

# Enquête de satisfaction aux URGENCES Site de Mons



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les circonstances vous ont amené(e) à être admis(e) dans notre service d'Urgences. Il est essentiel pour nous de connaître votre appréciation au terme de votre passage, en vue d'améliorer la qualité de nos services. Nous vous serions donc très reconnaissants de bien vouloir répondre à cette enquête et de ne pas oublier de le remettre dans la boîte-aux-lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Ce questionnaire est complété par :  le/la patient(e)     un proche du patient     les deux ensemble
- Age du patient : \_\_\_\_\_ ans    Sexe du patient :  féminin     masculin    Code postal du patient : \_\_\_\_\_
- Pour quel motif principal êtes-vous venu(e) aux urgences ?
  - Accident : =>     fracture(s)     foulure(s)     brûlure(s)     saignement     plaie(s)     autre : .....
  - Problème : =>     coeur     poumon     digestif     tête     yeux     psychologique  
de santé     fièvre     gynéco     urologie     oncologie     allergie(s)     autre : .....
- Vers quelle heure êtes-vous arrivé(e) aux urgences ?    ..... h ..... (ex : 08h si le matin et 20h si le soir)  
Quel jour ?  Lundi     Mardi     Mercredi     Jeudi     Vendredi     Samedi     Dimanche
- Etes-vous arrivé(e) aux urgences en ambulance ?     Oui     Non
- Avez-vous choisi de venir dans ce service d'urgences-ci ?  Oui     Non  
Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)
  - Envoyé(e) par votre médecin traitant     Envoyé(e) par un médecin spécialiste
  - Suite au conseil d'un proche     Par habitude
  - Pour être pris(e) en charge plus rapidement     Pour la proximité de l'hôpital
  - Pour la réputation de l'hôpital     Pour la réputation du service des urgences
  - Par satisfaction liée à une prise en charge antérieure     Par facilité de paiement
  - Dans le cadre de mon traitement ou de ma maladie     Autre : .....
- Rapidement après votre arrivée, avez-vous rencontré un soignant qui a orienté votre prise en charge selon l'urgence de votre cas ?     Oui     Non     Ne sais pas

Nous allons vous présenter ci-dessous une série d'affirmations. Par rapport à ce passage aux urgences, nous vous demandons d'apprécier chaque proposition sur une échelle de 1 à 5 (1 = très insatisfait à 5 = très satisfait). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer la lettre NC (= Non Concerné).

		Très insatisfait		Très satisfait		Non concerné
<b>Accès et accueil dans le service :</b>		☹	☺	☺		
- Accès au service des urgences (routier, parking, transport en commun,...)	1	2	3	4	5	NC
- Signalisation et repérage du service des urgences	1	2	3	4	5	NC
- Accueil au secrétariat du service (courtoisie, serviabilité...)	1	2	3	4	5	NC
- Discrétion du secrétariat à votre égard	1	2	3	4	5	NC
<b>Dans la salle d'attente :</b>						
- Apparence et confort de la salle d'attente	1	2	3	4	5	NC
- Possibilité d'occupation durant l'attente (TV, revues, jeux,...)	1	2	3	4	5	NC
- Information en cas d'attente prolongée avant le début de la prise en charge	1	2	3	4	5	NC
Estimation du temps d'attente avant le premier contact avec un(e) infirmier(e) ou un médecin						
<input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> < 15 min <input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> < 1h30 <input type="checkbox"/> < 2h <input type="checkbox"/> plus de 2h						
<b>Premier contact avec un(e) infirmier(e) ou un médecin</b>						
- Attitude du personnel lors de ce premier contact	1	2	3	4	5	NC
- Information sur le déroulement de la prise en charge	1	2	3	4	5	NC

- Avez-vous été accompagné(e) par un proche/ une connaissance :
  - lors de votre arrivée ?     Oui     Non
  - en salle de soins ?     Oui     Non

Suite de la prise en charge :	Très insatisfait					Très satisfait					Non concerné
	☹									☺	
- Aspect et propreté des locaux	1	2	3	4	5						NC
- Identification du personnel (badge, présentation,...)	1	2	3	4	5						NC
- Patience et courtoisie : - de l' / des infirmier(es)	1	2	3	4	5						NC
- du / des médecins	1	2	3	4	5						NC
- Attention portée à votre douleur tout au long de votre prise en charge	1	2	3	4	5						NC
- Clarté des informations médicales reçues	1	2	3	4	5						NC
- Possibilité de poser des questions sur votre état de santé	1	2	3	4	5						NC
- Attention portée à votre confort	1	2	3	4	5						NC
- Respect de votre intimité et de votre pudeur	1	2	3	4	5						NC
- Respect de la confidentialité des informations durant votre prise en charge	1	2	3	4	5						NC
- Information fournie à vos proches	1	2	3	4	5						NC
- Perception de la qualité de votre prise en charge par : - l'/les infirmier(es)	1	2	3	4	5						NC
- le /les médecin(s)	1	2	3	4	5						NC
- Information en cas d'attente prolongée dans la salle de soins	1	2	3	4	5						NC
- Prise en charge en cas d'examen ou de soins en dehors du service	1	2	3	4	5						NC

Estimation du temps d'attente en salle de soins avant d'être examiné(e) par un médecin :

- Immédiatement     < 15 min     < 30 min     < 1h     < 1h30     < 2h     plus de 2h

**Au terme de votre passage aux urgences :**

- Clarté des consignes à suivre (traitement, consultation éventuelle,...)	1	2	3	4	5	NC
- Transmission des documents éventuels (prescriptions, certificat médical,...)	1	2	3	4	5	NC
- Sentiment de sécurité au sein du service des urgences	1	2	3	4	5	NC

Estimation de la durée totale de votre passage aux urgences :

- < 30 min     < 1h     < 2h     < 4h     < 6h     plus de 6h     une nuit ou +

- Votre passage a-t-il entraîné une hospitalisation ?  Oui     Non     Ne sais pas
- A-t-on vérifié régulièrement votre identité lors de votre prise en charge ?  Oui     Non

**En cas de douleur :** pouvez-vous nous indiquer le plus objectivement possible le seuil de votre douleur sur une échelle allant de 0 (=douleur absente) à 10 (=douleur maximum imaginable) ?

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| - Au moment de votre arrivée aux urgences = <u>Entrée</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Au moment de votre départ des urgences = <u>Sortie</u> :  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- En cas de besoin, à quel moment votre douleur a-t-elle été prise en charge pour la première fois par le service ?

- En salle d'attente     En salle de soins     Après les examens     A la sortie     Jamais

- A-t-on réévalué votre douleur dans la suite de votre prise en charge ?  Oui     Non

### EVALUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre prise en charge aux urgences** ?  
 ☹ Très insatisfait(e)     Assez insatisfait(e)     Neutre     Assez satisfait(e)     Très satisfait(e) ☺
- **Recommanderiez-vous ce service des urgences** à un proche (famille, ami,...) ?  
 ☹ Certainement pas     Probablement pas     Neutre     Probablement     Certainement ☺
- Vous êtes-vous senti(e) considéré(e) par le personnel comme un(e) **réel(le) partenaire** dans votre prise en charge ?  
 ☹ Pas du tout     Plutôt pas     Neutre     Plutôt oui     Tout à fait ☺

Commentaires éventuels : .....