une case</i>		<i>Reçu de</i>	<i>Cochez une case</i>
Organisation de charité	<input type="checkbox"/>		Projet de recherche	<input type="checkbox"/>
Église	<input type="checkbox"/>		Manufacturier	<input type="checkbox"/>
École	<input type="checkbox"/>		Pharmacie ou magasin d'équipement médical	<input type="checkbox"/>
Hôpital	<input type="checkbox"/>		Donation d'une compagnie	<input type="checkbox"/>
Clinique de bienfaisance	<input type="checkbox"/>		J'ai payé moi-même le fauteuil roulant, ou ma famille a payé pour cela.	<input type="checkbox"/>
Clinique du gouvernement	<input type="checkbox"/>		Autre (décrire plus-bas)	<input type="checkbox"/>
Gouvernement	<input type="checkbox"/>		Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

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 .)

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

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 !