

## Sondage sur la satisfaction : RÉUSSIR

Aidez-nous à améliorer le programme d'autres travailleurs néo-brunswickois atteints d'une blessure psychologique traumatique en prenant quelques instants pour remplir le questionnaire confidentiel suivant. Le questionnaire n'a que pour seul objectif d'**améliorer les services**. Vos réponses ne seront pas communiquées à votre fournisseur de soins dans le cadre du programme RÉUSSIR ni à votre gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB. Votre vie privée est de la plus haute importance. Nous vous remercions de votre honnêteté.

|  | Pas du tout d'accord     | Pas d'accord             | Ni d'accord ni en désaccord | D'accord                 | Tout à fait d'accord     |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. En général, la qualité du programme est très bonne.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je suis satisfait de la qualité des soins que j'ai reçus de mon fournisseur de soins dans le cadre du programme.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. J'avais confiance en la capacité de mon fournisseur de soins dans le cadre du programme de m'aider.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le programme m'a aidé à maintenir / reprendre mes activités à la maison et à appuyer mes relations avec les autres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le programme m'a donné plus de confiance en ma capacité de demeurer ou de retourner au travail.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Total des points : \_\_\_\_\_

Nom de votre fournisseur : \_\_\_\_\_

Commentaires additionnels