

# e-Satis en Hospitalisation à Domicile Version Expérimentation



e-Satis



## Donnez votre avis sur votre hospitalisation à domicile

Madame, Monsieur,

A la suite de votre hospitalisation à domicile (HAD), nous souhaitons recueillir votre avis.

Ce questionnaire vise à recueillir votre opinion sur les soins reçus pendant votre hospitalisation à domicile et les relations que vous avez eu avec les professionnel-le-s (médecins, infirmier-ère-s, aides-soignant-e-s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistant-e-s sociales, etc).

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes

[Commencer le questionnaire](#)

**Vos réponses sont importantes.** Elles permettront à votre structure d'hospitalisation à domicile de connaître les points positifs de votre séjour et ceux qu'elle peut améliorer. Elles permettront aussi à la Haute Autorité de santé de calculer le score de satisfaction et d'expérience des patients concernant la qualité et la sécurité des soins, consultable sur le site Scope santé.

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 la fin de votre hospitalisation à domicile.

Nous vous remercions de votre participation.

### Cas particuliers :

- Si vous êtes un proche d'une personne qui a été hospitalisée à domicile mais qui ne peut répondre au questionnaire, vous pouvez répondre avec elle ou à sa place.
- Si c'est votre enfant qui a été hospitalisé et qu'il a moins de 14 ans, vous pouvez répondre au questionnaire à sa place. S'il a entre 14 et 17 ans, vous pouvez répondre avec lui ou à sa place.

### 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 à domicile. Vous pouvez la contacter [par courriel](#).

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 à 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: [désinscription](#)

## Généralités

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

**Répondez-vous à ce questionnaire seul ?**

- Oui
- Non, avec l'aide d'un proche/aidant ou qui répond à la place

*Si vous êtes un proche/aidant, assurez-vous que les réponses restituent bien l'appréciation du patient*

**Où étiez-vous avant l'hospitalisation à domicile ?**

- Dans mon lieu de vie (domicile, maison de retraite, foyer, établissement médico-social)
- Dans un établissement de santé

## Votre Hospitalisation à Domicile

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

**L'attente avant que mon hospitalisation à domicile débute a été raisonnable**

- Oui
- Non

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

**Les professionnel-le-s avaient toutes les informations nécessaires pour bien s'occuper de moi**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

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

**J'ai compris les objectifs des soins de l'hospitalisation à domicile**

- Oui
- Non, je n'ai pas compris
- Non, je n'ai pas reçu d'explications

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

**J'ai été associé-e, au début, à la définition des objectifs des soins de l'hospitalisation à domicile**

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout

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

## Votre Hospitalisation à Domicile

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

### Je savais comment contacter les professionnel-le-s si j'en avais besoin

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout

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

### J'ai réussi à joindre un-e professionnel-le à chaque fois que j'en avais besoin

- Toujours
- Parfois
- Jamais
- Je n'en ai pas eu besoin

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

### J'ai été associé-e à la mise en place du matériel ou aux adaptations supplémentaires de mon domicile

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout
- Je ne souhaitais pas être associé-e
- Pas concerné-e

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

### Les professionnel-le-s sont venus aux horaires qui me convenaient

- Toujours
- Parfois
- Jamais

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

### Les professionnel-le-s ont répondu aux questions que je me posais

- Toujours
- Parfois
- Jamais
- Je ne me posais pas de questions

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

## Votre Hospitalisation à Domicile

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

### J'ai reçu des informations sur mon état de santé et mes traitements

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout
- Je ne souhaitais pas avoir d'information

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

### J'ai été associé-e, tout au long de l'hospitalisation à domicile, aux décisions concernant mes soins et mes traitements

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout
- Je ne souhaitais pas être associé-e

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

### Mes proches ont reçu les informations dont ils avaient besoin pour prendre soin de moi

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout
- Je ne voulais pas
- Pas concerné-e

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

### Mes douleurs ont été prises en charge par les professionnel-le-s

- Toujours
- Parfois
- Jamais
- Je n'avais pas de douleurs

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

## Votre Hospitalisation à Domicile

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

### Mes inquiétudes ont été prises en compte par les professionnel-le-s

- Toujours
- Parfois
- Jamais
- Je n'avais pas de d'inquiétudes

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

### Je me suis senti-e entre de bonnes mains

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout

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

### Je me suis senti-e en sécurité

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout

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

### J'ai été traité-e avec respect et dignité

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout

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

### J'ai été associé-e à la décision de la date de fin de mon hospitalisation à domicile

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout
- Je ne souhaitais pas être associé-e

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

### J'ai été informé-e suffisamment tôt de la date de fin de mon hospitalisation à domicile

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout

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

## Votre Hospitalisation à Domicile

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

**J'ai été associé-e à la mise en place de soins ou de services après la fin de mon hospitalisation à domicile (médecin, kinésithérapeute, infirmier-ère, sage-femme, aide-soignant-e, assistant-e social-e, psychologue, bénévole, aidant-e, ...)**

- Tout à fait
- En partie
- Pas du tout
- Je ne souhaitais pas être associé-e
- Pas concerné-e

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

## Globalement

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

**Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre hospitalisation à domicile ?**

- Mauvaise
- Faible
- Moyenne
- Bonne
- Excellente

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

**Recommanderiez-vous cette structure d'hospitalisation à domicile à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être pris en charge pour la même raison que vous ?**

- 1 (certainement pas)
- 2
- 3
- 4
- 5 (certainement)

*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

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

- Très mauvais
- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Très bon

## Pour En Savoir Plus

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

**Qu'avez-vous retenu de positif sur votre hospitalisation à domicile ?**

**Qu'avez-vous retenu de négatif sur votre hospitalisation à domicile ?**