e-Satis en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)
Questionnaire

Donnez votre avis sur votre hospitalisation

Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé dans un établissement en soins médicaux et de réadaptation.
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, données de connexion) 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. La base légale du traitement est l'exercice d'une mission d'intérêt public par la HAS (article 6.1 e) du RGPD). Vos données sont 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 pendant 5 ans, cette durée est nécessaire au calcul des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et à l'analyse des verbatim. Vos données pourront faire l'objet d'une réutilisation ultérieure pour des projets de recherche autorisés par la HAS ou de développement algorithmique. Vous disposez, sauf motifs de refus prévus par le RGPD pour certains de ces droits, d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression de vos données, et ce dans un délai de 12 semaines à compter de la collecte de vos données. L'exercice de ces droits se fait 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 ou par courrier en écrivant à l'adresse suivante : HAS – Délégué à la protection des données, 5 avenue du Stade de France, 93218 La Plaine St Denis Cedex. Pour plus de précision

Avez-vous été hospitalisé(e) dans cet établissement pour un séjour en Soins Médicaux et de Réadaptation – SMR (un établissement SMR peut être un établissement polyvalent et/ou un établissement spécialisé : fonctionnel, respiratoire, digestif, gériatrique, cardiovasculaire, diététique, centre de cure, centre de post-cure etc…) ?

- ○ 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.

Avez-vous été hospitalisé(e) de jour comme de nuit (en temps plein) ?

- ○ Oui, je restais dormir sur place
- ○ Non, je rentrais à domicile tous les jours

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

Avez-vous répondu à ce questionnaire seul ?

- ○ Oui
- ○ Non, avec l'aide d'un proche ou d'un représentant légal

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

Avez-vous choisi l'établissement SMR dans lequel vous avez été hospitalisé ?

- ○ Oui, j'ai participé au choix de mon établissement
- ○ Non, je n'ai pas eu le choix de mon établissement (transfert à la suite d'un autre séjour)

Votre Accueil

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

Que pensez-vous de la clarté des informations reçues lors de votre accueil dans l'établissement (explications sur le fonctionnement de l'établissement, présentation des lieux, des espaces, des services) ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?

○ Oui et je l'ai lu ○ Oui, mais je ne l'ai pas lu ○ Non ○ Je ne me souviens plus

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

○ Oui ○ Non ○ Je ne me souviens plus

Que pensez-vous de la façon dont le personnel vous a accueilli dans l'établissement de santé (politesse, écoute, hospitalité, gentillesse) ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre accueil dans l'établissement ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation, …) du personnel du service ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

---

Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé ?

○ Jamais ○ Rarement ○ Parfois ○ Souvent ○ Toujours

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

---

Les médecins, l'équipe soignante (infirmier(e) et aide-soignant(e)) et l'équipe de rééducation 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, de l'équipe soignante et de l'équipe de rééducation du service ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

---

Durant votre séjour, vous-a-t-on expliqué votre projet de soins et de rééducation ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne me souviens plus

Que pensez-vous des explications reçues sur votre projet de soins et de rééducation ?

○ Mauvaises ○ Faibles ○ Moyennes ○ Bonnes ○ Excellentes

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

---

Durant votre séjour, avez-vous été informé(e) de votre évolution ?

○ Jamais ○ Rarement ○ Parfois ○ Souvent ○ Toujours

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

---

Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ?

○ Oui ○ Non

Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant votre projet de soins et de rééducation ?

○ Jamais ○ Rarement ○ Parfois ○ Souvent ○ Toujours

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

---

Durant votre séjour, les professionnels ont-ils pris en compte vos besoins personnels ou votre handicap ou vos difficultés lors de vos soins quotidiens (aide quotidienne, toilette, habillage…) ?

○ 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 ?

○ 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 bénéficié d'une écoute attentive de l'équipe de rééducation ?

○ 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 psychologique qui vous a été apporté par les professionnels 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 respect de votre intimité lors de votre séjour ?

○ 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 séjour ?

○ Mauvais ○ Faible ○ Moyen ○ Bon ○ Excellent

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

---

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs (aigues ou chroniques) ?

○ 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

---

Durant votre séjour, pensez-vous que les médecins, l'équipe soignante et l'équipe de rééducation travaillaient bien ensemble (de façon coordonnée) ?

○ Jamais ○ Rarement ○ Parfois ○ Souvent ○ Toujours

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

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge dans l'établissement ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Votre lieu de vie

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

Vous étiez dans une chambre simple ?

○ Oui ○ Non

Que pensez-vous des horaires de visite ?

○ Mauvais ○ Faibles ○ Moyens ○ Bons ○ Excellents

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

Aviez-vous un accès correct à internet dans votre chambre ?

○ Oui ○ Non ○ Je n'avais pas besoin d'internet

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 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 de l'adaptation des équipements de l'établissement à votre situation (aménagement de la chambre et des sanitaires, visibilité des panneaux d'affichage, …) ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Avez-vous bénéficié de services (services à la personne, coiffeur, pédicure…) ou d'activités (loisirs, convivialité) lors de votre séjour ?

○ Oui ○ Non

Que pensez-vous des services (services à la personne, coiffeur, pédicure…) ou des activités (loisirs, convivialité) proposés par l'établissement lors de votre séjour ?

○ Mauvais ○ Faibles ○ Moyens ○ Bons ○ Excellents

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

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre lieu de vie lors de votre prise en charge ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Vos repas

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

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 du respect de vos préférences alimentaires / de votre régime ?

○ Mauvais ○ Faible ○ Moyen ○ Bon ○ Excellent

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

Que pensez-vous du rythme des repas (horaire du petit déjeuner, du déjeuner, du dîner) ?

○ Mauvais ○ Faible ○ Moyen ○ Bon ○ Excellent

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

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de vos repas lors de votre prise en charge ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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 préparée / anticipée ?

○ 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 ?

○ Mauvaises ○ Faibles ○ Moyennes ○ Bonnes ○ Excellentes

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

Avez-vous reçu des informations sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie (sport, activités habituelles, courses, etc…) ?

○ Oui ○ Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de votre vie quotidienne après votre sortie ?

○ Mauvaises ○ Faibles ○ Moyennes ○ Bonnes ○ Excellentes

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

Avez-vous reçu des informations pour poursuivre vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes rendus médicaux, séances de kinésithérapie, …) ?

○ Oui ○ Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la poursuite de vos soins après votre sortie (prochains rendez-vous, matériel orthopédique, remise des comptes rendus médicaux, séances de kinésithérapie, …) ?

○ Mauvaises ○ Faibles ○ Moyennes ○ Bonnes ○ Excellentes

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

Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale pour préparer votre retour à domicile ?

○ Oui ○ Non, mais j'aurais souhaité en voir une ○ Non, car je n'en ai pas eu besoin

Que pensez-vous de l'aide apportée par l'assistante sociale ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de l'organisation de votre sortie ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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

Opinion Générale

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, lieu de vie, repas, organisation de la sortie) ?

○ Mauvaise ○ Faible ○ Moyenne ○ Bonne ○ Excellente

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 sur votre séjour ?

Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre séjour ?