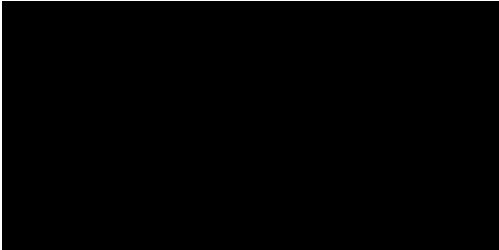


Madame, Mademoiselle, Monsieur,



Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer, il est essentiel que vous nous fassiez part de votre appréciation au terme de ce séjour dans notre Clinique. Vous nous aiderez grandement à améliorer le service de qualité que nous voulons offrir à tous nos patients. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet.

En vous remerciant d'avance pour votre contribution,


La direction de la Clinique


- Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée) ? Oui Non
- Vous êtes de sexe Féminin Masculin
- Quel est votre âge ? _____ ans
- Est-ce votre première hospitalisation en psychiatrie ? Oui Non
- Est-ce votre première hospitalisation à la Clinique ? Oui Non
- Quel délai avez-vous attendu entre votre demande de prise en charge et votre admission ?
 - 0 jours De 1 à 6 jours De 1 à 2 semaines de 3 à 4 semaines Plus de 4 semaines
- Ce délai vous a-t-il convenu ? Oui Non
- Etait-ce votre demande ? Oui Non Mesure judiciaire
- A ce jour, depuis combien de temps êtes-vous dans l'établissement ?
 - Moins de 7 jours Entre 7 jours et 1 mois Entre 1 et 2 mois Plus de 2 mois
 Et/ou pouvez-vous préciser : Jours

• Dans quelle unité avez-vous été actuellement hospitalisé(e) ?

Par rapport à votre hospitalisation dans cette Clinique, nous vous demandons d'apprécier chaque proposition sur une échelle de 1 à 5 (1 = pas du tout d'accord à 5 tout à fait d'accord). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer NC (= Non Concerné).

	Pas du tout d'accord		Tout à fait d'accord			Non concerné
	1	2	3	4	5	
L'accès à l'hôpital est facile (accès routier, parking, transports en commun...)						NC
Le personnel de l'accueil est serviable						NC
L'accueil dans l'unité de soins a été chaleureux						NC

	Pas du tout d'accord 				Tout à fait d'accord 	Non concerné
Concernant le service des repas, j'ai apprécié :						
▶ La qualité	1	2	3	4	5	NC
▶ La quantité	1	2	3	4	5	NC
▶ La présentation	1	2	3	4	5	NC
▶ La variété	1	2	3	4	5	NC
▶ L'horaire	1	2	3	4	5	NC
▶ La température	1	2	3	4	5	NC
▶ Le respect du régime alimentaire, soit prescrit, soit personnel (végétarien, confessionnel,...)	1	2	3	4	5	NC
▶ L'ambiance de la salle à manger	1	2	3	4	5	NC
Les services offerts autour de mon hospitalisation (cafétéria, boutiques, distributeurs, ...) sont suffisants	1	2	3	4	5	NC
Les locaux communs sont bien entretenus	1	2	3	4	5	NC
Ma chambre est bien entretenue	1	2	3	4	5	NC
Il fait suffisamment calme dans l'hôpital pour se sentir bien	1	2	3	4	5	NC
Dans la vie en communauté, je me suis senti(e) respecté(e) par les autres	1	2	3	4	5	NC
En cas de congé ou de sortie, j'ai reçu l'aide nécessaire pour son bon déroulement	1	2	3	4	5	NC
L'hôpital dispose du confort nécessaire pour l'accueil des visiteurs	1	2	3	4	5	NC
Les déplacements à l'intérieur de l'hôpital sont faciles	1	2	3	4	5	NC
Je me suis senti(e) respecté(e) dans mon intimité	1	2	3	4	5	NC
J'ai reçu de la part du personnel soignant des réponses claires et compréhensibles						
▶ Sur mon traitement, mes soins et le suivi des médicaments	1	2	3	4	5	NC
▶ Sur le déroulement de la journée, les activités proposées	1	2	3	4	5	NC
Lorsque j'en ai ressenti le besoin, j'ai apprécié l'écoute et les moyens mis en œuvre par les soignants (geste, parole, chaleur humaine,...)	1	2	3	4	5	NC
J'ai obtenu l'assistance religieuse, philosophique ou laïque que je souhaitais	1	2	3	4	5	NC
Commentaires éventuels :						
.....						
.....						

	Pas du tout d'accord 				Tout à fait d'accord 	Non concerné
Le personnel a témoigné de l'attention et de l'intérêt :						
▶ A mon égard	1	2	3	4	5	NC
▶ A l'égard de mes proches	1	2	3	4	5	NC
Le personnel a été disponible pour m'accompagner :						
▶ Dans l'établissement	1	2	3	4	5	NC
▶ A l'extérieur	1	2	3	4	5	NC
Mes problèmes d'ordre physique sont bien soignés (douleurs, maux de tête..)	1	2	3	4	5	NC
J'ai apprécié la prise en charge par les :						
▶ Assistants sociaux	1	2	3	4	5	NC
▶ Diététiciennes	1	2	3	4	5	NC
▶ Educateurs	1	2	3	4	5	NC
▶ Ergothérapeutes	1	2	3	4	5	NC
▶ Logopèdes	1	2	3	4	5	NC
▶ Psychologues	1	2	3	4	5	NC
▶ Kinésithérapeutes	1	2	3	4	5	NC
▶ Infirmier(e)s référent(e)s	1	2	3	4	5	NC
Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité	1	2	3	4	5	NC
Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité	1	2	3	4	5	NC
Les activités proposées (loisirs, jeux, sport, sorties,...) sont :						
▶ Agréables	1	2	3	4	5	NC
▶ Adaptées	1	2	3	4	5	NC
▶ Diversifiées	1	2	3	4	5	NC
▶ Suffisantes	1	2	3	4	5	NC
J'ai rencontré suffisamment l'infirmier(e) référent(e)	1	2	3	4	5	NC
J'ai rencontré suffisamment le médecin psychiatre	1	2	3	4	5	NC
J'ai reçu, de la part du médecin psychiatre, des réponses claires et compréhensibles sur ma santé et mon traitement	1	2	3	4	5	NC
J'ai reçu l'information nécessaire en vue de ma sortie définitive (conseils, prescriptions, traitement, poursuite des soins, aide sociale,...)	1	2	3	4	5	NC

<ul style="list-style-type: none"> D'une manière générale, comment jugez-vous la qualité du service (unité de soins) dans laquelle vous avez séjourné ? <input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Très bonne 	
<ul style="list-style-type: none"> Globalement, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre séjour à la Clinique ? <input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Assez insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Assez satisfait(e) <input type="checkbox"/> Très satisfait(e) 	
<ul style="list-style-type: none"> Recommanderiez-vous cet hôpital à un proche (famille, ami(e),...) ? <input type="checkbox"/> Certainement pas <input type="checkbox"/> Probablement pas <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Probablement <input type="checkbox"/> Certainement 	
<ul style="list-style-type: none"> Les différents soins dont j'ai bénéficié m'ont permis de me sentir actuellement : <input type="checkbox"/> Beaucoup moins bien <input type="checkbox"/> Un peu moins bien <input type="checkbox"/> Pareil <input type="checkbox"/> Un peu mieux <input type="checkbox"/> Beaucoup mieux 	
Vous avez rempli ce questionnaire :	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec un proche <input type="checkbox"/> Avec l'aide d'un soignant qui s'occupe de vous dans le service <input type="checkbox"/> Avec l'aide d'une personne qui ne s'occupe pas de vous dans le service

- Pour quel problème avez-vous été traité(e) ?

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| J'avais un problème avec l'alcool | <input type="checkbox"/> | J'avais des problèmes de caractère / comportement | <input type="checkbox"/> |
| J'avais un problème avec une autre substance toxique | <input type="checkbox"/> | J'avais des problèmes d'adaptation | <input type="checkbox"/> |
| Je ressentais un mal-être, un besoin d'aide | <input type="checkbox"/> | Je me sentais persécuté(e) | <input type="checkbox"/> |
| J'étais d'humeur instable | <input type="checkbox"/> | J'avais perdu le contact avec la réalité | <input type="checkbox"/> |
| J'étais anxieux(se), angoissé(e) | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) : | <input type="checkbox"/> |
| J'ai subi un deuil, une séparation | <input type="checkbox"/> | | |

- Recevez-vous de la visite de personnes extérieures (famille, proches, relations,...) à l'hôpital ? Oui Non

- Avez-vous des remarques, des observations, positives ou négatives, concernant votre séjour à la Clinique ou des suggestions sur ce qui pourrait être fait pour améliorer le séjour des patients dans cette institution ?

.....

.....

.....

- Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.