**Modèle de questionnaire de satisfaction intervenant.e**

*A usage d’équipes qui souhaitent mettre en place un questionnaire de satisfaction intervenant.e*

*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\**

1. **Date de remplissage du questionnaire :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. **Nom, prénom du professionnel :** (si anonymat retenu par l’équipe, le questionnaire ne sera pas rempli de façon manuscrite) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
3. **Quelle est votre satisfaction concernant les réunions d’équipe ?**

[ ]  Très insatisfait.e [ ]  Plutôt insatisfait.e [ ]  Plutôt satisfait.e [ ]  Très satisfait.e

 Commentaire/Proposition d’amélioration : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **La composition de l’équipe ETP vous satisfait-elle**(professionnels soignants, patient partenaire…)?

[ ]  Oui [ ]  Non
Pourquoi ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **En l’absence de patient.e partenaire, quelle est votre position par rapport à son intégration dans l’équipe ?**

[ ]  Pas du tout favorable [ ]  Plutôt favorable [ ]  Favorable [ ]  Très favorable

Merci de préciser votre point de vue ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Comment évaluez-vous la qualité des échanges et transmissions d’informations entre les intervenants de l’équipe**(à propos des bénéficiaires ou autre) ?

[ ]  Non satisfaisante [ ]  Moyennement satisfaisante [ ]  Satisfaisante [ ]  Très satisfaisante

Pourquoi ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Identifiez-vous un point fort de l’équipe qui est précieux et à conforter ?**

[ ]  Oui [ ]  Non
Si oui, lequel ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Identifiez-vous un point faible de l’équipe, sur lequel il faudrait travailler ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Avez-vous un commentaire ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

1. **Avez-vous un sentiment « d’utilité » lors de l’animation de votre atelier ?**

[ ]  Non [ ]  Plutôt non [ ]  Plutôt oui [ ]  Oui

Avez-vous un commentaire ? ……………………………………………………………………………………………..……….…

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

1. **Avez-vous identifié un point fort dans votre ou vos séance(s) ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Lequel ? ………………………………………………………………………..………………………………………………….……………..

1. **Avez-vous identifié un point faible dans votre ou vos séance(s) ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Lequel ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Que pourriez-vous personnellement faire évoluer, pour votre séance ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Quel(s) besoin(s) auriez-vous pour que votre séance puisse évoluer ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. **Selon vous, la présentation du programme ETP aux bénéficiaires, en amont de leur venue, est-elle adaptée** (clarté des supports de communication, bonne visibilité du contenu et déroulement …) ?

[ ]  Non [ ]  Moyennement [ ]  Plutôt oui [ ]  Oui

Voyez-vous des pistes d’amélioration : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



**Merci de votre**

**participation**