

## Satisfaction des parents concernant l'hospitalisation

### Questionnaire de satisfaction du traitement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pour chaque question, mettez une croix sur la réponse qui correspond le mieux !

Si vous souhaitez remplir ce questionnaire en ligne, veuillez copier l'URL dans votre navigateur internet ou bien scanner le QR-Code grâce à votre appareil mobile.

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Aussi satisfait qu'insatisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Ne sais pas
<b>L'accueil</b>						
<b>A quel point êtes-vous satisfait-e-s...</b>						
1. ... de l'accueil au sein de l'unité et de l'organisation de l'admission en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... de la durée d'attente jusqu'à l'admission ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Information et explication</b>						
<b>A quel point êtes-vous satisfait-e-s...</b>						
3. ... de l'information reçue quant aux raisons de l'hospitalisation et des explications concernant le diagnostic de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... des informations concernant les règles et vos devoirs en tant que parent durant 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"/>
5. ... des explications des règles de l'unité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... des possibilités de participer, en tant que parent, à la prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... des explications des bénéfices et des effets secondaires des médicaments ? <input type="checkbox"/> pas de médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... de la manière dont le secret médical est respecté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... des informations que vous avez reçues en tant que parent sur la prise en charge et les événements inhabituels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... des règles concernant les contacts et les visites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prise en charge</b>						
<b>A quel point êtes-vous satisfait-e-s...</b>						
11. ... des entretiens thérapeutiques de famille (discussion avec vous et votre enfant) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... des entretiens avec les parents et les autres offres thérapeutiques pour les parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... du contenu des recommandations pédopsychiatriques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... du déroulement des échanges avec les autorités et les autres institutions ? <input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... des effets du traitement médicamenteux ? <input type="checkbox"/> pas de médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... de l'école dans la clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Médecin/Psychologue/Personnel soignant/Educateur**

Très satisfait	Plutôt satisfait	Aussi satisfait qu'insatisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Ne sais pas
----------------	------------------	--------------------------------	--------------------	------------------	-------------

**A quel point êtes-vous satisfait-e-s...****17. ... de la motivation/l'engagement pour vous en tant que parent**

- |                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) du médecin/psychologue traitant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) du personnel soignant/éducateur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) du référent ?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. ... de la motivation/l'engagement pour votre enfant**

- |                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) du médecin/psychologue traitant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) du personnel soignant/éducateur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) du référent ?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sortie, suite de la prise en charge et satisfaction concernant la prise en charge****A quel point êtes-vous satisfait-e-s...**

- |   |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. ... de la préparation de la sortie de votre enfant ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ... des informations/de l'aide reçues concernant la réduction des risques de rechutes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ... de la prise en charge à l'unité en général ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Appréciation globale de l'utilité de la prise en charge**

Tout à fait	Plutôt oui	En partie	Plutôt non	Pas du tout	Ne sais pas
-------------	------------	-----------	------------	-------------	-------------

**A quel point cela vous correspond ?**

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. De mon/notre point de vue les objectifs de la prise en charge ont été atteints.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. En général, notre enfant va mieux après la prise en charge.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. En général, nous, en tant que famille, allons mieux après la prise en charge.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Nous avons confiance de pouvoir mieux maîtriser le quotidien après la sortie.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Nous avons appris à mieux faire face aux difficultés de notre enfant.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. La relation avec mon/notre enfant était déjà bonne ou a changé de manière positive. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Je recommanderais la clinique.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Ce que j'ai/nous avons le plus apprécié :

---



---

30. Ce que j'améliorerais/nous améliorerions :

---



---

**Durée de la prise en charge**

Trop longue	Plutôt trop longue	Bonne	Plutôt trop courte	Trop courte	Ne sais pas
-------------	--------------------	-------	--------------------	-------------	-------------

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. La durée de la prise en charge a été : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Qui a rempli le questionnaire ?

- |                                  |                               |                               |   |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Parents | <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Autre(s) personne(s) |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|

Année de naissance de votre enfant

2	0		
---	---	--	--

Genre de votre enfant

- masculin  
 féminin

Date (mois/année)

		/	2	0	2	3
--	--	---	---	---	---	---

**Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire. Votre avis est très important à nos yeux !**

Dans le présent document, les mots de genre masculin appliqués aux personnes désignent les hommes et les femmes.

Questionnaire de satisfaction du traitement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: QS-UHPA-P (version parent) © S. Urben (Lausanne), M. Schmid (Bâle), A. Della Casa (Zürich) ; en collaboration avec la SSPPEA, Version 3 / 2020