Présentation du questionnaire

Le questionnaire ©Saphora-CE est la propriété intellectuelle du CCECQA. Le questionnaire ©Saphora-CE est en accès libre. La mention du copyright Saphora doit être écrite en toutes lettres sur les questionnaires, les publications et les présentations des auteurs en utilisant le texte suivant : Questionnaire CCECQA - ©Saphora-CE 2009

Indicateurs SAPHORA-CE	identification des questions
Satisfaction globale	Q1
Accès aux soins	Q2, Q3, Q4, Q5
Qualité des soins	Q6, Q7, Q8
Continuité des soins	Q9, Q01, Q11, Q12
Préparation de la sortie	Q13, Q14, Q15, Q16
Courrier de fin d'hospitalisation	Q17, Q18, Q19

Mode de calcul des indicateurs :

- calcul d'un score par item : affectation d'un barème à chaque modalité de réponse dont la valeur augmente avec le niveau de satisfaction (0-25-50-75-100)
- calcul de l'indicateur au niveau de chaque répondant : moyenne des scores pour chaque répondant
- calcul de l'indicateur au niveau de l'établissement : moyenne des valeurs sur l'ensemble des répondants
- exclusion des non réponses et des réponses « non concerné »

Interprétation : comme une note comprise entre 0 et 100

Les résultats complets de validation sont disponibles dans le rapport téléchargeable sur le site du CCECQA : « S. Domecq, S. Austruy, J.Viot, F. Cadiot, C. Pourin. Evaluation de la satisfaction des correspondants externes : validation d'un questionnaire d'enquête, résultats de l'enquête expérimentale et éléments de validation – rapport régional, mars 2009 ».

Pour mieux connaître le niveau de diffusion et d'utilisation de nos questionnaires, merci de retourner ce document par Mel ou Fax ou courrier postal aux coordonnées suivantes :

CCECQA - Hôpital Xavier Arnozan - 33 604 Pessac
Fax : 05.57.65.61.36 - Tél : 05 57 65 61 35 - www.ccecqa.asso.fr
catherine.pourin@ccecqa.asso.fr /sandrine.domecq@ccecqa.asso.fr

Pour mieux vous connaître

Votre Nom et prénom : Votre fonction :

Votre établissement :

Votre adresse postale :

Votre Mel : Votre tel :

Si vous avez publié vos résultats, merci de nous préciser les références de votre article :

Quels ont été vos choix méthodologiques ?
La taille de votre échantillon :
Le taux de réponse :
Votre mode de recueil :

Quelles ont été vos difficultés méthodologiques ?

Quelles ont été vos actions d'amélioration ?

Avez-vous des remarques à formuler ?

Logo ES

*Concernant les patients pris en charge **[au/à … Nom de l'établissement]**, nous vous remercions d'indiquer pour chacun des thèmes proposés votre niveau de satisfaction. Cochez une seule réponse par question exprimant le mieux votre ressenti vis-à-vis de notre établissement.*
Soyez aussi spontané et sincère dans vos réponses. Merci de votre coopération.

Satisfaction globale

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
1. Êtes-vous globalement satisfait des prises en charge réalisées au **[Nom de l'établissement] ?**	❑	❑	❑	❑	❑

A) Accès aux soins

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
2. Êtes-vous globalement satisfait de l'accès aux soins au **[Nom de l'établissement]** ?	❑	❑	❑	❑	❑	
En particulier, êtes-vous satisfait :						
3. du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une hospitalisation programmée ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
4. du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez une hospitalisation en urgence ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
5. du délai de prise en charge de vos patients lorsque vous demandez personnellement une consultation en urgence ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

B) Qualité des soins

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
6. Êtes-vous globalement satisfait de la qualité des soins dispensés au **[Nom de l'établissement]** ?	❑	❑	❑	❑	❑	
En particulier, êtes-vous satisfait :						
7. des prises en charge diagnostiques ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
8. des prises en charge thérapeutiques ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

***NC : non concerné** : utilisez cette modalité de réponse si vous pensez ne pas être concerné par cette question.

C) Continuité des soins

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
9. Êtes-vous globalement satisfait de la continuité des soins entre votre cabinet et le **[Nom de l'établissement]** ?	❑	❑	❑	❑	❑	
En particulier, êtes-vous satisfait :						
10. de la qualité des échanges d'information avec les médecins en charge de vos patients ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
11. de vos relations avec les médecins de notre établissement ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
12. du suivi proposé à vos patients ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

TSVP➔

D) Préparation de la sortie

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
13. Êtes-vous globalement satisfait de l'organisation de la sortie au **[Nom de l'établissement]** ?	❑	❑	❑	❑	❑	
En particulier, êtes-vous satisfait :						
14. de votre association à la planification de la sortie ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
15. des prises en charge sociales ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
16. de votre participation au projet thérapeutique de vos patients ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

E) Courrier de fin d'hospitalisation

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NC*
17. Êtes-vous globalement satisfait de la qualité du courrier de fin d'hospitalisation adressé par **[Nom de l'établissement]** ?	❑	❑	❑	❑	❑	
En particulier, êtes-vous satisfait :						
18. du délai de réception du courrier de fin d'hospitalisation ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
19. de l'information transmise concernant la date de sortie ?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

***NC : non concerné** : utilisez cette modalité de réponse si vous pensez ne pas être concerné par cette question.

Pour mieux vous connaître…

Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Vous exercez en tant que : ❑ Généraliste ❑ Spécialiste (précisez) : ……

Au cours du **dernier mois** combien de patients avez-vous adressés au **[nom ES]** ?

❑ Aucun ❑ Moins de 5 ❑ De 5 à 10 ❑ Plus de 10

Si « aucun », précisez la raison : ……

En général, rendez-vous visite à vos patients hospitalisés ? ❑ souvent ❑ parfois ❑ rarement ❑ jamais

Rencontrez-vous des difficultés pour effectuer cette visite ? ❑ souvent ❑ parfois ❑ rarement ❑ jamais

Si oui, préciser : ……

Quel est votre lien avec l'établissement ?

- ❑ Vous exercez actuellement une activité au **[nom ES]**
- ❑ Vous avez exercé une activité au **[nom ES]**
- ❑ Vous n'exercez pas et n'avez jamais exercé une activité au **[nom ES]**

Pensez-vous être suffisamment informé sur les différentes activités de notre établissement ?

- ❑ Oui, je suis suffisamment informé
- ❑ Non, je souhaite recevoir des informations
- ❑ Non et je ne souhaite pas recevoir d'information

Pensez-vous suffisamment connaître les médecins exerçant dans notre établissement et leurs activités ?

❑ Oui, de nombreux ❑ Oui, quelques uns ❑ Non, très peu ❑ Non, aucun

Selon vous, quel support de communication souhaiteriez-vous que notre établissement développe en priorité ?

- ❑ Communication par mail
- ❑ Site internet
- ❑ Organigramme/Annuaire des activités
- ❑ Rencontre au sein de l'établissement
- ❑ Autres, précisez : ……