

Au cours des deux derniers mois, avez-vous déjà répondu au questionnaire ?

- Oui, j'y ai déjà répondu Non, pas au cours des deux derniers mois

Au cours des deux derniers mois, avez-vous eu besoin de soins médicaux et paramédicaux ?

- Oui, j'en ai eu besoin Non, je n'en ai pas eu besoin

Au cours des deux derniers mois, avez-vous fait l'objet de refus de soin ?

- Oui, j'ai subi au moins un refus Non, je n'ai pas subi de refus

→ Si vous avez subi un refus de soin, combien en avez-vous subi ?

Indiquez un chiffre :

→ Si vous avez subi un refus de soin, dans quel service avez-vous subi ce refus ?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> En ville, généraliste | <input type="radio"/> A domicile : Soins médicaux |
| <input type="radio"/> En ville, spécialiste | <input type="radio"/> A domicile : Soins d'accompagnement |
| <input type="radio"/> A l'hôpital | <input type="radio"/> En hospitalisation à domicile |
| <input type="radio"/> En maison de santé de proximité | <input type="radio"/> En établissement social et médico-social |

→ Si vous avez subi un refus de soin, quel a été le motif du dernier refus ?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Le lieu n'était pas accessible | <input type="radio"/> Je n'avais pas assez d'argent |
| <input type="radio"/> Le délai d'attente dépassait 6 mois | <input type="radio"/> On n'a pas voulu de moi |
| <input type="radio"/> Je ne sais pas | |

À quel endroit avez-vous eu besoin de soins ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En ville, généraliste | <input type="checkbox"/> A domicile : Soins médicaux |
| <input type="checkbox"/> En ville, spécialiste | <input type="checkbox"/> A domicile : Soins d'accompagnement |
| <input type="checkbox"/> A l'hôpital | <input type="checkbox"/> En hospitalisation à domicile |
| <input type="checkbox"/> En maison de santé de proximité | <input type="checkbox"/> En établissement social et médico-social |

De quels types de soins avez-vous eu besoin ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soins aux urgences | <input type="checkbox"/> Soins des dents |
| <input type="checkbox"/> Soins habituels | <input type="checkbox"/> Soins des yeux |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une maladie connue | <input type="checkbox"/> Soins pour maladies d'autres parties du corps |
| <input type="checkbox"/> Soins pour une nouvelle maladie | <input type="checkbox"/> Soins liés au handicap |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Rééducation |
| <input type="checkbox"/> Soins psychologiques ou psychiatriques | <input type="checkbox"/> Soins quotidiens de vie et d'hygiène |

Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil ?

Pas du tout satisfait 0 1 2 3 Très satisfait

Avez-vous été satisfait(e) des soins ?

Pas du tout satisfait 0 1 2 3 Très satisfait

Avez-vous besoin d'être accompagné(e) ?

Oui, j'en ai besoin Non, je n'en ai pas besoin

→ **Si vous en avez besoin, l'accompagnement de votre choix a-t-il été accepté ?**

Oui, il l'a été Non, il ne l'a pas été

Avez-vous posé des questions ?

Oui, j'en ai posé Non, je n'en ai pas posé

→ **Si vous en avez posé, avez-vous obtenu les réponses à vos questions ?**

Oui Non, je ne les ai pas obtenues Non, je n'ai pas compris la réponse

Selon vous, avez-vous bien été soigné(e) ?

Pas du tout satisfait 0 1 2 3 Très satisfait

→ **Si vous avez séjourné à l'hôpital**

Vous êtes passé(e) par...

Les urgences Les services hospitaliers Les deux

Pour quelle raison vous êtes-vous rendu(e) à l'hôpital ?

Pour une consultation et/ou un examen Pour une hospitalisation

Aux urgences : selon vous, avez-vous bien été soigné(e) ?

Pas du tout satisfait 0 1 2 3 Très satisfait

Dans les services hospitaliers : selon vous, avez-vous bien été soigné(e) ?

Pas du tout satisfait 0 1 2 3 Très satisfait

Si vous n'avez pas été satisfait(e) aux urgences, avez-vous eu le sentiment de ne pas avoir été soigné(e) ?

Oui, j'ai eu ce sentiment Non, je n'ai pas eu ce sentiment

Si vous n'avez pas été satisfait(e) aux urgences, a-t-on tenu compte de la douleur ?

Oui, on en a tenu compte Non, on n'en a pas tenu compte

Combien de temps avez-vous attendu ?

1 heure 3 heures 6 heures 10 heures

Vous êtes :

- Un homme Une femme

Vous avez :

- de 10 ans 11 à 18 ans 19 à 45 ans 46 à 65 ans + de 66 ans

Quel est votre handicap ?

- Moteur Intellectuel
 Sensoriel Polyhandicap
 Psychique Maladies invalidantes

Êtes-vous inscrit(e) au DMP (Dossier Médical Partagé) ?

- Oui, je suis inscrit(e) Non, je ne le suis pas

Où habitez-vous ?

Pays _____ Code postal _ _ _ _ _

Où avez-vous été soigné(e) ?

Pays _____ Code postal _ _ _ _ _

Avez-vous ressenti des progrès dans votre accès aux soins ?

Aucun progrès 0 1 2 3 Beaucoup de progrès

Veuillez adresser vos réponses à l'adresse suivante :

Handidactique – Enquête Handifaction
57 rue Saint-Jacques
75005 Paris

Pour suivre notre actualité :

Site : handidactique.org

Twitter : [@handidactique](https://twitter.com/handidactique)

Facebook : [Handidactique](https://www.facebook.com/handidactique)