

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<sup>er</sup> 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 horaires ne me convenaient pas
  - J'ai le sentiment d'être déjà bien informée
  - Autre : .....
  - Les sujets ne m'intéressaient pas
  - Je ne pouvais pas me déplacer
  - J'y avais déjà participé lors d'une grossesse précédente
- 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).

<b>AVANT VOTRE SEJOUR POUR VOTRE ACCOUCHEMENT</b>	<b>Très insatisfaite</b> ☹				<b>Très satisfaite</b> ☺	<b>Non concerné</b>
- 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
<b>AU BLOC D'ACCOUCHEMENT :</b>						
- 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
<b>DANS LE SERVICE DE MATERNITE :</b>						
- 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
<b>- La clarté des informations médicales reçues :</b>						
- 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 précocé     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 présenté à vous en vous donnant son nom et sa fonction dans l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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 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 ?

.....

.....