



**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



## 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

