

## Votre avis nous intéresse

Chers parents,

Il nous tient à cœur que les prestations de notre cabinet vous donnent satisfaction, à vous comme à votre enfant. Aussi aimerions-nous avoir votre opinion sur notre activité. Vos impressions, vos desiderata et vos idées nous aideront à encore améliorer nos prestations ainsi que nos pratiques.

Toute personne est libre de remplir ou non ce questionnaire, qui est anonyme. La structure même du document ne permet d'ailleurs pas d'identifier le répondant.

N'hésitez pas à vous adresser à nous pour toute question.

Merci beaucoup !

L'équipe du cabinet

**Si vous prenez part au questionnaire, veuillez respecter les règles suivantes :**

- ▶ Veuillez répondre à toutes les questions et de n'en omettre aucune ;
- ▶ N'apportez à chaque question qu'une seule réponse, à savoir celle qui correspond le mieux à votre situation ;
- ▶ Si vous avez rempli le formulaire à l'occasion d'une visite au cabinet, veuillez laisser le formulaire rempli dans une boîte spécialement prévue à cet effet ;
- ▶ Si vous avez rempli le formulaire chez vous, veuillez le renvoyer au cabinet par courrier.

| Votre satisfaction en termes d'organisation du cabinet et des équipements proposés                                        |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                           | Très satisfait           | Plutôt satisfait         | Plutôt insatisfait       | Pas du tout satisfait    |
|                                                                                                                           | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        |
| <b>A</b> 1. <u>D'une manière générale</u> , êtes-vous satisfait... :                                                      |                          |                          |                          |                          |
| A 01 ...du délai d'attente pour obtenir un rendezvous avec le médecin ?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A 02 ...du délai d'attente au cabinet ?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A 03 ...de la prise en compte de vos desiderata lors de la fixation du rendezvous ?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A 04 ...de l'amabilité du personnel du cabinet ?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>B</b> 2. <u>D'une manière générale</u> , êtes-vous satisfait... :                                                      |                          |                          |                          |                          |
| B 01 ...de l'équipement en salle d'attente ?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B 02 ...des possibilités de jeux et de divertissement pour votre enfant ?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge de votre enfant                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                           | Très satisfait           | Plutôt satisfait         | Plutôt insatisfait       | Pas du tout satisfait    |
|                                                                                                                           | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        |
| <b>C</b> 3. <u>D'une manière générale</u> , êtes-vous satisfait du pédiatre / médecin pour adolescents pour ce qui est... |                          |                          |                          |                          |
| C 01 ...de son aptitude à comprendre votre enfant ?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C 02 ...de son empathie pour votre enfant ?                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C 03 ...du temps qu'il consacre à votre enfant ?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C 04 ...du fait que votre enfant est pris au sérieux ?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C 05 ...du réconfort et du soutien apportés à votre enfant ?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 3. <b>D'une manière générale, êtes-vous satisfait du pédiatre / médecin pour adolescents pour ce qui est...</b> |                                                                                   | Très satisfait           | Plutôt satisfait         | Plutôt insatisfait       | Pas du tout satisfait    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                 |                                                                                   | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        |
| C 06                                                                                                            | ...de la patience dont il fait preuve avec votre enfant ?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C 07                                                                                                            | ...de la prise en charge de votre enfant comme personne et non pas comme numéro ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 4. <b>Quel jugement portez-vous sur les informations données à votre enfant par le pédiatre / médecin pour adolescents ? Les informations données à mon enfant...</b>          |                                                                                                | Oui, toujours            | Oui, le plus souvent     | Rarement                 | Non, jamais              | Sans objet               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                |                                                                                                | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        |
| D 01                                                                                                                                                                           | ...sont adaptées à l'âge de mon enfant.                                                        | <input type="checkbox"/> |
| D 02                                                                                                                                                                           | ...sont adaptées au niveau de développement de mon enfant.                                     | <input type="checkbox"/> |
| D 03                                                                                                                                                                           | ...tiennent compte du niveau de réceptivité de mon enfant et de sa propension à assimiler.     | <input type="checkbox"/> |
| 5. <b>Comment votre enfant est-il impliqué par le pédiatre / médecin pour adolescents dans les décisions portant par exemple sur les examens ou les traitements à opérer ?</b> |                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |
| E 01                                                                                                                                                                           | Différentes alternatives sont expliquées à mon enfant.                                         | <input type="checkbox"/> |
| E 02                                                                                                                                                                           | Les avantages et les inconvénients des différentes alternatives sont discutés avec mon enfant. | <input type="checkbox"/> |
| E 03                                                                                                                                                                           | Il est demandé à mon enfant quelles sont les possibilités qui ont sa préférence.               | <input type="checkbox"/> |
| E 04                                                                                                                                                                           | Le degré d'implication de mon enfant dans les décisions prises correspond à ses souhaits.      | <input type="checkbox"/> |

### Rapport avec vous

| 6. <b>D'une manière générale, êtes-vous satisfait du pédiatre / médecin pour adolescents pour ce qui est...</b> |                                                                                                        | Très satisfait           | Plutôt satisfait         | Plutôt insatisfait       | Pas du tout satisfait    | Sans objet               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                 |                                                                                                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 0                        |
| F 01                                                                                                            | ...des informations relatives à la maladie de votre enfant ?                                           | <input type="checkbox"/> |
| F 02                                                                                                            | ...des informations relatives au traitement prévu pour votre enfant ?                                  | <input type="checkbox"/> |
| F 03                                                                                                            | ...des informations sur les effets des médicaments prescrits à votre enfant ?                          | <input type="checkbox"/> |
| F 04                                                                                                            | ...des informations sur la manière dont vous-même et / ou votre enfant peut contribuer à la guérison ? | <input type="checkbox"/> |
| F 05                                                                                                            | ...du caractère compréhensible des informations ?                                                      | <input type="checkbox"/> |
| F 06                                                                                                            | ...de la prise en compte des effets secondaires des médicaments prescrits à votre enfant ?             | <input type="checkbox"/> |

|      |                                                                                                                                                                         |                                       |                                              |                                  |                                   |                                                            |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| G    | <b>7. Comment êtes-vous impliqué dans les décisions de ce pédiatre / médecin pour adolescents par rapport aux examens et aux traitements prescrits à votre enfant ?</b> | <b>Oui, toujours</b>                  | <b>Oui, le plus souvent</b>                  | <b>Rarement</b>                  | <b>Non, jamais</b>                |                                                            |
|      |                                                                                                                                                                         | 3                                     | 2                                            | 1                                | 0                                 |                                                            |
| G 01 | <b>Différentes alternatives (par ex. d'examen ou de traitement de mon enfant) me sont proposées.</b>                                                                    | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |                                                            |
| G 02 | <b>Les avantages et les inconvénients des différentes alternatives proposées sont discutés avec moi.</b>                                                                | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |                                                            |
| G 03 | <b>On me demande quelles sont les alternatives ayant ma préférence pour mon enfant.</b>                                                                                 | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |                                                            |
| G 04 | <b>Mon degré d'implication dans les décisions prises correspond à mes attentes.</b>                                                                                     | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |                                                            |
| H    | <b>8. <u>D'une manière générale</u>, êtes-vous satisfait du pédiatre / médecin pour adolescents pour ce qui est...</b>                                                  | <b>Très satisfait</b>                 | <b>Plutôt satisfait</b>                      | <b>Plutôt insatisfait</b>        | <b>Pas du tout satisfait</b>      | <b>Sans objet</b>                                          |
|      |                                                                                                                                                                         | 4                                     | 3                                            | 2                                | 1                                 | 0                                                          |
| H 01 | <b>...de la collaboration avec les autres institutions médicales ?</b>                                                                                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                                   |
| H 02 | <b>...de la rigueur et du soin apportés lors des examens ?</b>                                                                                                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                                   |
| H 03 | <b>...de l'aptitude à renvoyer votre enfant à temps vers un spécialiste ?</b>                                                                                           | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                                   |
| I    | <b>9. Avez-vous confiance en...</b>                                                                                                                                     | <b>Oui, j'ai une grande confiance</b> | <b>Oui, j'ai plutôt une grande confiance</b> | <b>J'ai plutôt peu confiance</b> | <b>Non, je n'ai pas confiance</b> | <b>Je ne connais pas le médecin depuis assez longtemps</b> |
|      |                                                                                                                                                                         | 4                                     | 3                                            | 2                                | 1                                 | 0                                                          |
|      | <b>...ce pédiatre / médecin pour adolescents ?</b>                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>                                   |
| J    | <b>10. Comment évaluez-vous, <u>de manière générale</u>, la qualité du traitement prodigué...</b>                                                                       | <b>Très élevée</b>                    | <b>Plutôt élevée</b>                         | <b>Plutôt faible</b>             | <b>Très faible</b>                |                                                            |
|      |                                                                                                                                                                         | 3                                     | 2                                            | 1                                | 0                                 |                                                            |
|      | <b>...par le pédiatre / médecin pour adolescents ?</b>                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |                                                            |
| K    | <b>11. Êtes-vous, <u>d'une manière générale</u>, satisfait du...</b>                                                                                                    | <b>Très satisfait(e)</b>              | <b>Plutôt satisfait(e)</b>                   | <b>Plutôt insatisfait(e)</b>     | <b>Très insatisfait(e)</b>        |                                                            |
|      |                                                                                                                                                                         | 3                                     | 2                                            | 1                                | 0                                 |                                                            |
|      | <b>...pédiatre / médecin pour adolescents ?</b>                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |                                                            |

### Questions complémentaires

|   |                                                                                   |                                                             |                            |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|
| L | <b>Quel âge a votre enfant ?</b>                                                  | <b>de 0 à 2 ans</b>                                         | <input type="checkbox"/> 0 |
|   |                                                                                   | <b>de 3 à 6 ans</b>                                         | <input type="checkbox"/> 1 |
|   |                                                                                   | <b>de 7 à 13 ans</b>                                        | <input type="checkbox"/> 2 |
|   |                                                                                   | <b>&gt;13 ans</b>                                           | <input type="checkbox"/> 3 |
| M | <b>Comment votre enfant est-il assuré ?</b>                                       | <b>système d'assurance légal</b>                            | <input type="checkbox"/> g |
|   |                                                                                   | <b>système d'assurance privé</b>                            | <input type="checkbox"/> p |
| N | <b>Depuis combien de temps faites-vous soigner votre enfant dans ce cabinet ?</b> | <b>C'est la première fois que je viens avec mon enfant.</b> | <input type="checkbox"/> 0 |
|   |                                                                                   | <b>depuis moins d'un an</b>                                 | <input type="checkbox"/> 1 |
|   |                                                                                   | <b>depuis 1 à 2 ans</b>                                     | <input type="checkbox"/> 2 |
|   |                                                                                   | <b>depuis 3 à 5 ans</b>                                     | <input type="checkbox"/> 3 |
|   |                                                                                   | <b>depuis plus de 5 ans</b>                                 | <input type="checkbox"/> 4 |

**Merci beaucoup !**