



## ENQUÊTE DE SATISFACTION ANNUELLE SPASAD

Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, votre avis nous intéresse vivement. Merci de prendre quelques instants pour nous donner votre opinion sur les conditions de votre prise en charge. Il s'agit du questionnaire annuel de satisfaction des prestations.

La Directrice, Isabelle HENON

Nom et Prénom (facultatif) : ..... Votre âge (facultatif) : .....

Vous êtes :  L'utilisateur/Patient  Aidant  Autre : .....

- Service :**
- SSIAD (Service de soins Infirmiers à Domicile)
  - SAAD (Service d'aide et d'accompagnement à domicile)
  - Service HANDEO (Dossiers sensibles)
  - SPASAD Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

### L'ACCUEIL

#### 1. Quel est votre avis sur l'accueil au sein de l'UNA des Pays du Calais ?

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
Horaires d'accueil adaptés				
Les personnes qui vous accueillent sont-elles aimables				
Les contacts réguliers avec l'association				
Etes-vous rappelé rapidement quand vous le demandez				
La disponibilité				
La présentation de l'interlocuteur				
Le délai d'attente				
La mise en contact avec le bon interlocuteur				
La réponse adaptée				
La transmission des messages				
L'accessibilité des locaux				
Etes-vous satisfait du service d'astreinte *				

\* Le service d'astreinte consiste à permettre une continuité de service 7j/7 24h/24 hors des horaires d'ouvertures de l'établissement

Commentaires : .....

.....

## L'INFORMATION

### 2. Comment avez-vous connu l'association ?

- Site internet  
  Articles de presse sur l'association  
  Conseil d'un proche  
  Bouche à oreille  
 Conseil d'un salarié  
  Professionnel de santé  
  Autre :.....

### 3. Pensez-vous avoir été bien informé(e) sur les services proposés   Oui   Non

Si non, pourquoi ?.....  
 .....

### 4. Pensez-vous avoir été bien informé sur les coûts et les modalités de la prise en charge ?

- Oui    Non

Si non, pourquoi ?.....  
 .....

### 5. Pensez-vous avoir été bien informé sur la possibilité de consulter notre site internet ?

- Oui    Non

Si non, pourquoi ?.....  
 .....

### 6. Etes-vous satisfait du livret d'accueil ?   Oui   Non

Si non, pourquoi ?.....  
 .....

### 7. Etes-vous satisfait du cahier de liaison ?   Oui   Non

Si non, pourquoi ?.....  
 .....

### 8. Ecrivez-vous sur le cahier de liaison ?   Oui   Non

Si non pourquoi ?.....  
 .....

## RELATION AVEC LE PERSONNEL

### A. RELATION AVEC LES ENCADRANTS

### 9. Pour les patients du SSIAD, connaissez-vous le nom de l'Infirmière Coordinatrice (responsable des aides-soignants) ? .....

Pour les usagers du SAAD, quel est votre responsable de secteur référent ?

- Nadia KERVOERN    Sandrine DESSEIGNE

### 10. Concernant l'IDEC et/ ou la responsables de secteur, quel est votre avis sur :

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
<b>Ses Disponibilités</b>				
<b>Ses Conseils</b>				
<b>Ses Réponses apportées</b>				

Commentaires : .....

## B. RELATION AVEC LE PERSONNEL

11. Concernant le personnel intervenant à votre domicile, quel est votre avis sur :

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
La Ponctualité				
L'Amabilité				
La Disponibilité				
La Discrétion (1)				
La Confiance				
La Tenue vestimentaire				
Le Respect des consignes				
La Qualité des soins (Réalisés et prise en compte de la douleur par les aides-soignantes et AMP)				
Le Professionnalisme				

(1) Nous parlons ici de discrétion considérant que l'intervenante ne raconte pas ce qui se passe dans les autres domiciles ou de ses problèmes personnels

Commentaires :

.....

.....

### QUALITE DES SERVICES

**12. Une évaluation des besoins a-t-elle été réalisée à votre domicile avec le responsable des aides-soignants et /ou la responsable de secteur pour répondre à votre demande d'intervention ?**  Oui  Non

**Si oui, il y a :**  Moins d'un an  De 2 à 5 ans  Plus de 5 ans

**Si non, auriez-vous souhaité la réalisation de cette évaluation des besoins à votre domicile ?**  
 Oui  Non

**13. Diriez-vous que cette évaluation des besoins est :**  
 Indispensable  Utile  Pas très utile  Inutile

**14. Avez-vous un suivi régulier de la prestation ( téléphonique à Domicile)**  Oui  Non

**15. Êtes-vous satisfaits :**

	 Très Satisfaisant	 Satisfaisant	 Insuffisant	 Très Insuffisant
De la rencontre au domicile avec l'IDEC et/ou la responsable de secteur				
De la fréquence des contacts avec l'IDEC et/ou la responsable de secteur				
Des horaires de passages du personnel				
De l'information lors d'une modifications des interventions				

**16. Pensez-vous avoir été bien compris ?**  Oui  Non

**17. Recommanderiez-vous l'UNA des Pays du Calais à un proche ?**  Oui  Non

**18. Vos remarques et vos suggestions éventuelles d'améliorations :**

.....

.....

.....

.....

**Nous vous remercions d'avoir consacré de votre temps pour répondre à cette enquête.**

**S.P.A.S.A.D. (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile)**

530 Boulevard du Parc d'Affaires Eurotunnel 62231 COQUELLES. Tel. 03.21.85.18.:

[unaducalaisis@orange.fr](mailto:unaducalaisis@orange.fr) [www.unaducalaisis.com](http://www.unaducalaisis.com)

Agrément d'une association de Service aux personnes 2006-2-62-17 N°Siret : 78398199600037

