

65♦ Quels problèmes ou difficultés avez-vous rencontrés du fait de l'hospitalisation de votre enfant ? (plusieurs réponses possibles)

- Des inquiétudes concernant la santé de votre enfant
- Des problèmes de gestion de la douleur de votre enfant
- Des problèmes financiers
- Des problèmes de garde de vos autres enfants
- Des problèmes de trajet domicile-hôpital
- Des problèmes dus à un arrêt de travail pour vous occuper de votre enfant
- Des difficultés de communication avec certains membres de l'équipe soignante
- Des conflits avec certains membres de l'équipe soignante
- Aucun problème
- Autre (précisez):

66♦ Qu'est-ce qui, à votre avis, pourrait permettre d'améliorer les conditions d'accueil des parents à l'hôpital ? (plusieurs réponses possibles)

- Ne pas imposer d'heures de visites pour les parents
- Avoir une salle de détente spécifique pour les parents ou les familles
- Se sentir libre de téléphoner à tout moment, pour prendre des nouvelles de l'enfant
- Pouvoir s'absenter une journée ou une nuit de la chambre parent-enfant
- Définir clairement les rôles entre les parents et les soignants
- Assurer la présence d'associations de malades
- Assurer la présence d'associations pour l'animation, la distraction, la scolarité des enfants
- Pouvoir assister à l'endormissement et au réveil de l'enfant en cas d'anesthésie
- Pouvoir rester dormir auprès de son enfant pour tous les parents qui le souhaitent
- Pouvoir dormir auprès de son enfant, sans frais supplémentaires
- Être consulté, pouvoir donner son avis
- Assurer des réunions parents-soignants régulières
- Former les soignants à mieux connaître les besoins des parents
- Former les soignants à mieux connaître les besoins psychologiques des enfants malades
- Obtenir plus d'information sur le fonctionnement de l'hôpital, du service
- Obtenir plus d'informations sur la maladie, les soins, les examens
- Autre (précisez):

67♦ Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des précisions ou des commentaires supplémentaire sur une autre feuille.

.....
.....

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

N'oubliez pas de le mettre dans l'enveloppe fournie, et de le déposer dans les 2 jours dans la boîte jaune **SPARADRAP** installée dans le service.

ENQUÊTE NATIONALE SUR LA PLACE DES PARENTS À L'HÔPITAL



Réalisée par l'association **SPARADRAP**
financée par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
(Direction Générale de la Santé)

avec le soutien de la Société Française de Pédiatrie

Décembre 2003

Questionnaire parent

**Questionnaire à remplir pendant le séjour
de votre enfant à l'hôpital**

et à déposer dans la boîte jaune SPARADRAP installée dans le service.

Numéro questionnaire

Jour de réception du questionnaire: décembre 2003
Jour de remplissage du questionnaire: décembre 2003

Veuillez cocher la (les) case(s) correspondant le mieux à votre réponse.

QUESTIONS VOUS CONCERNANT

1♦ Personne qui remplit le questionnaire (l'accompagnant)

- Père ou mère Tante ou oncle Grand-parent
 Frère ou sœur Parrain/marraine Tuteur
 Autre (précisez):

2♦ Vous êtes

- Un homme Une femme

3♦ Votre âge

..... ans

4♦ Profession...

vous **votre conjoint**

Précisez:
.....

Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant, chef d'entreprise (10 employés ou moins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre, profession intellectuelle supérieure, chef d'entreprise (+ de 10 employés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire (paramédical, agent de maîtrise, technicien supérieur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étudiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre inactif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5♦ Nombre d'autres enfants de moins de 18 ans vivant régulièrement au foyer

- Au total sans l'enfant hospitalisé
De - de 12 ans
De + de 12 ans

59♦ Si vous êtes resté dormir, vous a-t-on demandé d'effectuer certains gestes la nuit (prise de température, administration d'un médicament...)?

- Oui Non

60♦ Alors que vous étiez auprès de votre enfant, vous a-t-on encouragé à sortir de l'hôpital pour vous changer d'air, vous reposer, ... ?

- Jamais Parfois Souvent Régulièrement
 Je sortais selon mes besoins

61♦ Comment avez-vous interprété cette proposition ?

- Plutôt comme une attention à votre égard, pour vous permettre de vous reposer, de vous ressourcer
 Plutôt comme une envie de vous voir partir, de vous éloigner de votre enfant parce que vous gênez...
 Autre (précisez):

62♦ Si vous êtes resté dormir, êtes-vous satisfait des conditions matérielles d'accueil ?

- Très satisfait Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

SATISFACTION GLOBALE

63♦ Êtes-vous globalement satisfait de la façon dont vous avez été accueilli à l'hôpital ?

- Très satisfait Assez satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

64♦ Quel est votre niveau de satisfaction sur les points suivants... ?

	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait	Ne sait pas
La compétence médicale de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité et l'écoute de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations données sur le diagnostic, la pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'attention donnée à vos besoins de parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les efforts pour améliorer le confort, la décoration du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES CONDITIONS MATÉRIELLES D'ACCUEIL

52♦ **En dehors de la chambre dans laquelle se trouve votre enfant, avez-vous eu accès à... ?**

- Une salle de détente spécifique pour les parents
- Un coin parents
- Une pièce pour allaiter
- Une salle pour les enfants (salle de jeux, salle à manger, de classe, ...)

53♦ **Vous a-t-on proposé de rester dormir auprès de votre enfant ?**

- Oui
- Non

54♦ **Avez-vous demandé à rester la nuit près de votre enfant ?**

- Oui
- Non

55♦ **Si non, pour quel(s) motif(s) ?** *(Plusieurs raisons possibles)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Motif professionnel | <input type="checkbox"/> Éloignement du domicile |
| <input type="checkbox"/> Plus de place disponible annoncée | <input type="checkbox"/> Coût de la chambre parent-enfant |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) enfant(s) à charge | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Confiance dans l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> Enfant suffisamment grand |
| <input type="checkbox"/> Enfant qui connaît déjà le service | <input type="checkbox"/> Votre enfant ne le souhaite pas |
| <input type="checkbox"/> Présence pas indispensable | <input type="checkbox"/> Ne savait pas que c'était possible |
| <input type="checkbox"/> On ne m'y a pas encouragé | <input type="checkbox"/> Hospitalisée dans la maternité de l'hôpital |
| <input type="checkbox"/> Autre <i>(précisez)</i> : | |

56♦ **S'il ne restait plus de chambre parent-enfant disponible, avez-vous pu rester dormir à proximité de votre enfant, si vous le souhaitiez ?**

Dans le service :

- Dans un lit normal
- Dans un lit d'appoint, pliant
- Sur un matelas
- Dans un fauteuil-relax inclinable
- Dans un fauteuil non inclinable
- Sur une chaise

A proximité de l'hôpital :

- Dans la maison des parents
- Dans un foyer d'accueil
- Dans un hôtel

57♦ **Dans le service, y-a-t-il possibilité pour les parents...**

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| D'avoir une boisson chaude | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| D'avoir une boisson fraîche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| De faire réchauffer un plat | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| De garder de la nourriture au frais | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

58♦ **Si vous êtes venu avec votre véhicule, avez-vous pu le garer dans le parking de l'hôpital ?**

- Oui, facilement
- Oui, mais difficilement
- Non, il n'y a jamais de place
- Non, il n'y avait pas de parking visiteurs

VOTRE ENFANT ET SON ADMISSION

6♦ **Arrivée à l'hôpital**

..... / /

jour mois année

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Mercredi | <input type="checkbox"/> Jeudi |
| <input type="checkbox"/> Vendredi | <input type="checkbox"/> Samedi | <input type="checkbox"/> Dimanche | |
| <input type="checkbox"/> Le matin | <input type="checkbox"/> L'après midi | <input type="checkbox"/> Le soir | <input type="checkbox"/> La nuit |

7♦ **L'enfant hospitalisé est...**

- Un garçon
- Une fille

8♦ **Âge de l'enfant hospitalisé** ans mois jours *(pour les bébés en néonate)*

9♦ **L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé auparavant ?** *(en dehors de la naissance)*
(plusieurs réponses possibles)

- Oui, dans le même service
- Oui, dans le même hôpital mais dans un autre service
- Oui, dans un autre hôpital
- Non *(si non, passez à la question 12)*

10♦ **Si oui à la question 9 : approximativement combien de fois l'enfant a-t-il été hospitalisé auparavant ?** *(en dehors de la naissance)*

- Entre 1 et 5 fois
- Entre 6 et 10 fois
- Plus de 10 fois

11♦ **Était-ce pour des hospitalisations de...**

- moins d'une semaine
- 1 à 4 semaines
- plus de 4 semaines

12♦ **Motif de l'hospitalisation actuelle**

Hospitalisation programmée

- Traitement médical
- Bilan ou examen
- Opération

En urgence

- Maladie
- Accident, traumatisme
- Opération
- Naissance prématurée
- Autre *(précisez)*:

13♦ **Durée du séjour prévue**

- une seule journée
- jours
- semaines
- mois
- Ne sait pas

- 14♦ Pour cette hospitalisation, êtes-vous passé par les urgences de l'hôpital avant d'arriver dans ce service ?**
- Oui, urgences mixtes (adultes et enfants) Oui, urgences pédiatriques
 Non (si non, passez à la question 18)
- 15♦ Combien de temps avez-vous attendu aux urgences avant que l'enfant soit examiné par un médecin ou par un interne ?**
- Moins de 15 minutes De 15 à 30 minutes De 30 minutes à 1 heure
 De 1 à 2 heures Plus de 2 heures
- 16♦ Avez-vous été tenu informé des motifs de l'attente ?**
- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout
- 17♦ Y a-t-il eu transmission de l'information entre le service des urgences et le service dans lequel votre enfant a été hospitalisé ?**
- Oui Non Ne sait pas
- 18♦ Votre arrivée dans le service d'hospitalisation vous a-t-elle semblé attendue ?**
- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout
- 19♦ Les membres du service d'hospitalisation (médecins, infirmières, aides soignants...) ont-ils été accueillants ?**
- Tous La plupart Quelques-uns Aucun
- 20♦ Où se sont faites les formalités d'admission ? (plusieurs réponses possibles)**
- Aux urgences
 Dans le service
 Dans d'autres bureaux mais dans le même bâtiment
 Dans un autre bâtiment de l'hôpital

INFORMATION AUX PARENTS

- 21♦ Vous a-t-on clairement dit qui était le médecin ou l'infirmière de référence à qui vous adresser, pour avoir des informations sur l'état de santé de votre enfant ?**
- Oui Non
- 22♦ Les personnels soignants se présentent-ils (nom, prénom, fonction) la première fois qu'ils entrent dans la chambre de l'enfant ?**
- Tous La plupart Quelques-uns Aucun

- 44♦ Sur proposition ou à votre demande, pouvez-vous participer aux gestes quotidiens suivants ?**

	Oui, uniquement en présence d'un soignant	Oui, tout seul	Non
Laver, changer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de température, pesée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 45♦ Si vous avez assisté à un soin, vous a-t-on préparé à ce qui allait se passer ? (si non, passez à la question 49)**
- Oui, tout à fait Oui, plutôt
 Non, plutôt pas Non, pas du tout
- 46♦ Vous a-t-on expliqué ce que vous pouviez faire et ce que vous ne deviez pas faire ?**
- Oui Non
- 47♦ Vous a-t-on mis à l'aise ?**
- Oui, tout à fait Oui, plutôt
 Non, plutôt pas Non, pas du tout
- 48♦ Aviez-vous la possibilité de quitter la salle de soin si vous le souhaitiez ?**
- Oui Non Ne sait pas
- 49♦ Lors d'un soin, ou d'une façon générale, avez-vous le sentiment que vous avez plutôt été considéré par l'équipe soignante comme ? (Plusieurs réponses possibles)**
- Un partenaire Un visiteur
 Un gêneur Une aide
 Un porte-parole de votre enfant Une personne digne de confiance
 Une personne indispensable Transparent, inexistant
 Un mauvais parent
- 50♦ Si vous avez dû laisser votre enfant momentanément ou pour la nuit, ou si vous aviez dû le faire, quel degré de confiance accordez-vous à l'équipe soignante ?**
- Tout à fait confiant Plutôt confiant
 Plutôt pas confiant Pas du tout confiant
- 51♦ Vous a-t-on posé des questions sur les habitudes, le caractère, le comportement habituel de votre enfant ?**
- Souvent Parfois Jamais

PRÉSENCE ET RÔLE DES PARENTS

39♦ Y a-t-il des horaires de visite annoncés ou affichés ?

- Oui Pas pour les parents Non

40♦ De quelle manière les horaires de visite sont-ils appliqués ?

- Très strictement Strictement Plutôt soupagement Très soupagement

41♦ Ces horaires sont-ils satisfaisants ?

- Oui
 Non, pas assez tard le soir
 Non, pas adaptés à mon travail ou à mes possibilités
 Non, la plage horaire est trop courte
 Non, pour une autre raison, (*précisez*):

42♦ Si vous l'avez souhaité, avez-vous pu joindre votre enfant... ?

- Par téléphone Par Internet, par minitel
 Je n'ai pas pu le joindre Je n'ai pas cherché à le joindre (ex. enfant trop petit)

43♦ Dans ces différentes périodes ou situations, votre présence auprès de votre enfant est-elle... ?

	Imposée	Proposée/ encouragée	Découragée	Interdite	Non confronté à cette situation
Le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'après midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire dans la salle d'endormissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bloc opératoire dans la salle de réveil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la chambre pendant la visite médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant certains soins ou examens (prise de sang, pose de perfusion, injection de médicament...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant des soins courants (soins de pansements, ablation de fils ou d'agrafes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant des soins ou examens douloureux ou impressionnants (ponction lombaire, myélogramme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour assister à un examen radiologique (radio, IRM, scanner, cystographie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23♦ Leur nom est-il noté sur leur blouse ou sur un badge ?

- Oui, et c'est facilement lisible
 Oui, mais c'est difficile à lire
 Non, ce n'est pas noté

24♦ Avez-vous pu facilement repérer les médecins, les infirmières, les aides-soignants, les étudiants... ?

- Oui, facilement Oui, après quelques temps Oui, pour certains
 Non, pas vraiment (*passer à la question 26*)
 Non, pas du tout (*passer à la question 26*)

25♦ Si oui à la question 24, comment avez-vous repéré les différentes catégories de personnel ?

- Grâce à la blouse
 Grâce aux badges
 Grâce aux étiquettes sur les blouses
 Grâce à des photos avec leurs noms affichés sur un panneau
 Parce qu'ils se sont présentés
 Grâce à des accessoires (stéthoscope,...)
 Autre (*précisez*):

26♦ Vous a-t-on expliqué ?

	Oui, sans que vous ayez eu à le demander	Oui, à votre demande	Non, bien que vous l'avez demandé	Non et vous n'avez pas cherché à savoir
La maladie de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment évoluait son état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand il sortirait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'il y a eu opération :				
• comment allait se dérouler l'opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• quand elle a commencé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• quand elle s'est terminée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• comment s'était déroulée l'opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'il y a eu examen, un soin :				
• qu'il allait avoir lieu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• comment il se déroulerait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• quels en étaient les résultats ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27♦ Avez-vous obtenu, vous ou une autre personne s'occupant de l'enfant, des renseignements par téléphone sur l'état de santé de votre enfant ?

- Oui, vous en avez eu
- Vous avez essayé d'en avoir, mais sans succès
- Vous n'avez pas cherché à en avoir
- Inutile puisque je reste avec l'enfant

28♦ En général, qui vous a donné le plus d'informations sur la maladie, les traitements...

- Médecins
- Cadres infirmiers ou surveillantes
- Infirmières ou puéricultrices
- Sage-femme
- Psychologues
- Kinésithérapeutes
- Auxiliaires puéricultrice ou aides soignants
- Autre (précisez):

29♦ Le médecin vous a annoncé le diagnostic et/ou expliqué le traitement de votre enfant...

- Dans la chambre de l'enfant
- Dans un bureau
- Dans le couloir
- Dans le poste de soin
- Autre (précisez):
- Pas eu d'explication (passez à la question 31)

30♦ Était-ce dans l'intimité ?

- Oui
- Non

31♦ Votre enfant a-t-il été également informé de son état de santé ?

- Oui, en votre présence
- Oui, mais vous n'étiez pas présent
- Non
- Ne sait pas

32♦ Si oui, cette information vous a-t-elle paru adaptée au degré de compréhension de l'enfant ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Pas du tout

33♦ Avez-vous pu visiter le service ou le bloc opératoire avant l'hospitalisation, si elle était programmée ?

- Oui, sur proposition du service
- Oui, à votre demande
- Non, ce n'était pas proposé
- Non, vous ne l'avez pas souhaité ou ne pouviez pas

34♦ Concernant la maladie et les traitements de votre enfant, est-ce que tout le monde vous donne les mêmes informations ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

DOCUMENTATION

35♦ Vous a-t-on remis les documents suivants ? Si oui, les avez-vous lus et vous ont-ils parus clairs ?

	On vous l'a remis		Vous l'avez lu		Vous êtes satisfait de la clarté	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Un livret d'accueil de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un livret d'accueil du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des feuillets d'information concernant la maladie, les soins ou examens de votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un document d'information sur la prise en charge de la douleur des enfants dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des documents d'information pour votre enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36♦ Avez-vous eu connaissance des informations suivantes grâce à des documents écrits ou affichés dans le service ?

	Oui	Non
La charte du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La charte de l'enfant hospitalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une liste des associations intervenants dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nom de la personne à contacter pour la commission de conciliation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nom du représentant des usagers au conseil d'administration de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une liste, un schéma, un organigramme présentant l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des photos de l'équipe soignante avec leurs fonctions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des lettres, des photos, des dessins... envoyés par d'autres parents et enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des informations sur les maladies soignées dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37♦ Y a-t-il un tableau d'affichage avec des informations destinées aux parents ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

38♦ Que pensez-vous de la documentation donnée dans le service ? Elle est... (plusieurs réponses possible)

- En quantité suffisante
- Trop d'informations
- Trop compliquée, difficilement lisible
- En quantité insuffisante
- Information ne me concernant pas
- Ancienne, pas à jour
- Mal installée, mal placée
- Bien mise en valeur, accessible
- Variée
- Très intéressante