

e-Satis en Soins de Suite et Réadaptation

Version Expérimentation



Donnez votre avis sur votre hospitalisation

Madame, Monsieur,

Suite à votre séjour dans un établissement de soins de suite et de réadaptation, nous souhaitons recueillir votre avis.

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

[Commencer le questionnaire](#)

Vos réponses sont importantes. Elles permettront à votre hôpital ou clinique de connaître les points positifs de votre séjour et ceux qu'il peut améliorer, mais aussi de lui attribuer une note de satisfaction, consultable sur le site www.scopesante.fr.

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 12 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, psychologiquement, 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](#).

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](#)

Avez-vous été hospitalisé(e) dans cet établissement pour un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ?

- 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.

Avez-vous été hospitalisé(e) en temps plein (je suis resté(e) hospitalisé(e) la nuit) ??

- Oui
- 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.

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

Aviez-vous participé au choix de l'établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ?

- Oui, et j'y suis allé(e)
 - Oui, mais je n'y suis pas allé(e)
 - Non
 - Je ne me souviens plus
-

Etes-vous en situation de handicap (moteur, auditif, visuel ou mental) :

- Oui
 - Non
 - Je ne souhaite pas répondre
-

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, panneaux de signalisation) ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

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

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 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
-

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 des usagers dans l'établissement ?

- Oui Non Je ne me souviens plus
-

Que pensez-vous de la façon dont votre admission a été préparée ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

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

Que pensez-vous des horaires de visite ?

- Mauvais Faibles Moyens Bons Excellents

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

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 lorsqu'ils ont planifié vos soins ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

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

Que pensez-vous de la façon dont le personnel du service a pris en compte votre handicap ?

- 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 ?

- 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

Avez-vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de votre hospitalisation (malaise, chute, mauvaise position...) ?

- Oui Non
-

Que pensez-vous du délai d'attente pour avoir cette 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 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

Est-ce que vos proches ont eu besoin de soutien pendant votre séjour ?

- Oui Non Je ne sais pas
-

Que pensez-vous du soutien de vos proches 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

Durant votre séjour, avez-vous vu une assistante sociale ?

- Oui Non 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 votre prise en charge dans l'établissement ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

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

Chambre / Lieu de vie et Repas

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

Vous étiez dans une chambre simple ?

- Oui Non
-

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 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 de l'adaptation des équipements de l'établissement à votre handicap (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

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

- Mauvais Faibles Moyens Bons Excellents

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

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

Que pensez-vous du respect de votre régime / de vos préférences alimentaires ?

- 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 votre chambre / lieu de vie / 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

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, chambre / lieu de vie et 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 »

Avez-vous déjà reçu un questionnaire de satisfaction et d'expérience « e-Satis » de la Haute Autorité de Santé pour un séjour précédent dans un établissement de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique ?

- Oui Non Je ne me souviens plus

Si oui, ce questionnaire concernait-il le même établissement de santé ?

- Oui, j'ai répondu à un questionnaire pour le même établissement
 Non, il s'agissait d'un autre établissement de santé
 Je ne me souviens plus

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 intervention ?

- 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 risque de ne pas être pris en compte par l'ES si le(s) nom(s) de professionnel(s) sont indiqué(s) en clair.

Qu'avez-vous retenu de positif sur votre prise en charge ?

Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre prise en charge ?
