



**Association canadienne
pour la santé mentale**
Cochrane-Timiskaming

Sondage sur l'expérience par rapport aux services en français

Ce sondage a comme objectif d'informer l'Association canadienne pour la santé mentale Cochrane-Timiskaming (ACSM-CT) sur votre expérience en tant que client, cliente, proche-aidant ou proche-aidante par rapport aux services en français. Nous aimerions en apprendre davantage sur la façon dont vous êtes senti-e afin d'améliorer les services en français offerts aux clients et aux clientes.

Quel service avez-vous reçu ?







<input type="checkbox"/> Equipe communautaire de traitement intensif	<input type="checkbox"/> Programme de santé mentale pour les personnes âgées
<input type="checkbox"/> Intervention précoce en psychose	<input type="checkbox"/> Programmes et services de santé mentale
<input type="checkbox"/> Programmes de loisirs sociaux	<input type="checkbox"/> Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement
<input type="checkbox"/> Projet consommateurs survivants	<input type="checkbox"/> Services de soins de santé primaires
<input type="checkbox"/> Service des troubles du développement	<input type="checkbox"/> Services de soutien au logement
<input type="checkbox"/> Services de soutien juridique	<input type="checkbox"/> Troubles concomitants
<input type="checkbox"/> Services de toxicomanie	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)

Veuillez préciser :

1. Dans quelle langue avez-vous reçu les services suivants ?

Étapes	Français	Anglais	Français et Anglais
Réception			
Admission			
Service de programme			
Autres			

2. Comment vous êtes-vous senti-e par rapport à la langue utilisée pour vous offrir des soins à chacune des étapes suivantes ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

Étapes	Bien 	A l'aise 	Indifférent 	Craintif 	Déçu 	Frustré 
Réception						
Admission						
Service de programme						
Autres						








3. Est-ce que la langue utilisée pendant vos soins / services vous a permis de :

	Oui	La plupart du temps	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout
Bien comprendre					
D'être bien compris					

4. Qu'est-ce que l'ACSM-CT fait de bien par rapport à l'offre de services en français ?

5. Comment l'ACSM-CT pourrait améliorer son offre de service en français ?

6. Évaluez votre expérience générale de nos services en français selon l'échelle suivante.

Bien 	A l'aise 	Indifférent 	Craintif 	Déçu 	Frustré 	Autre 
---	---	--	---	--	--	--

Veillez préciser :

Optionnel : Afin de nous permettre d'améliorer davantage les services en français à l'ACSM-CT, prière d'inscrire vos coordonnées ci-dessous afin que nous puissions communiquer avec vous pour des plus amples renseignements.

Nom :	
Téléphone :	
Courriel :	

Merci de votre collaboration !