

# e-Satis +48h MCO

## Questionnaire



### Donnez votre avis sur votre hospitalisation

Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé dans un établissement de santé.

Votre avis concernant votre séjour et la qualité des soins que vous avez reçus nous intéresse. Si vous êtes d'accord pour répondre à ce questionnaire, cliquez sur le lien sécurisé ci-dessous.

Répondre à ce questionnaire vous prendra une dizaine de minutes.

Vos réponses sont importantes car elles permettront à l'établissement dans lequel vous êtes allé de connaître les points positifs de votre séjour et ceux qu'il peut améliorer. Elles permettront aussi à la Haute Autorité de santé de calculer un score de satisfaction des patients concernant la qualité et la sécurité des soins. Ce score est rendu public et est consultable sur le site de la HAS, dans l'espace [Qualiscope](#).

Par avance un grand merci de votre participation.

[Commencer le questionnaire](#)

Vous pouvez à tout moment interrompre la réponse à ce questionnaire, et y revenir plus tard. Vos réponses resteront enregistrées. Le questionnaire est accessible durant les 10 semaines suivant votre sortie de l'établissement de santé.

#### **Cas particuliers :**

- 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.

**Les parents/proches/aidants peuvent répondre à la place ou avec une personne en incapacité de le faire** (sans email, personne âgée, personne diminuée physiquement, psychiquement, sous tutelle...).

#### **Une question ?**

C'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui mène cette enquête nationale de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés. Vous pouvez la contacter [par courriel](#)

Par avance merci de votre participation.

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

Vos données personnelles (adresse mail, sexe, âge, date d'entrée et de sortie de l'établissement, commentaires libres) seront collectées à l'occasion de cette enquête aux fins d'évaluer la satisfaction des usagers ayant fait l'objet d'une hospitalisation et d'améliorer la qualité du service rendu aux patients. Ces données seront collectées par l'établissement de santé au sein duquel vous avez séjourné et transmises par celui-ci aux agents de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) en charge de cette enquête. Votre adresse e-mail sera supprimée des serveurs de l'ATIH et de la HAS un an après que nous vous ayons envoyé l'e-mail contenant le lien vers le questionnaire e-Satis. Les autres données recueillies vous concernant seront conservées pour la durée nécessaire au calcul des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et à l'analyse des verbatim. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression concernant vos données à caractère personnel auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de la Haute Autorité de Santé, par email à l'adresse suivante : [dpo@has-sante.fr](mailto:dpo@has-sante.fr) ou par courrier en écrivant à l'adresse suivante : Service Juridique – Délégué à la protection des données, 5 avenue du Stade de France, 93218 La Plaine St Denis Cedex.

---

**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.**

---

## Généralités

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

**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(e) 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**

---

**Comment avez-vous été orienté(e) dans l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé(e) ?**

- Par un service d'Urgence  
 Par un médecin (généraliste / spécialiste)  
 Par un proche (membre de la famille, ami)  
 Par un autre établissement  
 Autre
-

## Votre Accueil

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

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

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

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

### Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission (admission / bureau des entrées) ?

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

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

### Que pensez-vous de l'accueil dans le(s) service(s) de soins (service des Urgences exclu) ?

- 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), sages-femmes...) ?

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

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

### Avez-vous eu accès au livret d'accueil pour les patients (format papier, format électronique, ...) ?

- 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 des horaires de visite ?

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

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

### Globalement, quelle est votre appréciation de l'accueil dans l'établissement ?

- 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, les chirurgiens ou les sages-femmes 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, des chirurgiens ou des sages-femmes du service ?**

- Mauvaise  Faible  Moyenne  Bonne  Excellente

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

**Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?**

- Oui  Non

**Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?**

- Jamais  Rarement  Parfois  Souvent  Toujours

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

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

- 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, des chirurgiens ou des sages-femmes 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
- 

**Que pensez-vous 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 / sages-femmes parlaient-ils / elles 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 infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s parlaient-ils / elles 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 d'autres inconforts liés à votre maladie (nausée, mauvaise position, vertiges, etc...) ?**

- Oui  Non
- 

**Que pensez-vous de la façon dont ces autres 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 par les médecins / chirurgiens / sages-femmes ?**

- 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 par les infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s ?**

- 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

---

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

- Oui  Non
- 

### Que pensez-vous de la qualité des repas 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

---

### Globalement, quelle est votre appréciation de vos repas lors de votre prise en charge ?

- Mauvais  Faible  Moyen  Bon  Excellent

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

---

### Globalement, quelle est votre appréciation de votre chambre 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 sur 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 sur 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

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

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

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

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

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

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

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

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

Votre commentaire est transmis dans son intégralité à l'établissement de santé concerné par votre hospitalisation et est accessible à la Haute Autorité de santé.

Merci de ne mentionner aucun nom de professionnel(les) ou de patient dans votre commentaire. Il risque de ne pas être pris en compte si le(s) nom(s) de professionnel(les) sont indiqué(s) en clair.

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

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