

Enquête de satisfaction

Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
Hôpitaux De Jour (HDJ) Enfants, Adolescents

Madame, Monsieur,

Attentifs à la qualité de l'accueil et des soins au sein de notre établissement, nous souhaitons connaître votre opinion sur la prise en charge de votre enfant.

La réponse à ce questionnaire est à déposer dans la boîte aux lettres dédiée du service ou à remettre à un membre de l'unité de soins.

Vos réponses et commentaires seront traités de manière confidentielle et permettront d'engager des actions d'amélioration. Nous vous remercions par avance de votre participation.

Unité de soins dans laquelle l'enfant/adolescent est (a été) suivi :

Yves Racine (Lorient)	<input type="checkbox"/>	Kervénanec (Lorient)	<input type="checkbox"/>	Hôpital de jour Adolescents CATTP Adolescents (Lorient)	<input type="checkbox"/>
Pierre Thalbot (Hennebont)	<input type="checkbox"/>	Kéramont (Plouay)	<input type="checkbox"/>	Institut Ferdinand Thomas (IFT) (Lanester)	<input type="checkbox"/>





➤ **Partie réservée aux parents ou représentants légaux de l'enfant ou de l'adolescent concerné par la prise en charge**

Pour mieux vous connaître :

Qui êtes-vous ? (Par rapport à l'enfant ou l'adolescent concerné par cette prise en charge)

Père Mère Tuteur Autre , précisez :

Quelle appréciation portez-vous sur :

			
Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant

L'ACCUEIL

L'accès à l'unité de soins (coordonnées téléphoniques, signalétique, stationnement, bus, accès personnes à mobilité réduite, sonnette, ...)

La signalisation à l'intérieur de l'unité

Les horaires d'accueil de l'unité

La qualité de l'accueil lors du début de la prise en charge de votre enfant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ACCUEIL

Le délai d'attente pour un premier entretien avec :

- le médecin

- l'infirmier(ière)

- le/la psychologue

Le personnel s'est-il présenté lors du suivi de votre enfant (nom et fonction)

	Dans le 1 ^{er} mois	Dans les 3 mois	Dans les 6 mois	Dans l'année	Non concerné(e)
- le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- l'infirmier(ière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le/la psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel s'est-il présenté lors du suivi de votre enfant (nom et fonction)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			



L'INFORMATION ET LES DROITS

L'information sur la prise en charge, et sur les droits et les devoirs (de l'enfant et des parents)

Le respect des droits (intimité, dignité, confidentialité des informations concernant l'enfant et les parents)

La disponibilité des professionnels

	Dans le 1 ^{er} mois	Dans les 3 mois	Dans les 6 mois	Dans l'année
L'information sur la prise en charge, et sur les droits et les devoirs (de l'enfant et des parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des droits (intimité, dignité, confidentialité des informations concernant l'enfant et les parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité des professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES SOINS À L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

L'attention et l'intérêt témoignés par l'ensemble des professionnels à l'égard de votre enfant et de vous-même(s)

Les soins reçus (prise en charge en groupe ou individuelle)

La continuité des soins

La prise en charge de la souffrance psychique

La prise en charge de la douleur physique

	Dans le 1 ^{er} mois	Dans les 3 mois	Dans les 6 mois	Dans l'année	Non concerné(e)
L'attention et l'intérêt témoignés par l'ensemble des professionnels à l'égard de votre enfant et de vous-même(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les soins reçus (prise en charge en groupe ou individuelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La continuité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise en charge de la souffrance psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La prise en charge de la douleur physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES LOCAUX

Les bureaux (intimité, confort, mobilier, propreté)

Les locaux communs (salle d'activités, salle à manger...) (confort, mobilier, propreté)

	Dans le 1 ^{er} mois	Dans les 3 mois	Dans les 6 mois	Dans l'année
Les bureaux (intimité, confort, mobilier, propreté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les locaux communs (salle d'activités, salle à manger...) (confort, mobilier, propreté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA FIN DE PRISE EN CHARGE

L'organisation de la fin de la prise en charge, si concerné(e)

(arrêt de prise en charge ou poursuite de soins avec d'autres professionnels)

Globalement, êtes-vous (avez-vous été) satisfait(e) de la prise en charge de votre enfant/adolescent ?



Excellent



Bon



Moyen



Insuffisant

Conseilleriez-vous cette unité de soins à une autre personne : Oui Non

Remarques et suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :/...../.....

Nom et prénom (facultatifs) :

➤ **Partie réservée à l'enfant ou l'adolescent concerné par la prise en charge**

Cocher la réponse qui correspond à votre niveau de satisfaction sur les domaines suivants :

Que penses-tu de ton accueil ?



Très bien	Bien	Moyen	Pas bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que tu as compris pourquoi tu viens dans ce service de soins ?



Oui	Un peu	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que penses-tu des soins (groupes, prise en charge individuelle, consultations) ?



Très bien	Bien	Moyen	Pas bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que penses-tu des repas ?



Très bien	Bien	Moyen	Pas bien	Non Concerné(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que penses-tu des salles d'activités, des bureaux ?



Très bien	Bien	Moyen	Pas bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que penses-tu des personnes qui s'occupent de toi ?



Très bien	Bien	Moyen	Pas bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques et suggestions :

.....

Date :/...../..... Nom et prénom (facultatifs) :

Cadre réservé à l'EPSM – NE PAS REMPLIR

- Parent ou représentant légal ne souhaitant pas ou ne pouvant pas remplir le questionnaire

- Enfant/Adolescent ne souhaitant pas ou ne pouvant pas remplir le questionnaire