

# Questionnaire « e-Satis PSY » pour les patients adultes ayant eu l'expérience d'une hospitalisation à temps plein en psychiatrie Version Expérimentation



## Donnez votre avis sur votre hospitalisation



Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) 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.

**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 8 semaines suivant votre sortie de l'établissement de santé.

### Cas particuliers :

Si vous êtes un proche d'une personne qui a été hospitalisée mais qui ne peut répondre au questionnaire, vous pouvez répondre avec elle ou à sa place.

### Une question ?

C'est la Haute Autorité de santé (HAS) qui mène cette enquête. Vous pouvez la contacter par courriel ([e-satis@has-sante.fr](mailto:e-satis@has-sante.fr)).

Par avance merci de votre participation.

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

Les données personnelles vous concernant (adresse mail, sexe, âge, date d'entrée et de sortie de l'établissement, commentaires libres) collectées à l'occasion de cette enquête ont pour unique objet l'évaluation de la satisfaction des usagers ayant fait l'objet d'une hospitalisation afin d'améliorer la qualité du service rendu aux patients. Ces données ne sont transmises qu'à votre établissement de santé ainsi qu'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 est supprimée un an après réception de cet e-mail. Les autres données recueillies sont conservées pour la durée nécessaire à l'exploitation de l'enquête.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données vous concernant : [dpo@has-sante.fr](mailto:dpo@has-sante.fr)

**Avez-vous été hospitalisé(e) dans cet établissement pendant au moins deux nuits consécutives dans un service de psychiatrie ?**

- 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 ce service ?**

- Oui  Non

Attention les questions suivantes portent sur votre dernier séjour dans ce service

**Avant votre admission, êtes-vous passé(e) par un service d'urgence ?**

- Oui  Non

**Lors de votre admission, étiez-vous d'accord avec votre hospitalisation ?**

- Oui  Non

**Durant votre séjour, de quelle façon avez-vous été hospitalisé(e) ?**

- Hospitalisation libre  Hospitalisation sans consentement  Les deux

## Votre accueil

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

**Avez-vous été informé(e) de l'organisation pratique du service (fonctionnement, présentation des professionnels, des lieux, des activités) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Avez-vous été bien accueilli(e) dans le service (politesse, hospitalité, gentillesse, réconfort) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

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

- Oui  Non  Je ne me souviens plus

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

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

- Excellente  Bonne  Moyenne  Faible  Mauvaise

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 des explications claires sur votre maladie (symptômes, évolution, ...) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Avez-vous reçu des explications claires sur votre prise en charge (raisons, déroulement, durée, ...) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Avant de recevoir un nouveau médicament ou de changer de médicament, avez-vous reçu des explications claires (effets indésirables, dosage, horaires, ...) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

- Je n'avais pas de médicaments

## Votre prise en charge

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

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

**Avez-vous été suffisamment impliqué(e) dans les décisions concernant vos soins et traitements ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout  
 Je ne souhaitais pas être impliqué(e)

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

**Les professionnels ont-ils suffisamment pris en charge votre souffrance psychique (anxiété, angoisse, situation de panique, grande tristesse, idées noires, ...) ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout

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

**Les professionnels ont-ils suffisamment pris en charge vos douleurs physiques ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout  
 Je n'avais pas de douleurs physiques

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

**Les médecins psychiatres ont-ils été suffisamment disponibles ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout

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

**Les autres professionnels (psychologues, infirmier(ère)s, ...) ont-ils été suffisamment disponibles ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout

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

**Avez-vous été informé(e) de l'existence dans l'établissement de représentants d'usagers (rôle, modalités de contact) ?**

- Oui   
  Non   
  Je ne me souviens plus

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

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

- Oui   
  Non, mais j'aurais souhaité en voir une   
  Non, car je n'en avais pas besoin

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

**Avez-vous été informé(e) des aides dont vous pouviez bénéficier (aides financières, associations de patients, groupes d'entraide mutuelles, ...) ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout

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

**Si vous le souhaitiez, avez-vous pu facilement rester en contact avec votre famille et/ou vos proches ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout  
 Je ne le souhaitais pas ou je n'étais pas concerné(e)

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

**Si vous le souhaitiez, votre famille et/ou vos proches ont-ils pu suffisamment discuter avec les professionnels ?**

- Oui, tout à fait   
  Plutôt oui   
  En partie   
  Plutôt non   
  Non, pas du tout  
 Je ne le souhaitais pas ou je n'étais pas concerné(e)

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 ?**

- Excellente   
  Bonne   
  Moyenne   
  Faible   
  Mauvaise

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

## Isolement et contention

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

**Durant votre séjour, avez-vous été mis(e) dans une chambre d'isolement ?**

- Oui  Non

**Des interventions alternatives pour vous apaiser (temps calme, espace d'apaisement dont la porte n'est pas fermée à clé, entretien avec un professionnel, prescription de médicaments, ...) ont-elles été mises en œuvre avant votre isolement ?**

- Oui  Non, mais je l'aurais souhaité  Non, car je ne l'ai pas souhaité

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

**Avez-vous reçu des explications claires sur les raisons de votre isolement ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Avez-vous reçu des explications claires sur les conditions de levée de votre isolement ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Une personne de confiance ou un proche a-t-il été informé de votre isolement ?**

- Oui  Non, mais je l'aurais souhaité  Non, car je ne l'ai pas souhaité

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

**Avez-vous pu échanger avec les professionnels sur l'épisode d'isolement ?**

- Oui  Non, mais je l'aurais souhaité  Non, car je ne l'ai pas souhaité

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

**Globalement, pensez-vous que votre isolement a été mis en œuvre de manière adaptée ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Durant votre séjour, avez-vous eu une contention réduisant votre mobilité (attaches au lit) ?**

- Oui  Non

**Avez-vous reçu des explications claires sur les raisons de votre contention ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Avez-vous reçu des explications claires sur les conditions de levée de votre contention ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Une personne de confiance ou un proche a-t-il été informé de votre contention ?**

- Oui  Non, mais je l'aurais souhaité  Non, car je ne l'ai pas souhaité

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

**Avez-vous pu échanger avec les professionnels sur l'épisode de contention ?**

- Oui  Non, mais je l'aurais souhaité  Non, car je ne l'ai pas souhaité

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

**Globalement, pensez-vous que votre contention a été mise en œuvre de manière adaptée ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

## Votre lieu de soins

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

**Etiez-vous seul(e) dans votre chambre ?**

- Oui  Non

**Les activités proposées (lecture, sport, jeux, ateliers d'arts, musique, groupes de discussion, ...) ont-elles répondu à vos besoins ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout  
 Aucune activité n'était proposée

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

**Avez-vous pu accéder librement aux espaces extérieurs de l'établissement (jardin, parc, ...) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Avez-vous pu sortir hors de l'établissement (permissions, sorties, ...) ?**

- Oui  Non, mais je l'aurais souhaité  Non, car je ne l'ai pas souhaité

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

**Les repas servis étaient-ils de qualité (variété, respect des choix, température adaptée, quantité adaptée, présentation soignée, ...) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Si vous avez rencontré des problèmes avec les autres patients (agressivité, insultes, peur, bagarre, harcèlement pour obtenir une cigarette ou de l'argent, vols, circulation de drogues, ...), les professionnels ont-ils suffisamment répondu à vos inquiétudes ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout  
 Je n'ai pas rencontré de problèmes avec les autres patients

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

**Vos conditions de séjour (chambre, calme, confort, sécurité, ...) vous ont-ils permis d'avoir du repos et de la tranquillité ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

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

- Excellente  Bonne  Moyenne  Faible  Mauvaise

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

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

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout  
 Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie

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

**Votre sortie a-t-elle été suffisamment préparée (annonce de votre date de sortie, destination et accompagnement après la sortie, prochains rendez-vous, ...) ?**

- Oui, tout à fait  Plutôt oui  En partie  Plutôt non  Non, pas du tout

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

**Combien de temps aviez-vous à attendre avant votre rendez-vous avec le médecin qui vous suit (médecin traitant, psychiatre, ...) après votre sortie ?**

- Moins de 15 jours  De 15 jours à 1 mois  De 1 à 3 mois  Plus de 3 mois  Aucun rendez-vous n'a été fixé

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

**Saviez-vous quoi faire en cas de problème après votre sortie (rechute, survenue de quelque chose d'inattendu, ...)?**

- Oui, tout à fait    Plutôt oui    En partie    Plutôt non    Non, pas du tout

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

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

- Excellente    Bonne    Moyenne    Faible    Mauvaise

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

## Respect, dignité et droits

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

**Durant votre séjour, les professionnels vous ont-ils traité avec courtoisie et respect ?**

- Oui, tout à fait    Plutôt oui    En partie    Plutôt non    Non, pas du tout

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

**Durant votre séjour, les professionnels vous ont-ils traité avec bienveillance ?**

- Oui, tout à fait    Plutôt oui    En partie    Plutôt non    Non, pas du tout

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

**Durant votre séjour, les professionnels ont-ils respecté votre intimité ?**

- Oui, tout à fait    Plutôt oui    En partie    Plutôt non    Non, pas du tout

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

**Durant votre séjour, avez-vous eu le sentiment que vos droits ont été respectés ?**

- Oui, tout à fait    Plutôt oui    En partie    Plutôt non    Non, pas du tout

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 ?**

- Excellente    Bonne    Moyenne    Faible    Mauvaise

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 ?**

- Oui, tout à fait    Plutôt oui    En partie    Plutôt non    Non, pas du tout

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

## 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 ?**

- Beaucoup mieux  
 Mieux  
 Pareil : ni mieux ni moins bien  
 Moins bien  
 Beaucoup moins bien

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

**Quel est votre état de santé psychique en général ?**

- Très bon    Bon    Moyen    Mauvais    Très mauvais

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

**Quel est votre état de santé physique en général ?**

- Très bon    Bon    Moyen    Mauvais    Très mauvais

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

### **Pour en savoir plus**

Votre commentaire risque de ne pas être pris en compte par l'établissement de santé si le nom des professionnels est indiqué en clair.

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

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