

Enquête de satisfaction – MATERNITE



Madame, Mademoiselle,

Afin de toujours améliorer la qualité de notre service, nous vous invitons à nous faire part de votre avis suite à votre séjour en maternité, au travers de ce questionnaire qui sera traité de manière tout à fait anonyme.

Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

VOUS ET VOTRE ACCOUCHEMENT

- Votre âge : _____ ans Est-ce votre 1^{er} enfant : Oui Non
- Cet accouchement était-il : spontané (naturel) induit (provoqué)
- Quelle a été la durée approximative du travail avant l'accouchement ? heure(s) Pas concernée
- A quelle heure approximative de la journée avez-vous accouché ? h min
- Votre bébé est-il né par césarienne ? Oui Non
Si oui, était-elle programmée à l'avance ? Oui Non
- Avez-vous bénéficié d'une péridurale pour cet accouchement ? Oui Non
Lors de l'accouchement, quel a été le délai entre la demande de votre péridurale et sa réalisation ? Moins d'1h
 Entre 1h et 2h
 Plus de 2h
- Vous a-t-on proposé un autre méthode de soulagement de la douleur (baignoire, ballon,...) ? Oui Non
Si oui, l'avez-vous utilisée ? Oui Non
- Avez-vous eu une épisiotomie pour cet accouchement ? Oui Non
- Votre gynécologue a-t-il/elle été rapidement averti(e) de votre admission à l'hôpital ? Oui Non Ne sais pas
L'avez-vous rencontré(e) pendant le travail ? Oui Non Pas concernée
- Votre gynécologue a-t-il réalisé votre accouchement ? Oui Non
Si non, qui a réalisé votre accouchement ? Un(e) autre gynécologue Un(e) sage-femme
 Un(e) assistant(e) médecin Un(e) stagiaire sage-femme
- Dans quel type de chambre avez-vous séjourné ? 1 lit 2 lits
Etait-ce votre demande ? Oui Non
- Avez-vous eu de la visite (famille, proches, ...) pendant votre séjour ? Peu Suffisamment Trop
- Votre bébé a-t-il séjourné dans votre chambre après l'accouchement ? Oui Non
Si non, pourquoi ?
- Allaitiez-vous votre bébé ? Oui Non
Si oui, avez-vous reçu des conseils avant ou après votre accouchement pour allaiter ? Oui Non
Avez-vous reçu des informations cohérentes à ce sujet au sein du service ? Oui Non
- Pourquoi avez-vous choisi cette maternité ? (Vous pouvez cocher **plusieurs réponses**) :

<input type="checkbox"/> Mon gynécologue y travaille	<input type="checkbox"/> Je suis venue en consultation dans l'hôpital
<input type="checkbox"/> L'hôpital a bonne réputation	<input type="checkbox"/> Le service de maternité a bonne réputation
<input type="checkbox"/> J'habite à proximité de l'hôpital	<input type="checkbox"/> Un proche y travaille
<input type="checkbox"/> J'étais satisfaite d'un accouchement précédent	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :

VOTRE PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT

- Avez-vous participé à des séances d'informations prénatales organisées par l'hôpital ? Oui Non
Si non, pourquoi ?
 Je n'ai pas reçu l'information Les sujets ne m'intéressaient pas
 Les horaires ne me convenaient pas Je ne pouvais pas me déplacer
 J'ai le sentiment d'être déjà bien informée J'y avais déjà participé lors d'une grossesse précédente
 Autre :
- Avez-vous visité le service de maternité avant votre accouchement ? Oui Non Via un film / Internet
- Avez-vous reçu les informations pratiques pour votre hospitalisation ? Oui Non
- Avez-vous reçu des informations sur les préparations spécifiques à l'accouchement ? Oui Non
- Avez-vous suivi une préparation spécifique à l'accouchement ? Oui Non
Si oui, la/lesquelles : Sophrologie Gym Globale avec une sage-femme Kiné
 Haptonomie Yoga Aquatique Autre :
Si oui, était-ce une préparation organisée par l'hôpital ? Oui Non

DURANT VOTRE GROSSESSE

- Où se sont principalement passées vos consultations gynécologiques durant votre grossesse ?
 A l'hôpital Dans un cabinet privé Autre :
- Etes-vous venue en consultation « Sage-femme » organisée par l'hôpital ? Oui Non

Par rapport à votre expérience, nous vous demandons de nous donner votre appréciation à propos de chaque élément cité, sur une échelle allant de 1 à 5 (1 = très insatisfaite à 5 = très satisfaite). Si vous n'êtes pas concernée par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer les lettres NC (= Non Concerné).

AVANT VOTRE SEJOUR POUR VOTRE ACCOUCHEMENT	Très insatisfaite		Très satisfaite			Non concerné
	☹	☺	1	2	3	
- La ou les consultation(s) chez votre gynécologue	1	2	3	4	5	NC
- La ou les consultation(s) chez la sage-femme de l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
- La ou les consultation(s) avec la consultante en lactation de l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
- La brochure d'informations de la maternité	1	2	3	4	5	NC
- La visite du service de maternité si réalisée	1	2	3	4	5	NC
- La préparation spécifique à l'accouchement si suivie à l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
- Les informations prénatales données lors des séances à l'hôpital concernant :						
- L'accouchement	1	2	3	4	5	NC
- L'alimentation de votre bébé	1	2	3	4	5	NC
- Le séjour à l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
- Le retour à domicile	1	2	3	4	5	NC
- Les informations pratiques concernant votre future hospitalisation	1	2	3	4	5	NC
- Les informations concernant les conditions financières de votre hospitalisation	1	2	3	4	5	NC

- Globalement, êtes-vous **satisfaite du suivi et des activités prénatales organisées par l'hôpital** ?
 ☹ Très insatisfaite Assez insatisfaite Neutre Assez satisfaite Très satisfaite ☺

Avez-vous des remarques ou suggestions à formuler pour améliorer le service proposé lors de votre grossesse ?

.....

LORS DU SEJOUR A LA MATERNITE POUR VOTRE ACCOUCHEMENT	Très insatisfaite			Très satisfaite		Non concerné
	☹		☺	☺	☺	
- L'accès au service de maternité	1	2	3	4	5	NC
- L'accueil dans le service de maternité	1	2	3	4	5	NC
AU BLOC D'ACCOUCHEMENT :						
- L'accueil de la maman	1	2	3	4	5	NC
- L'accueil de l'accompagnant	1	2	3	4	5	NC
- Les informations reçues au bloc d'accouchement	1	2	3	4	5	NC
- L'accompagnement par les sages-femmes	1	2	3	4	5	NC
- La prise en charge par le/la gynécologue	1	2	3	4	5	NC
- L'intervention de l'anesthésiste si appelé	1	2	3	4	5	NC
- L'attention portée à votre douleur	1	2	3	4	5	NC
- L'attention portée à votre intimité	1	2	3	4	5	NC
- Votre perception du déroulement de l'accouchement	1	2	3	4	5	NC
DANS LE SERVICE DE MATERNITE :						
- La courtoisie du personnel hospitalier	1	2	3	4	5	NC
- L'information reçue tout au long du séjour : - sur le déroulement de la journée	1	2	3	4	5	NC
- sur la nature des soins et examens	1	2	3	4	5	NC
- La sensibilité du personnel soignant : - à vos besoins	1	2	3	4	5	NC
- aux besoins de votre bébé	1	2	3	4	5	NC
- L'aide reçue dans la prise en charge de votre bébé (bain, toilette, alimentation,..)	1	2	3	4	5	NC
- Le respect du choix de l'alimentation de votre bébé	1	2	3	4	5	NC
- L'accompagnement pour allaiter ou pour donner le biberon	1	2	3	4	5	NC
- L'attention portée à associer l'accompagnant dans les soins de bébé	1	2	3	4	5	NC
- L'aspect du service de maternité (apparence, décor,...)	1	2	3	4	5	NC
- Le confort de la chambre : - pour vous et votre bébé	1	2	3	4	5	NC
- pour votre accompagnant	1	2	3	4	5	NC
- L'entretien des locaux (chambre, couloirs, salle de séjour,...)	1	2	3	4	5	NC
- La modernité des équipements hospitaliers	1	2	3	4	5	NC
- Les repas (qualité, quantité, variété,...) : - servis à la maman	1	2	3	4	5	NC
- proposés à l'accompagnant	1	2	3	4	5	NC
- Les services proposés autour de votre hospitalisation (cafétéria, boutique, ...)	1	2	3	4	5	NC
- Concernant les visites : - la planification des horaires	1	2	3	4	5	NC
- le respect de votre bien-être et de votre bébé	1	2	3	4	5	NC
- La possibilité de vous reposer quand vous le souhaitez	1	2	3	4	5	NC
- Le respect de votre intimité et de votre pudeur	1	2	3	4	5	NC
- La disponibilité du personnel soignant à votre égard	1	2	3	4	5	NC
- Le soulagement rapide de vos douleurs	1	2	3	4	5	NC
- La possibilité de rencontrer suffisamment : - le / la gynécologue	1	2	3	4	5	NC
- le / la pédiatre	1	2	3	4	5	NC
- La clarté des informations médicales reçues :						
- sur l'évolution de votre état de santé et votre traitement éventuel	1	2	3	4	5	NC
- sur l'évolution de l'état de santé de votre bébé	1	2	3	4	5	NC

LORS DU SEJOUR A LA MATERNITE POUR VOTRE ACCOUCHEMENT	Très insatisfaite			Très satisfaite		Non concerné
	☹		☺	☺	☹	
- Les explications reçues à propos du test de surdité de votre bébé	1	2	3	4	5	NC
- La réactivité du personnel soignant en cas de problème	1	2	3	4	5	NC
- Le sentiment de sécurité ressenti à l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
- La cohérence des informations reçues de la part des différents professionnels	1	2	3	4	5	NC
- La perception de la qualité des soins infirmiers	1	2	3	4	5	NC
- La perception de la qualité des soins médicaux	1	2	3	4	5	NC
- Les informations reçues pour la sortie de l'hôpital (conseils, prescriptions, suivi)	1	2	3	4	5	NC

EVALUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfaite de votre séjour dans le service de maternité** ?
 ☹ Très insatisfaite Insatisfaite Neutre Satisfaite Très satisfaite ☺
- Recommanderiez-vous ce service de maternité** à des proches ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- Si vous deviez à l'avenir être hospitalisé(e), **choisiriez-vous** notre hôpital ?
 ☹ Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement ☺
- Vous êtes-vous sentie considérée par le personnel comme une **réelle partenaire dans votre prise en charge** ?
 ☹ Pas du tout Plutôt pas Neutre Plutôt oui Certainement ☺

VOTRE RETOUR A DOMICILE

- Quelle a été la durée totale de votre séjour en maternité pour cet accouchement ? jours
- Pour des raisons de santé, votre bébé doit-il rester à l'hôpital ? Oui Non
 - Si oui, vous a-t-on proposé un séjour « sur place » ? Oui Non
 - Si oui, comptez-vous en profiter et rester à l'hôpital ? Oui Non
- Vous sentez-vous prête à quitter le service de maternité :
 - A) sur le plan physique ?
 Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement
 - B) sur le plan psychologique ?
 Certainement pas Probablement pas Neutre Probablement Certainement
- Comment ressentez-vous votre retour à domicile ? Trop précoce Au bon moment Trop tardif
- Avez-vous reçu des informations sur les possibilités d'aide à la sortie : - pour le suivi des soins ? Oui Non
- pour l'aide à domicile ? Oui Non

Durant votre séjour, le personnel de l'hôpital (dans son ensemble) :	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Sans avis
- s'est lavé ou désinfecté les mains avant d'effectuer des soins, examens, traitements et/ou intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a vérifié votre nom, prénom, date de naissance et bracelet d'identification lors des soins, examens, traitements et/ou intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a posé un bracelet d'identification au poignet de votre bébé et a vérifié son identité lors de sa prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques ou suggestions à formuler par rapport à votre séjour ou en vue de votre retour à domicile ?

.....
.....