

**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

**À quel endroit ?**

- ☐ En ville, généraliste ☐ A domicile  
☐ En ville, spécialiste ☐ En hospitalisation à domicile  
☐ A l'hôpital ☐ En établissement social et médico-social

**De quels types de soins ?**

- ☐ Soins aux urgences ☐ Soins des dents  
☐ Soins habituels ☐ Soins des yeux  
☐ Soins pour une maladie connue ☐ Soins pour maladies d'autres parties du corps  
☐ Soins pour une nouvelle maladie ☐ Soins liés au handicap  
☐ Accident ☐ Rééducation

**Avez-vous été satisfait de l'accueil ?**

Très satisfait 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Pas du tout satisfait

**Avez-vous été satisfait des soins ?**

Très satisfait 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Pas du tout satisfait

**Avez-vous besoin d'être accompagné ?**

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

**Avez-vous obtenu les réponses à vos questions ?**

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

**Selon vous, avez-vous bien été soigné ?**

Très satisfait 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Pas du tout satisfait

## Si vous avez séjourné à l'hôpital

**Aux urgences : selon vous, avez-vous bien été soigné ?**

Très satisfait    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    Pas du tout satisfait

**Dans les services : selon vous, avez-vous bien été soigné ?**

Très satisfait    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    Pas du tout satisfait

**Avez-vous eu le sentiment de ne pas avoir été soigné ?**

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

**A-t-on tenu compte de la douleur ?**

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

**Vous avez attendu...**

☐ 1 heure    ☐ 3 heures    ☐ 6 heures    ☐ 10 heures

**Vous êtes :**

☐ Un homme    ☐ Une femme

**Vous avez :**

☐ - de 10 ans    ☐ 10 à 18 ans    ☐ 18 à 45 ans    ☐ 45 à 65 ans    ☐ + de 65 ans

**Où habitez-vous ? (code postal) .....**

**Où avez-vous été soigné ? (code postal) .....**

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

Beaucoup de progrès    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    Aucun progrès

Veillez adresser vos réponses à l'adresse suivante :

**Handidactique – Enquête Handifaction**

**57 rue Saint-Jacques**

**75005 Paris**

Nous vous remercions de votre participation, et vous donnons rendez-vous sur internet pour suivre notre actualité :

**[www.handidactique.org](http://www.handidactique.org)**

Twitter : **@handidactique**

Facebook : **Handidactique**