



---

**ENQUÊTE  
DE SATISFACTION  
DES USAGERS EN MAISON  
DE SANTÉ  
PLURIPROFESSIONNELLE**

---

FEMAS HAUTS-DE-FRANCE  
20 AVENUE DE LA BERGERIE - 59114 STEENVORDE



FEMAS  
Hauts-de-France

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être pris en charge au sein de notre structure et nous souhaiterions connaître à travers ce questionnaire votre avis.

*Qu'est-ce qu'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ?*

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) regroupe **des soignants de proximité de ville d'une même zone géographique : médecins généralistes, auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, orthophonistes...) et pharmacien(s). L'objectif est de vous offrir en tant que patient, une prise en charge globale et coordonnée entre professionnels de santé et d'éviter toute rupture dans votre parcours de soins.**

*Quelles plus-values pour les patients ?*

En tant que patients d'une maison de santé, vous bénéficiez d'une prise en charge :

- **Globale** grâce à une équipe de soignants de proximité pluriprofessionnelle, la mise en place d'actions de prévention organisées et un accès facilité à des consultations de « 2nd recours » en ville
- **« Facilitée »** grâce à un accueil et un secrétariat unique et des professionnels de santé tous en secteur 1 (sans dépassement d'honoraire)
- **Coordonnée et sécurisée** par la mise en place un dossier patient partagé et informatisé, des réunions de coordination « cas patients » entre professionnels et des protocoles de prise en charge clinique
- **Continue les jours ouvrés « en journée »** grâce à une large amplitude horaire, des consultations de soins non programmés (« sans RDV») et la disponibilité d'un autre médecin généraliste en cas d'absence de votre médecin traitant ;

Oui ! En effet, la prise en charge est globale et coordonnée ! Tout un panel de professionnels de santé est regroupé dans un même lieu et/ou se concertent ensemble pour parler et améliorer la qualité du parcours de soins et de vie des patients qu'ils ont en commun. Cela se nomme **l'exercice coordonné**.

Le fait d'avoir plusieurs médecins généralistes et plusieurs autres professionnels de disciplines différentes permet aux patients de pouvoir obtenir une réponse à une demande de soins plus rapidement.

Chaque professionnel de santé peut alors solliciter un autre professionnel de santé si celui-ci s'alerte de l'état de santé et de la prise en charge de son patient. L'orientation vers le professionnel adéquat est facilitée.

**Des actions de sensibilisation et prévention** peuvent également avoir lieu au sein de la MSP : permanences vaccinales, consultations de sevrage tabagique, ateliers collectifs pour discuter entre patients et professionnels sur des questions de santé, ateliers d'activité sportive adaptée, etc...

Au sein d'une Maison de Santé, le rôle du patient est important et est un levier essentiel pour améliorer l'organisation et les actions de la structure.



*Un questionnaire comme 1<sup>er</sup> échange entre vos professionnels de santé et vous, patients!*

Votre participation est importante !

Ce questionnaire va permettre de mesurer votre degré de satisfaction en tant qu'utilisateur, d'analyser vos besoins et d'envisager la mise en place d'actions concrètes pour améliorer votre expérience en continu.

Il est par ailleurs anonyme afin de garantir toute confidentialité.

N'oubliez pas de répondre à l'ensemble des questions !

Vous pouvez également vous faire aider par une tierce personne si vous en ressentez le besoin.

## POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

---

**1. Vous êtes :** *(Une seule réponse possible)*

- Femme  Homme

**2. Votre tranche d'âge** *(Une seule réponse possible)*

- Entre 18 et 39 ans  Entre 60 et 74 ans  
 Entre 40 et 59 ans  75 ans et plus

**3. Êtes-vous suivi(e) par un des médecins du cabinet, si oui, merci de préciser lequel :**  
*(Une seule réponse possible)*

- Dr A  
 Dr B  
 Dr C  
 Non suivi(e) par un médecin de la Maison de Santé

**4. Si vous n'êtes pas suivi par un médecin de la maison de Santé, avez-vous un médecin traitant ?**  
*: (Une seule réponse possible)*

- Oui  
 Non

**5. Êtes-vous suivi(e) par d'autres professionnels de santé de la maison de santé ? Si oui, merci de préciser lesquels :** *(Plusieurs réponses possibles)*

- Mme A, infirmière  Mme G, orthophoniste  
 Mme B, infirmière  Dr H, chirurgien-dentiste  
 Mme C, sage-femme  Dr I, chirurgien-dentiste  
 M D, masseur-kinésithérapeute  Dr J, stomatologue  
 M E, masseur-kinésithérapeute  Dr K, stomatologue  
 Mme F, diététicienne

**6. Quelle est votre situation familiale ?** *(Une seule réponse possible)*

- Célibataire  Divorcé(e)  
 En couple  Veuf(ve)  
 Marié(e) / Pacsé(e)

**7. Votre situation** *(Une seule réponse possible)*

- Actif  Retraité(e)  
 Étudiant(e)  Sans activité  
 En invalidité

**8. Avez-vous une affection longue durée aussi appelée ALD, pour laquelle vos soins sont pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale (maladie ou problème de santé chronique)**  
*(Une seule réponse possible)*

- Oui  Non

**9. À quelle fréquence allez-vous à la maison de Santé ?**  
*(Une seule réponse possible)*

- Au moins une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- 3 à 5 fois par an

- Au moins une fois par mois
- 1 à 2 fois par an

## CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET L'ACCUEIL

---

**10. Comment trouvez-vous l'accès extérieur aux locaux de la maison de santé ? (Une seule réponse possible)**

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt pas facile
- Pas du tout facile

**Commentaire :**

---

---

---

**11. Que pensez-vous du stationnement ? (Une seule réponse possible)**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt insatisfait
- Pas du tout satisfait

**Commentaire :**

---

---

---

**12. Êtes-vous satisfait du contenu de la réponse donnée au téléphone par le secrétariat ? (Une seule réponse possible)**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Non concerné
- Plutôt insatisfait
- Pas du tout satisfait

**Merci de préciser votre réponse :**

---

---

---

**13. Êtes-vous satisfait de l'accueil qui vous est réservé par le secrétariat à votre arrivée ? (Une seule réponse possible)**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt insatisfait
- Pas du tout satisfait

**Commentaire :**

---

---

---

**14. Pensez-vous que l'aménagement intérieur des locaux soit adapté ? (Une seule réponse possible)**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Absolument pas

**Commentaire :**

---

---

---

**15. Pensez-vous que la signalétique au sein de la maison de santé soit suffisante ? (Une seule réponse possible)**

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Très clair   | <input type="checkbox"/> Peu clair         |
| <input type="checkbox"/> Plutôt clair | <input type="checkbox"/> Pas du tout clair |

**Commentaire :**

---

---

---

**16. Que pensez-vous de la propreté du cabinet ? (Une seule réponse possible)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait   | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait    |
| <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |

**Commentaire :**

---

---

---

**17. Pensez-vous que les salles d'attente soient accueillantes et suffisamment équipées ? (Une seule réponse possible)**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

**Commentaire :**

---

---

---

## **CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ DU CABINET**

---

**18. Êtes-vous satisfait du délai pour obtenir un rendez-vous avec votre médecin traitant ? (Une seule réponse possible)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait   | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait    |
| <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |

**Commentaire :**

---

---

---

**19. Êtes-vous satisfait du délai pour obtenir un rendez-vous avec les autres professionnels de la maison de santé que vous consultez ? (Une seule réponse possible)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait |
|---|---|

- Plutôt satisfait
- Non concerné

- Pas du tout satisfait

**Commentaire :**

---

---

---

**20. Que pensez-vous de la prise de rendez-vous en ligne ? (Une seule réponse possible)**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait

- Plutôt insatisfait
- Pas du tout satisfait
- Pas concerné

**Commentaire :**

---

---

---

**21. Que pensez-vous de la prise de rendez-vous par téléphone ? (Une seule réponse possible)**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait

- Plutôt insatisfait
- Pas du tout satisfait
- Pas concerné

**Commentaire :**

---

---

---

**22. Si vous n'êtes pas satisfait des délais de rdv avec votre médecin traitant, êtes-vous prêt à prendre rdv avec un autre médecin de la maison de santé ? (Une seule réponse possible)**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui

- Plutôt non
- Absolument pas

**Commentaire :**

---

---

---

**23. Quel est votre degré de satisfaction concernant le temps passé dans la salle d'attente ? (Une seule réponse possible)**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait

- Plutôt insatisfait
- Pas du tout satisfait

**Commentaire :**

---

---

---

**24. Êtes-vous satisfait des horaires d'ouverture de la maison de santé ? (Une seule réponse possible)**

- Très satisfait
- Plutôt satisfait

- Plutôt insatisfait
- Pas du tout satisfait

**Commentaire :**

---

---

---

**25. Vous est-il facile d'obtenir une consultation avec un médecin sans rendez-vous au préalable (consultation urgente) ? (Une seule réponse possible)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt non     |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui      | <input type="checkbox"/> Absolument pas |
|  | <input type="checkbox"/> Pas concerné   |

**Commentaire :**

---

---

---

## CONCERNANT LA PRÉVENTION

---

**26. Pensez-vous que les actions de prévention (dépistage, vaccination, aide à l'arrêt du tabac et de l'alcool...) soient suffisantes au sein de la maison de santé ? (Une seule réponse possible)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt non     |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui      | <input type="checkbox"/> Absolument pas |
| <input type="checkbox"/> Sans opinion    |   |

**En cas de réponse négative, quelles seraient les actions de prévention que vous souhaiteriez voir développer au sein de la MSP ?**

---

---

---

**27. Êtes-vous satisfait par les informations qui vous sont proposées sous forme de brochures ou d'affiches dans la salle d'attente ou à l'accueil ? (Une seule réponse possible)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait   | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait    |
| <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| <input type="checkbox"/> Sans opinion     |  |

**Commentaire :**

---

---

---

## CONCERNANT LE PARCOURS DE SOINS

---

**28. Êtes-vous satisfait par le suivi au long cours de vos problèmes de santé ? (Une seule réponse possible)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait   | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait    |
| <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |

**Commentaire :**

---

---

---

**29. Trouvez-vous un intérêt à ce qu'il y ait plusieurs professionnels de santé dans une même structure ?** *(Une seule réponse possible)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt non         |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui      | <input type="checkbox"/> Absolument pas     |
|  | <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas |

**Commentaire :**

---

---

---

## CONCERNANT LA QUALITÉ DES SOINS REÇUS

---

**30. Depuis que vous êtes suivi(e) à la maison de santé, avez-vous le sentiment que votre santé est mieux prise en charge ?** *(Une seule réponse possible)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt non         |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui      | <input type="checkbox"/> Absolument pas     |
|  | <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas |

**Commentaire :**

---

---

---

**31. Êtes-vous satisfait du temps que vous accorde votre médecin traitant durant la consultation ?** *(Une seule réponse possible)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait   | <input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait    |
| <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |

**Commentaire :**

---

---

---

**32. Certains médecins de la maison de santé pratiquent des examens complémentaires lors de leur consultation (frottis cervico-vaginal, électrocardiogramme, etc...), en êtes-vous satisfait ?** *(Une seule réponse possible)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt non     |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui      | <input type="checkbox"/> Absolument pas |
| <input type="checkbox"/> Non concerné    |   |

**Commentaire :**

---

---

---

## CONCERNANT LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN MAISON DE SANTÉ

---



**33. Si lors de consultations votre médecin traitant a été accompagné par des étudiants en médecine, avez-vous été satisfait de ces consultations en présence d'étudiants en médecine?**  
(Une seule réponse possible)

- Oui  Non  
 Sans opinion

**Commentaire :**

---

---

---

**CONCERNANT LA PLURIDISCIPLINARITÉ (c'est-à-dire la présence de plusieurs catégories de professionnels de santé au sein de la maison de santé)**

---

**34. Êtes-vous satisfait des catégories de professionnels présentes au sein de la maison de santé ?**  
(Une seule réponse possible)

- Oui tout à fait  Plutôt non  
 Plutôt oui  Absolument pas

**Commentaire :**

---

---

---

**35. Quelle(s) autre(s) catégorie(s) de professionnels de santé auriez-vous apprécié de trouver au sein de la maison de santé ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Cardiologue  Psychomotricienne  
 Pneumologue  Gynécologue-Obstétricien  
 Ergothérapeute  Autre : \_\_\_\_\_  
 Nutritionniste \_\_\_\_\_  
 Gastro-entérologue

**CONCERNANT VOTRE SATISFACTION GLOBALE**

---

**36. Recommanderiez-vous à un proche de consulter et de se faire suivre à la maison de santé ?**  
(Une seule réponse possible)

- Oui  Non  Sans opinion

**Commentaire :**

---

---

---

**37. Depuis que vous êtes suivi(e) à la maison de santé, avez-vous le sentiment de faire davantage attention à votre santé ? (Une seule réponse possible)**

- Oui tout à fait  Plutôt non  
 Plutôt oui  Absolument pas  
 Sans opinion

**Commentaire :**

---

---

---

**38. Que souhaiteriez-vous pour améliorer la maison de santé ?**

---

---

**MERCI BEAUCOUP pour le temps que vous avez accordé à ce questionnaire !**  
Vos réponses nous seront précieuses.

Prenez soin de vous.