

**SERVICE D'EDUCATION SPECIALISEE  
ET DE SOINS A DOMICILE  
du Pays de Saint-Flour  
La Combe de Volzac  
15100 SAINT-FLOUR**

-----  
**Téléphone : 04.71.60.59.17  
Fax : 04.71.60.59.29**

## **QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION**

Cette enquête de satisfaction a été élaborée dans le but de recueillir l'avis des usagers du S.E.S.S.A.D ; Les questions abordées ont fait l'objet d'un travail commun avec les professionnels du service et la Direction.

Le questionnaire interroge 5 grands thèmes comme le respect des droits des usagers, la qualité de l'accueil, de l'accompagnement, l'aménagement, l'accessibilité des locaux. Les réponses au questionnaire nous permettront de répondre au mieux aux insatisfactions exprimées qui feront l'objet de plans d'actions dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles au service de nos usagers.

*Nous vous remercions de prendre le temps de remplir cette enquête. Vous avez le choix d'y répondre anonymement. Dans cette éventualité nous vous demanderons néanmoins de bien vouloir indiquer l'âge de votre enfant.*

Nom :	.....
Prénom :	.....
Age du jeune :	.....

### **Présentation et accueil**

1/ estimez-vous avoir été suffisamment renseigné et écouté lors de votre premier contact avec le service ?

Tout à fait d'accord	D'accord	Ne sais pas	Absolument pas d'accord
----------------------	----------	-------------	-------------------------

2/ êtes-vous satisfait de la manière dont vous avez été accueilli au SESSAD ?

Tout à fait d'accord	D'accord	Ne sais pas	Absolument pas d'accord
----------------------	----------	-------------	-------------------------

3/ Combien de temps avez-vous attendu avant que votre enfant soit suivi par le service ?

Je n'ai pas attendu	Quelques mois	Entre 1 ou 2 ans	2 ans et plus
---------------------	---------------	------------------	---------------

### **Les locaux**

4/ les conditions d'accès au SESSAD sont-elles satisfaisantes ?

Tout à fait d'accord	D'accord	Ne sais pas	Absolument pas d'accord
----------------------	----------	-------------	-------------------------

5/ Les locaux du SESSAD sont-ils accueillants, chaleureux ?

Oui	Moyennement	Non
-----	-------------	-----

6/ le SESSAD est-il facile à trouver, bien indiqué ?

Oui	Moyennement	Non
-----	-------------	-----

## La Prise en Charge

7/ le SESSAD apporte-t-il une aide adaptée à votre enfant ?

Oui	En partie	Non	Ne sais pas
-----	-----------	-----	-------------

8/ le nombre de rendez-vous avec les professionnels et votre enfant vous semble-t-il satisfaisant ?

Tout à fait satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Souhait de + de RDV	Souhait de – de RDV	

9/ quelles sont les prises en charge dont bénéficie votre enfant ?

éducative	Psychologique	Psychomotricité	orthophonie	pédagogie	médicale
-----------	---------------	-----------------	-------------	-----------	----------

Autres : .....

10/ Quels professionnels du SESSAD rencontrez-vous le plus souvent ?

Directeur	Psychologue	Psychomotricien	Educateur	Médecin	A.Sociale	Enseignant
-----------	-------------	-----------------	-----------	---------	-----------	------------

11/ Souhaiteriez-vous rencontrer d'autres professionnels plus souvent ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, lesquels ? .....

## Votre place de parent au SESSAD

12/ en tant que parents, vous sentez-vous soutenu par les professionnels du service ?

Oui	En partie	Non
-----	-----------	-----

13/ vous sentez-vous impliqué dans le projet de votre enfant ?

Totalemment impliqué	Pas vraiment impliqué	Nous aimerions être plus impliqués
En partie impliqué	Pas du tout impliqué	Nous ne souhaitons pas être plus impliqués

14/ comment aimeriez-vous être plus impliqué dans le projet de votre enfant ?

(exemple : vous aimeriez être consultés plus souvent, rencontrer plus souvent les professionnels du service pour en discuter...) .....

.....

15/ le projet individuel de votre enfant proposé par le SESSAD répond-il ou a-t-il répondu à vos attentes ?

Oui	En partie	Non
-----	-----------	-----

16/ Avez-vous été déçu de ce projet ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, pourquoi ? .....

17/ Souhaiteriez-vous rencontrer d'autres parents d'enfants suivis par notre service ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, pourquoi ? .....

Vos attentes :.....  
.....

### **L'information au sein du SESSAD**

18/ la circulation de l'information au SESSAD vous semble-t-elle correcte ?

Oui	Non	Ne sais pas
-----	-----	-------------

19/ le livret d'Accueil du SESSAD vous semble :

Clair et compréhensible	Incomplet	Pas pratique
Trop long et compliqué	Vous ne l'avez pas lu	Autre :

Si incomplet, pourquoi ? .....  
.....

20/ ressentez-vous le besoin de mieux connaître le service du SESSAD ?

Oui	Non
-----	-----

si oui par quels moyens ? .....  
.....

21/ Etes-vous satisfait du rythme et des modalités d'interventions du SESSAD durant les congés scolaires ?

Oui	Non
-----	-----

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

22/ D'après vous, votre enfant apprécie-t-il son suivi SESSAD ?

Oui	Pas vraiment	Non
-----	--------------	-----

Pourquoi ?.....  
.....

### **Autres Suggestions**

23/ Auriez-vous aimé aborder un autre sujet dans ce questionnaire ? Si Oui, lequel ?.....  
.....  
.....

24/ Autres remarques, suggestions :.....  
.....  
.....

Merci d'avoir consacré du temps au remplissage du présent questionnaire.

L'équipe du SESSAD.