



2  
JUN

LILLE  
NOUVEAU  
SIÈCLE



4<sup>e</sup> JOURNÉE  
des consultations  
dédiées Handicaps



SOFCODH  
Société Française des  
Consultations Dédiées Handicaps



# Construction d'un outil de mesure de la satisfaction de l'utilisateur au sein des Handiaccès bretons

Claire LAFOREST, Breizh Santé Handicap

Audrey DEVALLET, Handiaccès 35





# Breizh Santé Handicap

- ✓ Amélioration de la prise en charge et de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, en Bretagne, de la naissance à l'âge adulte, et ce quel que soit le type de handicap :
- En fédérant les acteurs bretons impliqués dans le champ du soin et du handicap,
- En s'appuyant notamment sur l'expertise des différents centres de référence, centres de ressources, dispositifs d'appui à la coordination, communautés 360°, etc..., pour remplir ses missions.



# Missions de Breizh Santé Handicap

- ✓ Structure régionale d'appui aux professionnels/acteurs du soin et du handicap : pas de réalisation de soins ni d'accompagnement d'usagers
- ✓ Thématiques d'action :
  - Prévention
  - Formation
  - Accès à l'expertise
  - Appui à la coordination et aux coopérations
  - Accès à la recherche, aux traitements et prises en soin innovants



# Missions de Breizh Santé Handicap

✓ Structure régionale d'appui aux professionnels/acteurs du soin et du handicap :  
pas de soins réalisé ni d'accompagnement des usagers

✓ Thématiques d'action :

- Prévention
- Formation
- Accès à l'expertise
- **Appui à la coordination et aux coopérations**
- Accès à la recherche, aux traitements et prises en soin innovants

- ✓ Interconnaissance et partage/harmonisation des pratiques des consultations dédiées :
  - COPIL régional Handiaccès
  - Groupes de travail thématiques





# Groupe de travail « Echanges de pratiques »


- ✓ Echanges entre infirmières de coordination des 4 Handiaccès bretons
- ✓ Réunions trimestrielles en visioconférence
- ✓ Partage d'expériences (difficultés rencontrées sur des situations), partage d'outils de travail (fiche de recueil d'informations,...)





# Outil de mesure de satisfaction des usagers/aidants


**Dispositif Handiacès29**

Etes-vous satisfait :

  
très satisfait(e)

  
satisfait(e)

  
Peu satisfait(e)

  
Pas du tout satisfait(e)

1/ De votre accueil, votre écoute par le dispositif handiacès29 ?

2/ De la réponse du dispositif à votre demande ?

**Le dispositif handiacès29 a-t-il permis de faciliter l'accès aux soins ?**

Oui  
 Non

Note :    /10

**Questionnaire de satisfaction**

**Handiacès29**

Madame, Monsieur,

Nous vous serions reconnaissants de prendre quelques minutes pour répondre à cette enquête.

Votre opinion nous aidera à améliorer la prise en charge des patients.

Ce document est à expédier à l'adresse suivante :

Fondation Ildys -site de Ty Yann  
 Handiacès29  
 Rue Alain Colas  
 29200 Brest







**Direction Adjointe Hospitalisation et Autonomie**  
 Jean-Paul Remeur  
 Dr Gwénaelle Corbé


**Indicateurs pour le suivi de l'activité des HANDIACCES**


**Dispositif Handiacès22**

Etes-vous satisfait :

  
très satisfait(e)

  
satisfait(e)

  
Peu satisfait(e)

  
Pas du tout satisfait(e)

1/ De votre accueil, votre écoute par le dispositif handiacès22 ?

2 / De la réponse du dispositif à votre demande ?

**Le dispositif handiacès22 a-t-il permis de faciliter votre accès aux soins ?**

Oui  
 Non

Autres commentaires : \_\_\_\_\_

Note :    /10

**Questionnaire de satisfaction**

**HANDIACCES22**

Madame, Monsieur,

Nous vous serions reconnaissants de prendre quelques minutes pour répondre à cette enquête.

Votre opinion nous aidera à améliorer la prise en charge des patients.

Ce document est à expédier à l'adresse suivante :

Handiacès22  
 36 chemin de Kerpuns  
 22500 Paimpol




































# Outil de mesure de satisfaction des usagers/aidants

- ✓ Réunions les 20/09/2021 et 29/11/2021
- ✓ Echanges/relecture par mail
- ✓ Création d'un **outil multimodal** en 3 formats (simplifié, complet, dématérialisé) adaptable selon le type d'intervention/destinataire :  
1<sup>re</sup> version disponible le 09/12/2021

# Questionnaire rapide de votre satisfaction

## Dispositifs Handiaccès Bretagne

Cochez la case correspondant à votre niveau de satisfaction

<b>VOUS ETES</b>	<input type="checkbox"/> patient 	<input type="checkbox"/> aidant familial 	<input type="checkbox"/> professionnel 	<input type="checkbox"/> présent lors de la consultation	<input type="checkbox"/> absent lors de la consultation
<b>TYPE DE HANDICAP</b> <i>de la personne concernée</i>	<input type="checkbox"/> cognitif 	<input type="checkbox"/> moteur 	<input type="checkbox"/> psychique 	<input type="checkbox"/> sensoriel 	<input type="checkbox"/> déficience intellectuelle 
	<input type="checkbox"/> troubles du spectre de l'autisme 	<input type="checkbox"/> autres troubles du neuro-développement	<input type="checkbox"/> polyhandicap	précisions ou autre handicap :	
<b>AGE</b> <i>de la personne concernée</i>	<input type="checkbox"/> 0-17 ans	<input type="checkbox"/> 18-29 ans	<input type="checkbox"/> 30-44 ans	<input type="checkbox"/> 45-59 ans	<input type="checkbox"/> ≥ 60 ans
<b>LIEU DE VIE PRINCIPAL</b> <i>de la personne concernée</i>	<input type="checkbox"/> domicile seul et autonome	<input type="checkbox"/> domicile dans sa famille	<input type="checkbox"/> domicile avec accompagnement medico-social	<input type="checkbox"/> hébergement en établissement spécialisé	autre :
<b>MOTIF DE RECOURS</b> <i>au dispositif Handiaccès</i>	<input type="checkbox"/> difficulté d'accès aux soins	<input type="checkbox"/> problème d'accessibilité des lieux de soins	<input type="checkbox"/> refus de prise en soin	<input type="checkbox"/> aucune solution de soins	<input type="checkbox"/> mutualisation des soins
<b>SPECIALITE MEDICALE</b> <i>consultée</i>	<input type="checkbox"/> Bilan de santé général 	<input type="checkbox"/> Dentaire 	<input type="checkbox"/> Gynécologie 	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie 	autre :
<b>DELAI D'ATTENTE AVANT LE 1er CONTACT</b>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> ?
<b>SATISFACTION GLOBALE POUR L'ACCUEIL</b>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> ?
<b>SATISFACTION GLOBALE PRISE DE CONTACT</b>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> ?
<b>SATISFACTION GLOBALE POUR LA PRISE EN SOIN</b>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> ?
<b>AMELIORATION DE VOTRE ACCES AUX SOINS</b>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> ?

**AUTRES COMMENTAIRES :**





2  
JUIN

LILLE  
NOUVEAU  
SIÈCLE

# Questionnaire de satisfaction Dispositifs Handiacès Bretagne

Cochez la case correspondant à votre niveau de satisfaction

1. MIEUX VOUS CONNAITRE					
VOUS ETES	<input type="checkbox"/> patient	<input type="checkbox"/> aidant familial	<input type="checkbox"/> professionnel	<input type="checkbox"/> présent lors de la consultation	<input type="checkbox"/> absent lors de la consultation
TYPE DE HANDICAP de la personne concernée	<input type="checkbox"/> cognitif	<input type="checkbox"/> moteur	<input type="checkbox"/> psychique	<input type="checkbox"/> sensoriel	<input type="checkbox"/> déficience intellectuelle
	<input type="checkbox"/> troubles du spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/> autres troubles du neuro-développement	<input type="checkbox"/> polyhandicap	précisions ou autre handicap :	
AGE de la personne concernée	<input type="checkbox"/> 0-17 ans	<input type="checkbox"/> 18-29 ans	<input type="checkbox"/> 30-44 ans	<input type="checkbox"/> 45-59 ans	<input type="checkbox"/> ≥ 60 ans
LIEU DE VIE PRINCIPAL de la personne concernée	<input type="checkbox"/> domicile seul et autonome	<input type="checkbox"/> domicile dans sa famille	<input type="checkbox"/> domicile avec accompagnement medico-social	<input type="checkbox"/> hébergement en établissement spécialisé	autre :
MOTIF DE RECOURS au dispositif Handiacès	<input type="checkbox"/> difficulté d'accès aux soins	<input type="checkbox"/> problème d'accessibilité des lieux de soins	<input type="checkbox"/> refus de prise en soin	<input type="checkbox"/> aucune solution de soins	<input type="checkbox"/> mutualisation des soins
SPECIALITE MEDICALE consultée	<input type="checkbox"/> Bilan de santé général	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	autre :
2. PRISE DE CONTACT					
DELAI D'ATTENTE AVANT LE 1er CONTACT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente avant la première consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de transport (Véhicule personnel, d'établissement, bon de transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE PRISE DE CONTACT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ACCUEIL					
Accueil dans les locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalisation, stationnement et accessibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aménagement des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps passé en salle d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE POUR L'ACCUEIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PRISE EN SOIN					
Qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations et explications par les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte du handicap dans les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte de l'accompagnant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION GLOBALE POUR LA PRISE EN SOIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. LE DISPOSITIF HANDIACCES					
Personnalisation de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réponse à votre demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amélioration de votre accès aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres commentaires :					

FCODH  
Française des  
Associations Dédiées Handicaps



2  
JUN

LILLE  
NOUVEAU  
SIÈCLE

## Questionnaire de satisfaction dispositifs Handiaccès Bretagne

Pas le temps de remplir le questionnaire de satisfaction?

Flashez le code et remplissez-le un peu plus tard!



Si besoin, contactez le dispositif handiaccès de votre département  
au 02 99 88 77 66 ou par mail à [handiacces@bretagne.bzh](mailto:handiacces@bretagne.bzh)

le QR code renvoie vers un questionnaire de satisfaction en ligne.

exemple de questionnaire en ligne sur le compte du réseau :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5loh8BmWfK7qwrPTYZkvr3t8RcQ9Pzb4RNRoybHM9xEarYA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe5loh8BmWfK7qwrPTYZkvr3t8RcQ9Pzb4RNRoybHM9xEarYA/viewform?usp=sf_link)

FCODH  
française des  
Associations Dédicées Handicaps





## Retour d'expérience Handiaccès 35

- ✓ **Depuis quand?** Outil de la mesure de satisfaction mis en place en mars 2022
- ✓ **Comment?** Envoi des questionnaires par mail ou par courrier; accompagnement dans le remplissage du questionnaire pour les patients en Hospitalisation Complète
- ✓ **A quel moment?** En fin de semaine = envoi des questionnaires aux patients/aidants... ayant eu une consultation dans la semaine



## Quel bilan après 3 mois d'utilisation?

- ✓ Environ 28% de retours
- ✓ Peu de retours lorsque le questionnaire est envoyé par courrier (<10%)
- ✓ Item « mode de transport » peu renseigné = formulation probablement à préciser
- ✓ Format « Flash code » peu utilisé au sein d'Handiaccès 35





Merci aux membres du groupe de travail :

Céline CONDEMINE (Handiaccès Morbihan), Audrey DEVALLET (Handiaccès 35),  
Lydie GODEC (Handiaccès 22), Stéphanie LEPOITTEVIN (Handiaccès 22), Sonia  
PRONOST (Handiaccès 29), Justine RENAULT (Handiaccès 35)

Site internet Breizh Santé Handicap : [www.breizh-sante-handicap.fr](http://www.breizh-sante-handicap.fr)

