

# QUESTIONNAIRE e-Satis 2015



e-Satis

## Bienvenue sur le site e-Satis

Dispositif national de mesure de la satisfaction du patient hospitalisé

Madame, Monsieur,

Suite à votre séjour dans le service de notre établissement, nous souhaitons recueillir votre opinion sur votre hospitalisation.

Ce questionnaire est totalement anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Vos réponses sont importantes car elles permettront d'améliorer la qualité de notre service aux patients.

Vous contribuerez aussi au calcul d'un indicateur national de la satisfaction des patients hospitalisés, rendu public sur le site internet ScopeSanté.

Si vous êtes d'accord pour répondre au questionnaire, cliquez sur le bouton ci-dessous (bouton actif pendant 12 semaines après votre sortie) :

[Commencer le questionnaire](#)

Si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire, [cliquez ici](#)

### **A l'attention des parents ayant eu leur enfant hospitalisé :**

Si votre enfant est âgé de moins de 14 ans, vous pouvez répondre au questionnaire à sa place en prenant en compte son hospitalisation.

Si votre enfant a entre 14 et 17 ans, vous pouvez répondre à sa place ou répondre avec lui.

Pour plus d'information, vous contacter le **numéro vert 0 800 xxx xxx** (appel gratuit depuis un poste fixe – numéro en Septembre 2015)

ou envoyer un mail à l'adresse [contact@e-satis.fr](mailto:contact@e-satis.fr)

Par avance merci de votre participation

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant auprès de l'ATIH : [Vous désinscrire](#)

---

## Généralités

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

---

**Vous avez été hospitalisé(e) pendant au minimum deux nuits consécutives dans un de nos services de médecine et/ou chirurgie et/ou maternité ?**

- Oui  Non

Si oui, nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

Si non, il n'est pas nécessaire de répondre au questionnaire, non adapté à votre hospitalisation. Nous vous remercions d'avoir répondu à ce mail.

---

**Ce questionnaire est rempli par :**

- Le patient  Un parent ou un proche  Le patient avec un parent ou un proche

Si vous êtes un parent ou un proche, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du patient lui-même

---

**Aviez-vous déjà été hospitalisé dans cet établissement ?**

- Non, jamais  Oui, il y a longtemps  Oui, récemment  Je ne me rappelle plus

Attention les questions suivantes portent sur votre dernier séjour dans cet établissement

---

## Votre Accueil

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

---

**Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation, ...) des personnes travaillant dans le(s) service(s) de soins (médecins, infirmiers(es), aide-soignants(es)...) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Lors de votre arrivée, avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?**

- Oui  Non  Je ne me souviens plus
- 

**Que pensez-vous de la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil pour les patients ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous été informé(e) de l'existence des représentants d'usagers dans l'établissement ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous de l'accessibilité de l'établissement de santé (transport, parking) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Globalement, quelle est votre appréciation de l'accueil dans le(s) service(s) (service des Urgences exclu) ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

---

## Votre Prise En Charge

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

---

**Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, vos soins, etc... ?**

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Les médecins ou les chirurgiens du service ont-ils répondu à vos questions ?**

- Je n'ai pas eu de questions à poser  Non, je n'ai eu aucune réponse à mes questions  Oui
- 

**Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins ou des chirurgiens du service ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous des possibilités de participation aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins ou des chirurgiens ?**

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ?**

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de votre hospitalisation ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous du soutien des médecins ou des chirurgiens qui vous ont pris en charge ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous du soutien des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s qui vous ont pris en charge ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous eu besoin d'aide pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer, ...) ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous de l'aide reçue pour les activités courantes ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

---

**Avez-vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de votre hospitalisation (malaise, perfusion débranchée, fin de perfusion, aller aux toilettes, ...) ?**

- Oui  Non
- 

**Quelle est votre appréciation du délai d'attente pour avoir de l'aide de façon urgente ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ?**

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Les médecins / chirurgiens parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?**

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Les infirmières / aide-soignant(e)s parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?**

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ?**

- Extrêmement intenses  Intenses  Modérées  Faibles  Pas de douleur
- 

**Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des inconforts liés à votre maladie (nausée, mauvaise position, vertiges, etc...) ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous de la façon dont ces inconforts ont été pris en charge ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

---

## Chambre Et Repas

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

---

### Vous étiez dans une chambre ?

- Simple  Double
- 

### Que pensez-vous du confort de votre chambre ?

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ?

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Que pensez-vous de la température de votre chambre ?

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ?

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Que pensez-vous des horaires de visite ?

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Avez-vous pris un repas pendant votre hospitalisation ?

- Oui  Non
- 

### Quelle est votre appréciation des plats qui vous ont été servis ?

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Que pensez-vous de la variété des plats ?

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Que pensez-vous de la température des plats ?

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

### Globalement, quelle est votre appréciation de votre confort (chambre et repas) lors de votre prise en charge ?

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

---

## L'organisation De Votre Sortie

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

---

**Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination à la sortie,...) ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?**

- Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie  Non, aucune information ne m'a été donnée  Oui
- 

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous reçu des informations sur la reprise de vos activités après votre sortie (travail, sport, activités habituelles) ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de vos activités après votre sortie ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous reçu des informations sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes) ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous des informations que vous avez reçues le suivi après votre sortie ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Globalement, quelle est votre appréciation de l'organisation de votre sortie ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

---

## Opinion Générale Sur Votre Hospitalisation

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

---

**Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie) ?**

- Mauvais    Faible    Moyen    Bon    Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

---

**Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?**

- 1    2    3    4    5

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

---

**Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ?**

- 1    2    3    4    5

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

---

---

## Pour Finir, Informations Vous Concernant

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

---

**Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?**

- 1    2    3    4    5

1 signifie « Beaucoup plus mal » et 5 signifie « Beaucoup mieux »

---

**Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?**

- 1    2    3    4    5    6    7

1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait. Les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement

---

---

## Pour En Savoir Plus

**Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?**

---

**Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?**

---