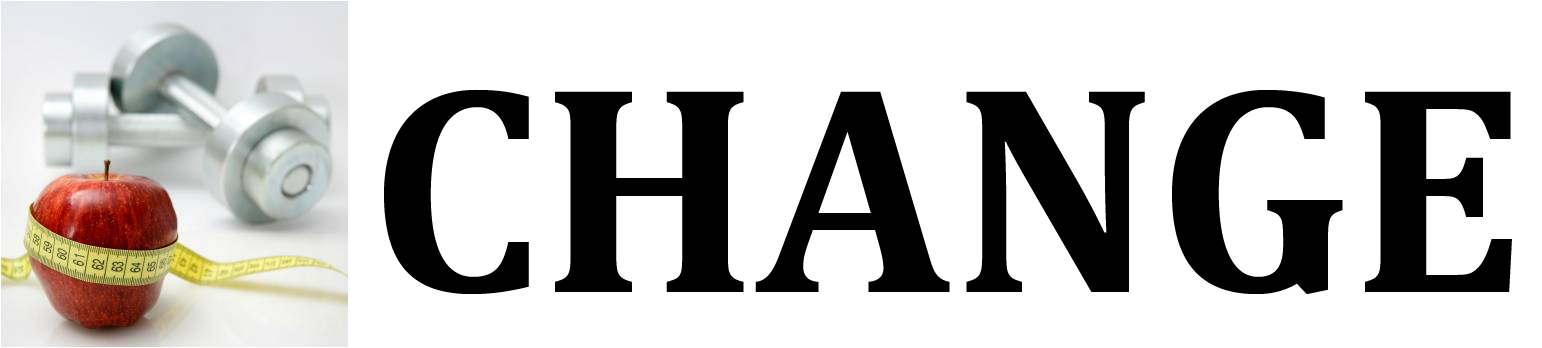
****

Site #

Inscription #

-

-

Protocole eee#

**Questionnaire de fin de participation à l'étude**

**Projet CHANGE**

**(C**anadian **H**ealth **A**dvanced through **N**utrition and **G**raded **E**xercise**)**

Veuillez compléter ce questionnaire et faites-le parvenir dans l'enveloppe pré-adressée à la personne suivante :

Dr. Paula Brauer

Dept Family Relations and Applied Nutrition

50 Stone Road East

Guelph, ON N1G 2W1

OU veuillez compléter le questionnaire en ligne en accédant au lien suivant : **à compléter**

Le projet CHANGE est un programme d'intervention individualisé de nutrition et d’activité physique. Celui-ci est offert par l'intermédiaire de votre médecin de famille. Nous sommes intéressés à connaître votre expérience vécue dans le programme CHANGE afin de développer et d'améliorer nos services pour les futurs patients.

Vous êtes invité(e) à compléter ce questionnaire du fait que vous avez déjà rencontré un ou plusieurs des membres de notre équipe du programme de recherche CHANGE. Les membres de notre équipe comprennent les diététistes, kinésiologues, médecins, infirmières, ou autres membres travaillant à la clinique.

Avant de répondre, veuillez prendre note des points suivants :

* Vous êtes libre de compléter le questionnaire ou non.
* Vous pouvez omettre de répondre à toute question avec laquelle vous ne vous sentez pas confortable.
* Ce questionnaire est strictement confidentiel.
* Il n’y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

**Toutes les questions se rapportent au programme CHANGE.**

1. **Comment avez-vous été informé de ce service**?

□ Par un médecin ou infirmière

□ Par un autre professionnel de la santé

□ Par une publicité dans le bureau du médecin

□ Par un ami

□ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Comment avez-vous eu accès à ce service?**

□ Référé par un médecin ou infirmière

□ Référé par un autre professionnel de la santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Par mes propres moyens

□ Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Comment évaluez-vous l'importance de ce service pour votre santé? Veuillez encercler une des options.**

**(0 = pas du tout important, 10 = extrêmement important)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

1. **Combien de temps s'est échelonné entre le moment où vous avez été référé et le moment où vous avez eu votre premier rendez-vous?**

□ Moins de 2 semaines

□ 2 - 4 semaines

□ 5 - 8 semaines

□ Plus de 8 semaines

□ Je ne sais pas.

1. **Avez-vous abandonné le programme avant la fin?**

□ Non

□ Oui

Si **Oui**, veuillez nous faire part des raisons qui expliquent ce désistement.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Saviez-vous à quoi vous attendre des services offerts en nutrition et/ou activité physique en terme du nombre de rendez-vous, de l'acquisition de nouvelles connaissances et du type de soutien offert?**

□ Oui, certainement

□ Oui, partiellement

□ Non, pas du tout

Commentaires :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Croyez-vous que la durée du programme est suffisante pour atteindre l'objectif lié au changement des habitudes de vie?**

□ Trop court

□ Durée parfaite

□ Trop long

**8. Est-ce qu'il y a eu des moments où vous avez trouvé difficile de respecter les rendez-vous de nutrition et/ou d'activité physique en raison des frais encourus ou du manque de temps? (frais de stationnement, garde d'enfants, transport, horaire de travail, autres engagements)**

□ Jamais

□ Rarement

□ Parfois

□ Souvent

□ Très souvent

Commentaires :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Questions 9-16 concernent TOUTES les personnes (membres de l'équipe) que vous avez rencontrées au cours de ce programme pour la supervision de votre programme alimentaire et/ou d' activité physique. Veuillez ajouter des commentaires ou questions supplémentaires ci-dessous, s'il y a lieu :**

**9. Avez-vous été capable de contacter un membre de l'équipe au sujet de votre alimentation et /ou de votre programme d'activité physique quand vous le souhaitiez?**

□ Oui, certainement

□ Oui, partiellement

□ Non, pas du tout

□ Je n'ai pas eu besoin de contacter un membre de l'équipe

**10. Est-ce que les explications des membres de l'équipe ont été suffisamment claires pour que vous les compreniez parfaitement?**

□ Toujours

□ Souvent

□ Parfois

□ Rarement

□ Jamais

**11. Étiez-vous suffisamment à l’aise pour partager des informations personnelles avec les membres de l’équipe?**

□ Oui, certainement

□ Oui, partiellement

□ Non, pas du tout

**12. Est-ce que les membres de l'équipe se sont adressés à vous d'une manière courtoise et respectueuse?**

□ Toujours

□ Souvent

□ Parfois

□ Rarement

□ Jamais

**13. Est-ce que les membres de l’équipe ont tenu compte de votre situation personnelle (mode de vie, revenu, habitudes et culture) dans la prescription de votre programme de nutrition et d'activité physique?**

□ Oui, certainement

□ Oui, partiellement

□ Non, pas du tout

**14. Aviez-vous confiance en la validité des renseignements de nutrition et/ou d'activité physique fournis par les membres de l'équipe?**

□ Oui, certainement

□ Oui, partiellement

□ Non, pas du tout

**15. Avez-vous reçu des renseignements contradictoires en nutrition et/ou en activité physique?**

□ Souvent

□ Parfois

□ Jamais

**16. Est ce que les informations et le support fournis par les membres de l’équipe étaient suffisants pour adopter de nouvelles habitudes alimentaires et d'activité physique?**

□ Oui, certainement

□ Oui, partiellement

□ Non, pas vraiment

□ Non, pas du tout

□ Non, je n’avais pas besoin d'information et de soutien

**17. Avez-vous été impliqué dans la formulation des objectifs en matière de nutrition et/ou d'activité physique qui étaients en lien avec les aspects de la santé importants pour vous?**

□ Oui, certainement

□ Oui, partiellement

□ Non, pas du tout

**18. Pensez-vous être capable de maintenir les changements effectués dans vos habitudes alimentaires?**

□ Complètement confiant

□ Très confiant

□ Moyennement confiant

□ Un peu confiant

□ Pas confiant

**19. Pensez-vous être capable de maintenir les changements effectués dans vos habitudes d'activité physique?**

□ Complètement confiant

□ Très confiant

□ Moyennement confiant

□ Un peu confiant

□ Pas confiant

**20. Y a-t-il eu des moments où vous n'avez pas suivi le programme d'activité physique en raison d'obstacles rencontrés?**

□ Non

□ Oui, parfois

□ Oui, souvent

Si **Oui**, veuillez partagez votre expérience :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**21. Y a-t-il eu des moments où vous n'avez pas suivi le programme de nutrition en raison d'obstacles rencontrés?**

□ Non

□ Oui, parfois

□ Oui, souvent

Si **Oui**, veuillez partagez votre expérience:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**22. De quelle façon le travail fait avec vous par les membres de l'équipe en nutrition et/ou en activité physique vous ont-il aidé à mieux gérer votre santé?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**23. Selon vous, y a-t-il des services qui devraient être ajoutés, supprimés ou modifiés?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Merci! Vos commentaires sont très importants.   
Ils serviront à l'amélioration des services.