

# ENQUETE DE SATISFACTION

V2 Fév. 11

**Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer,** nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire avant votre départ. Vos réponses seront de précieux indicateurs pour l'évaluation et l'évolution de notre travail.

*Laissez de côté les questions pour lesquelles vous ne pouvez ou ne voulez pas répondre.*

**Vos réponses sont confidentielles.**

## *Guide de notation*

<i>Pas du tout d'accord</i>		<b>→</b>		<i>Tout à fait d'accord</i>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## APPEL TELEPHONIQUE

1. Le service des inscriptions est facile à joindre ..... [ ]
2. Les informations données sont pertinentes et claires ..... [ ]
3. Le personnel est aimable ..... [ ]

## L'INSCRIPTION

4. Le délai d'attente pour rencontrer la secrétaire est satisfaisant ..... [ ]
5. Les informations données sont pertinentes et claires ..... [ ]
6. La secrétaire des inscriptions est disponible et aimable ..... [ ]
7. Vous avez été informée des différentes préparations, des réunions d'information et de la possibilité de rencontrer une psychologue ..... [ ]
8. Vous avez été informée des conditions d'hospitalisation (informations pratiques et financières) ..... [ ]
9. Avez-vous reçu le livret d'accueil de la Maternité OUI [ ] NON [ ]
10. Les informations du livret répondent à vos questions ..... [ ]

## LES CONSULTATIONS

11. Le personnel de la réception est disponible et aimable ..... [ ]
12. Le personnel de la réception fait preuve de discrétion ..... [ ]
13. En consultation, l'intimité et la confidentialité sont respectées ..... [ ]

### ***Médecin Gynécologue Obstétricien***

14. Le délai d'attente pour avoir un RDV est satisfaisant.....[]  
15. Les horaires de RDV sont respectés.....[]  
16. Vous êtes satisfaite des consultations.....[

### ***Sage-femme***

17. Le délai d'attente pour avoir un RDV est satisfaisant.....[]  
18. Les horaires de RDV sont respectés.....[]  
19. Vous êtes satisfaite des consultations.....[

### ***Médecin Anesthésiste***

20. Le délai d'attente pour avoir un RDV est satisfaisant.....[]  
21. Les horaires de RDV sont respectés.....[]  
22. Vous êtes satisfaite des consultations.....[

### ***Psychologue***

23. Le délai d'attente pour avoir un RDV est satisfaisant.....[]  
24. Les horaires de RDV sont respectés.....[]  
25. Vous êtes satisfaite des consultations.....[

## **LA PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT**

26. Les informations relatives aux modalités d'accouchement faites par le médecin ou la sage-femme sont satisfaisantes.....[]  
27. Les préparations à l'accouchement ont répondu à vos attentes.....[

## **L'ACCOUCHEMENT**

28. Vous êtes satisfaite de l'accueil à votre arrivée.....[]  
29. Vous vous êtes sentie accompagnée tout au long de l'accouchement.....[]  
30. L'équipe a été attentive aux préoccupations et à la participation de votre conjoint.....[]  
31. Votre douleur est prise en compte et soulagée.....[]  
32. Vous êtes satisfaite de la prise en charge de l'anesthésiste.....[]  
33. Votre intimité lors de l'accouchement a été respectée.....[]  
34. Votre projet de naissance est respecté.....[]  
35. Vous estimez que votre enfant a reçu des 1ers soins de qualité.....[

## **LE BLOC OPERATOIRE (si vous avez accouché par césarienne)**

36. Vous êtes satisfaite de l'accueil au bloc opératoire.....[]  
37. L'équipe du bloc opératoire a su répondre à vos interrogations.....[]  
38. La relation mère-enfant a été respectée.....[

## LES SUITES DE COUCHES

39. Vous vous êtes sentie accompagnée dans la relation mère-enfant ..... [ ]
40. En matière d'allaitement (sein ou biberon), vous vous êtes sentie informée et soutenue par l'équipe ..... [ ]
41. L'équipe de jour est disponible et répond à vos attentes ..... [ ]
42. L'équipe de nuit est disponible et répond à vos attentes ..... [ ]
43. Vous êtes satisfaite de la prise en charge de l'obstétricien ..... [ ]
44. Les informations du pédiatre sur votre enfant, vous ont satisfaites ... [ ]
45. Vous êtes satisfaite de la prise en charge du pédiatre ..... [ ]
46. Vous estimez que votre enfant a reçu des soins de qualité..... [ ]
47. Vous avez pu faire les soins de votre enfant comme vous le souhaitez ..... [ ]
48. Votre douleur est prise en compte et soulagée ..... [ ]
49. Votre intimité est respectée ..... [ ]
50. La consultation de sortie a répondu à vos attentes ..... [ ]

## LES PRESTATIONS HOTELIERES

51. L'établissement est agréable..... [ ]
52. Les chambres sont confortables..... [ ]
53. L'hygiène des locaux est respecté ..... [ ]
54. Les plats proposés sont satisfaisants et variés ..... [ ]

## PRESTATIONS ADMINISTRATIVES DE FACTURATION

55. Le délai d'attente est satisfaisant ..... [ ]
56. Les informations données sont pertinentes et claires ..... [ ]
57. Le personnel du service de facturation est disponible et aimable ..... [ ]

## LE FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE

58. L'accès à la Maternité est aisé..... [ ]
59. Vous avez pu identifier les fonctions des différents intervenants ..... [ ]
60. L'ensemble du personnel de la Maternité a su être discret ..... [ ]
61. Les consignes de visite ont été clairement communiquées ..... [ ]
62. Vous estimez avoir reçu des soins de qualité ..... [ ]
63. Vous êtes satisfaite de votre séjour au sein de la Maternité ..... [ ]
64. Vous recommanderiez la Maternité à vos proches..... [ ]

**AVEZ-VOUS DES REMARQUES OU DES SUGGESTIONS ?**

*Ou un petit mot à partager sur le vécu de votre accouchement.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Ce questionnaire est terminé.*

*Merci de le remettre aux membres de l'équipe ou de nous le glisser dans la boîte de recueil présente à la réception. Vous pouvez aussi nous le poster.*

*Nous vous remercions de votre contribution.*

**APPEL A CANDIDATURE**

Il existe de nombreuses commissions au sein de la Maternité.

**CLIN** : *Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales*

**CLUD** : *Commission de Lutte contre la Douleur*

**COVIRIS** : *Commission des Vigilances et des Risques*

**CRUQPC** : *Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de Prise en Charge*

En tant qu'usagère de la Maternité des Lilas, **vous pouvez participer à la vie de l'établissement** en devenant membre d'une ou plusieurs commissions.

Pour ce faire, faites en part aux membres de l'équipe ou contacter la responsable assurance qualité : **[raq@maternité-des-lilas.com](mailto:raq@maternité-des-lilas.com)**