

***Questionnaire de satisfaction***

*Afin de mieux répondre à vos besoins et dans une volonté sans cesse renouvelée d’amélioration de notre service, nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre à notre questionnaire.*

***Depuis combien de temps faites-vous appel à notre service ?***

🞏 - d’un an 🞏 de un an à 3 ans 🞏 + de 3 ans

**Interventions**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etes vous satisfait ?** **(mettre une croix, dans la case de votre choix)** | **Très satisfait** | **Satisfait** | **Peu satisfait** | **Déçu** |
| Du respect des besoins  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De la qualité des interventions (compétences techniques) | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Des compétences relationnelles des intervenantes | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Des horaires d’intervention | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Du respect de votre intimité et/ou votre vie privée | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Du respect de la confidentialité et de la discrétion (vis-à-vis d’autrui) | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Du cahier de liaison | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De la procédure des enregistrements des temps d’interventions (par le téléphone) | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

Considérez-vous, de manière générale, que votre ou vos aides à domicile font preuve de professionnalisme ? 🞏 oui 🞏 non

Observations : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Gestion des remplacements**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etes vous satisfait ?** **(mettre une croix, dans la case de votre choix)** | **Très satisfait** | **Satisfait** | **Peu satisfait** | **Déçu** |
| De l’organisation des remplacements pendant des congés | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Du délai de prévenance | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Du respect de vos indications particulières | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De la gestion des arrêts maladie | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De la réactivité du service | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

Considérez-vous, de manière générale, que la gestion des remplacements
est bien assurée ? 🞏 oui 🞏 non

Observations : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Fonctionnement du service**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etes vous satisfait ?** **(mettre une croix, dans la case de votre choix)** | **Très satisfait** | **Satisfait** | **Peu satisfait** | **Déçu** |
| De l’accueil téléphonique et/ou physique du bureau | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Du délai de prise en compte de la demande | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De l’étude des besoins à domicile | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Du délai de mise en place de l’intervention | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De l’évaluation des interventions (visites à domiciles) | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De la gestion de la facturation | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De la gestion des réclamations | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Des informations communiquées sur les prises en charge | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| De la diffusion des informations | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

Considérez-vous, de manière générale, que le personnel administratif fait preuve de professionnalisme ? 🞏 oui 🞏 non

Observations : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

D’une manière générale, êtes-vous satisfait du fonctionnement
du service d’aide à domicile ? 🞏 oui 🞏 non

Avez-vous d’autres suggestions et/ou remarques à rajouter pour l’amélioration de notre service ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nous vous remercions de vos remarques et vos suggestions.

**La direction du CCAS.**