

## VOTRE CONNAISSANCE DE LA PATHOLOGIE DE VOTRE PROCHE

Avez-vous des besoins spécifiques pour mieux accompagner votre proche ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

Si oui, merci de préciser vos besoins (plusieurs réponses sont possibles) :

- ☐ Formation
- ☐ Groupe de paroles
- ☐ Documentation
- ☐ Association
- ☐ Autre

Si autre besoin, préciser :

.....

.....

## VOTRE APPRECIATION GLOBALE

Commentaires, suggestions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vous souhaitez peut-être que nous apportions une réponse à une question précise que vous aurez formulée ci-dessus.

Souhaitez-vous être recontacté(e) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci d'indiquer vos coordonnées :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Email : .....

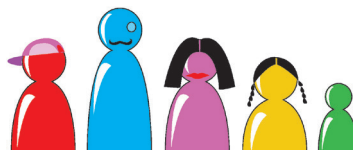
Une fois que vous aurez complété ce questionnaire, vous avez plusieurs possibilités pour le transmettre :

- le remettre cacheté en main propre à l'équipe du secteur ;
- le déposer dans la boîte aux lettres du secteur ;
- le déposer dans la boîte aux lettres située devant le bureau d'accueil/admission à l'entrée de l'hôpital ;
- l'envoyer sous enveloppe timbrée à l'adresse suivante :

Centre de Santé Mentale Angevin  
Direction des Usagers  
BP 50089 – 49130 Ste-Gemmes-sur-Loire

Vous pouvez aussi remplir le questionnaire en ligne, depuis le site internet du CESAME  
[www.ch-cesame-angers.fr](http://www.ch-cesame-angers.fr) :

- «Espace Usagers » puis
- «Familles et Proches» puis
- «Enquête de satisfaction à destination des familles»



Votre opinion nous permettra d'améliorer nos services et nos soins. Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à ce questionnaire.



## Enquête de satisfaction

à destination



Si vous êtes proche d'un patient hospitalisé au CESAME, ce questionnaire s'adresse à vous.

Votre avis concernant l'hospitalisation de votre proche au CESAME nous est indispensable pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés ainsi que nos liens avec les familles, proches et aidants.

Nous vous remercions de votre collaboration.

## MIEUX VOUS CONNAÎTRE, VOUS ET VOTRE PROCHE

**Votre proche est :** ☐ adulte ☐ mineur

### Combien de temps a été hospitalisé votre proche ?

- ☐ moins d'une semaine ☐ entre une semaine et un mois  
☐ plus d'un mois ☐ ne sait pas

### Quel est votre lien avec votre proche ?

- ☐ Conjoint  
☐ Parent  
☐ Enfant  
☐ Autre membre de la famille  
☐ Ami  
☐ Autre : .....

### Votre proche est-il sous mesure de protection ? (ex : tutelle ou curatelle)

- ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

### Si oui, êtes-vous son tuteur ou curateur ?

- ☐ Tuteur ☐ Curateur

### Avez-vous été déclaré(e) personne de confiance :

- ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

## VOTRE ACCUEIL

### Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé lors de votre première venue ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Non concerné  
☐ Très insatisfait ☐ Insatisfait

### Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil qui vous a été réservé lors de vos venues suivantes ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Non concerné  
☐ Très insatisfait ☐ Insatisfait

### Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil téléphonique lors de vos appels ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Non concerné  
☐ Très insatisfait ☐ Insatisfait

### Vous sentiez-vous à l'aise pour poser des questions ?

- ☐ Oui  
☐ En grande partie  
☐ Partiellement  
☐ Non  
☐ Non concerné

## VOS VISITES

### Êtes-vous satisfait(e) du lieu mis à disposition par le service de soins pour rencontrer votre proche ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Non concerné  
☐ Très insatisfait ☐ Insatisfait

### Etes-vous satisfait(e) des horaires de visite ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Non concerné  
☐ Très insatisfait ☐ Insatisfait

### Etes-vous satisfait(e) des modalités d'accès au service de soins (signalétique, numéro de téléphone...) ?

- ☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Non concerné  
☐ Très insatisfait ☐ Insatisfait

## VOTRE PLACE EN TANT QUE PROCHE, PENDANT L'HOSPITALISATION

### Avez-vous le sentiment que votre avis a été pris en compte durant le séjour de votre proche ?

- ☐ Oui  
☐ En grande partie  
☐ Partiellement  
☐ Pas du tout  
☐ Non concerné

### Les informations que vous avez reçues concernant la prise en charge de votre proche vous semblent-elles suffisantes :

- ☐ Oui  
☐ En grande partie  
☐ Partiellement  
☐ Pas du tout  
☐ Non concerné

## VOTRE PLACE EN TANT QUE PROCHE, LORS DE LA SORTIE

### Avez-vous été averti(e) de la date de sortie de votre proche ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

### Si oui, les informations que vous avez reçues concernant la sortie de votre proche vous semblent-elles suffisantes (heure de sortie, mise en place de soins ambulatoires, ...) :

- ☐ Oui  
☐ En grande partie  
☐ Partiellement  
☐ Pas du tout  
☐ Non concerné

### Avez-vous le sentiment que votre avis a été pris en compte lors de l'élaboration du projet de sortie de votre proche ?

- ☐ Oui  
☐ En grande partie  
☐ Partiellement  
☐ Pas du tout  
☐ Non concerné

