Questionnaire « e-Satis MATER »
pour les patientes ayant eu l'expérience d'un séjour en maternité

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Donnez votre avis sur votre hospitalisation

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
Liberté Égalité Fraternité

Madame,

Vous avez été hospitalisée dans cette maternité.

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 allée 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 10 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 expérimentation. Vous pouvez la contacter par courriel (e-satis@has-sante.fr).
Par avance merci de votre participation.

Si vous ne souhaitez pas répondre au questionnaire, cliquez ici pour vous désinscrire.
Vos données personnelles (adresse mail, sexe, âge, date d'entrée et de sortie de l'établissement, commentaires libres, données de connexion) seront collectées à l'occasion de cette enquête aux fins d'évaluer la satisfaction des usagers ayant fait l'objet d'une hospitalisation et d'améliorer la qualité du service rendu aux patients. La base légale du traitement est l'exercice d'une mission d'intérêt public par la HAS (article 6.1 e) du RGPD). Vos données sont collectées par l'établissement de santé au sein duquel vous avez séjourné. Votre adresse e-mail sera supprimée des serveurs de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et de la HAS 15 semaines après que nous vous ayons envoyé l'e-mail contenant le lien vers le questionnaire e-Satis. Les autres données recueillies vous concernant seront conservées pendant 5 ans, cette durée est nécessaire au calcul des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et à l'analyse des verbatim. Vos données pourront faire l'objet d'une réutilisation ultérieure pour des projets de recherche autorisés par la HAS ou de développement algorithmique. Vous disposez, sauf motifs de refus prévus par le RGPD pour certains de ces droits, d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression de vos données, et ce dans un délai de 12 semaines à compter de la collecte de vos données. L'exercice de ces droits se fait auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de la Haute Autorité de Santé, par email à l'adresse suivante :dpo@has-sante.fr ou par courrier en écrivant à l'adresse suivante : HAS – Délégué à la protection des données, 5 avenue du Stade de France, 93218 La Plaine St Denis Cedex.
Pour plus de précision

QF00013	**Avez-vous été hospitalisée dans la maternité qui vous a envoyé l'email (le nom de la maternité est écrit en haut et en bas du mail que vous avez reçu) ?**
	○ 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.*

	GENERALITES **Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous**
QC00309	**Avez-vous choisi votre maternité ?** ○ Oui, je l'ai choisie ○ Non, je n'ai pas eu le choix
QC00310	**S'agit-il de votre premier accouchement ?** ○ Oui ○ Non
QC00311	**Pour cette grossesse, avez-vous accouché de :** ○ Un seul enfant ○ Jumeaux ○ Triplés ou plus
QC00312	**Avez-vous accouché par ?** ○ Voie basse ○ Césarienne ○ Les deux (dans le cas de grossesses multiples- jumeaux ou plus)
QC00313	**Avez-vous eu une grossesse à risque (hypertension de grossesse, diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré, …) ?** ○ Oui, ○ Non
QC00314	**Avez-vous eu des complications lors de votre accouchement ?** ○ Oui ○ Non
QC00316	**Etes-vous concernée par un de ces cas ?** ○ Votre ou vos bébés sont en vie ○ Votre ou vos bébés sont décédés après la naissance ○ Mort fœtale in utero ○ Interruption médicale de grossesse
Quelle que soit l'issue de la grossesse, vous pouvez répondre à ce questionnaire si vous le souhaitez. Des filtres permettent d'adapter le questionnaire. Toutes les réponses permettent d'améliorer les pratiques dans les différents services de la maternité.	
QC00317	**Votre ou vos bébés ont été hospitalisés en néonatologie ou en réanimation ?** ○ Oui, dans la même maternité ○ Oui, dans une autre maternité (transfert) ○ Non
QC00318	**Avez-vous bénéficié d'une sortie précoce (sortie de la maternité avant les 3 jours après un accouchement par voie basse, 4 jours après une césarienne) ?** ○ Oui ○ Non

	VOTRE SUIVI DE GROSSESSE Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous
QC00308	**Votre grossesse a-t-elle été suivie dans cette maternité ?** ○ Oui, la totalité de la grossesse ○ Oui, une partie de la grossesse ○ Non, pas du tout *Si OUI, nous vous invitons à répondre aux questions concernant la prise en charge de la grossesse dans votre maternité*
QC00319	**Avez-vous pu facilement organiser vos rendez-vous de suivi de grossesse dans cette maternité ?** ○ 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*
QC00320	**Pendant votre suivi de grossesse dans cette maternité, les différentes consultations vous ont-elles permis d'échanger sur vos éventuels questionnements ou difficultés ?** ○ 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*
QC00321	**Vous êtes-vous sentie libre d'exprimer vos désirs, ressentis, peurs, … quant à votre projet d'accouchement ?** ○ 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*
QC00322	**Avez-vous rédigé un projet de naissance ?** ○ Oui, seule ou avec le coparent ○ Oui et en discussion avec l'équipe de la maternité (sage-femme, obstétricien, …) ○ Non, je ne le souhaitais pas ○ Non, je ne savais pas que l'on pouvait rédiger un projet de naissance *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00323	**Cette maternité vous a-t-elle proposé un accompagnement à la préparation à la naissance et à la parentalité (ateliers, cours de préparation, café des parents, …) ?** ○ Oui, et je l'ai suivi dans cette maternité ○ Oui, mais je ne l'ai pas suivi dans cette maternité ○ Non, cette maternité ne m'a rien proposé *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

QC00371	**Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité que vous avez suivis ont-ils répondu à vos besoins ?** ○ 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*
QC00325	**Les professionnels (médecins, sages-femmes, psychologues, …) de la maternité ont-ils été à l'écoute lors de votre suivi de grossesse ?** ○ 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*
QC00326	**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge lors de votre suivi de grossesse ?** ○ Excellente ○ Bonne ○ Moyenne ○ Faible ○ Mauvaise *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

	VOTRE PRISE EN CHARGE LORS DE L'ACCOUCHEMENT Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous
QC00327	**Avez-vous pu accéder facilement à la maternité (transport, parking, signalétique, …) ?** ○ 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*
QC00328	**Avez-vous eu un accueil de qualité lors de votre arrivée à la maternité pour accoucher (politesse, gentillesse, hospitalité, …) ?** ○ 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*
QC00329	**Pour la prise en charge tout au long de votre accouchement, avez-vous reçu des explications claires (pré travail, déclenchement, perfusion, contraction, césarienne, forceps, …) ?** ○ 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*
QC00372	**Pendant le pré travail et l'accouchement, a-t-on recueilli votre consentement avant la réalisation de chaque acte (toucher vaginal, toucher rectal, perfusion, …) ?** ○ 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*
QC00331	**Vous êtes-vous sentie soutenue par les équipes présentes tout au long de la prise en charge de votre accouchement ?** ○ 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*
QC00332	**L'équipe a-t-elle tout mis en œuvre pour respecter vos souhaits concernant votre accouchement ?**

	VOTRE PRISE EN CHARGE LORS DE L'ACCOUCHEMENT **Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous**
	○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'avais pas d'attentes particulières *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00333	**Lors de votre accouchement, avez-vous été bien accompagnée par l'équipe lors de situations d'urgences ou imprévues (explications, soutien, …) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je ne suis pas concernée *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00334	**Lors de votre accouchement, a-t-on respecté votre choix concernant la gestion de votre douleur (pose de la péridurale dans un délai raisonnable après l'avoir demandée, accouchement sans péridurale, …) ?** ○ 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*
QC00335	**Lors de votre accouchement, la gestion de votre douleur vous semblait-elle appropriée (péridurale bien dosée, accouchement sans péridurale bien accompagné, pose d'instruments bien accompagnée, …) ?** ○ 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*
QC00336	**Juste après l'accouchement, avez-vous pu accueillir votre ou vos bébés comme vous le souhaitiez ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout

	VOTRE PRISE EN CHARGE LORS DE L'ACCOUCHEMENT Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous
	○ Mon ou mes bébés n'ont pas pu rester avec moi juste après l'accouchement (néonatologie, césarienne, …) *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00373	**L'équipe vous a-t-elle donné des explications claires sur les gestes, les soins qu'elle a apportés à votre ou vos bébés, juste après l'accouchement (les soins, …) ?** ○ 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*
QC00338	**Avez-vous pu être accompagnée par la ou les personnes de votre choix en salle de naissance (coparent, famille, amis, …) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je souhaitais être seule ○ Je n'avais personne pour m'accompagner *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00339	**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge lors de votre accouchement ?** ○ Excellente ○ Bonne ○ Moyenne ○ Faible ○ Mauvaise *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

	VOTRE PRISE EN CHARGE LORS DU SEJOUR EN MATERNITE APRES L'ACCOUCHEMENT Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous
QC00340	**Après votre accouchement, avez-vous eu un accueil de qualité dans le service d'hospitalisation de la maternité (politesse, gentillesse, hospitalité…) ?** ○ 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*
QC00341	**Dans le service de maternité, est-ce que vos douleurs après l'accouchement ont été prises en charge de manière efficace (tranchées, épisiotomie, …) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'avais pas de douleurs *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00342	**Dans le service de maternité, avez-vous été accompagnée par l'équipe soignante concernant votre état émotionnel (fatigue, épuisement maternel, babyblues, tristesse, …) ?** ○ 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*
QC00343	**Votre rythme et celui de votre ou vos bébés ont-ils été respectés dans l'organisation des soins (temps de prise de température ou de tension, moments de distribution des médicaments, … ?** ○ 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*
QC00344	**Avez-vous reçu des explications claires concernant les soins de votre ou vos bébés (soins du cordon, change, bain, rythme de sommeil, ...) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'avais pas besoin d'explications *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

QC00345	**Avez-vous allaité au sein votre ou vos bébés ?** ○ Oui ○ Non ○ En partie (allaitement mixte, arrêt de l'allaitement, …)
QC00346	**Pendant la journée, avez-vous eu l'aide ou le soutien dont vous aviez besoin par l'équipe soignante (pleurs, change, allaitement/ biberon, ...) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'en avais pas besoin *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00347	**Pendant la nuit, avez-vous eu l'aide ou le soutien dont vous aviez besoin par l'équipe soignante (pleurs, change, allaitement/ biberon, nurserie, ...) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'en avais pas besoin *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00374	**Pendant votre séjour en maternité, vous a-t-on expliqué comment interpréter les comportements de votre ou vos bébés (signes d'éveil, regard, succion, faim, cycles de sommeil, pleurs) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'en avais pas besoin *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00349	**Avez-vous reçu des explications claires et l'accompagnement nécessaire lors de l'alimentation de votre ou vos bébés (mise au sein, quantité des biberons, tire-lait, …) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'en avais pas besoin *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

QC00350	**Pendant votre séjour en maternité, les modalités de visites proposées ont-elles répondu à vos attentes (nombre de personnes autorisées, amplitude horaire, …) ?** ○ 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*
QC00351	**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge dans le service de maternité après votre accouchement ?** ○ Excellente ○ Bonne ○ Moyenne ○ Faible ○ Mauvaise *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

	LA CHAMBRE ET LE REPAS Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous
QC00352	**Etiez-vous dans une chambre :** ○ Seule ○ Double ○ Autre *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00353	**Votre chambre était-elle bien équipée pour vous accueillir vous et votre ou vos bébés (mobilier pour le bébé, mobilier pour vous, salle de bain individuelle, …) ?** ○ 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*
QC00354	**Votre chambre était-elle équipée pour accueillir le coparent (lit, siège inclinable…) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'avais pas de coparent *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00375	**Le confort de votre chambre vous a-t-il convenu (température, propreté, insonorisation, ...) ?** ○ 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*
QC00356	**Les repas étaient-ils de qualité (choix varié, équilibré, goût, quantité, …) ?** ○ 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*

QC00357	**L'organisation des repas était-elle adaptée (horaires, régime alimentaire, allergies, …) ?** ○ 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*
QC00358	**Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre chambre ?** ○ Excellente ○ Bonne ○ Moyenne ○ Faible ○ Mauvaise *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00359	**Globalement, comment évaluez-vous la qualité des repas ?** ○ 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
QC00360	**Avez-vous reçu des informations/ un accompagnement pour préparer votre sortie (annonce de votre date de sortie, prochains rendez-vous, entretien postnatal précoce, consultation/accompagnement allaitement, suivi psychologique, …) ?** ○ 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*
QC00361	**Avez-vous reçu des informations claires sur la reprise de vos activités après votre sortie (sport, activité sexuelle, …) ?** ○ 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*
QC00362	**Vous concernant : avez-vous reçu des explications en cas de problème après la sortie (vos pertes de sang sont anormales, votre fatigue, vos pleurs, difficultés lors de votre allaitement, …)** ○ 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*
QC00363	Avez-vous reçu des explications en cas de problème pour votre ou vos bébés après la sortie (fièvre, vomissement, pleurs inconsolables, …) ? ○ 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*
QC00364	**Globalement, comment évaluez-vous l'organisation de votre sortie ?** ○ Excellente ○ Bonne ○ Moyenne ○ Faible ○ Mauvaise *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

	RESPECT, DIGNITE ET DROITS Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous
QC00376	**Avez-vous été confrontée à des comportements irrespectueux ou inappropriés (paroles, gestes, attitudes, …) de la part des soignants de cette maternité ?** ○ 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*
QC00377	**A-t-on respecté votre intimité et votre dignité (respect du corps, bienveillance, …) dans cette maternité ?** ○ 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*
QC00367	**Le coparent a-t-il eu la possibilité d'être associé tout au long de votre séjour par les équipes de la maternité (suivi de grossesse, en salle de naissance, en service de maternité) ?** ○ Oui, tout à fait ○ Plutôt oui ○ En partie ○ Plutôt non ○ Non, pas du tout ○ Je n'avais pas de coparent *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*

	OPINION GENERALE **Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous**
QC00368	**Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour à la maternité ?** ○ Excellente ○ Bonne ○ Moyenne ○ Faible ○ Mauvaise *Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis*
QC00369	Recommanderiez-vous cette maternité à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient accoucher ? ○ 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**
QC00378	**En général, quel est votre état de santé mental et psychique ?** ○ Très bon ○ Bon ○ Moyen ○ Mauvais ○ Très mauvais
QC00379	**En général, quel est votre état de santé physique ?** ○ Très bon ○ Bon ○ Moyen ○ Mauvais ○ Très mauvais

	POUR EN SAVOIR PLUS **Votre commentaire est transmis dans son intégralité à l'établissement de santé concerné par votre hospitalisation et est accessible à la Haute Autorité de santé. Merci de ne mentionner aucun nom de professionnel(les) ou de patient dans votre commentaire. Il risque de ne pas être pris en compte si le(s) nom(s) de professionnel(les) sont indiqué(s) en clair.**
QT00001	**Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?**
QT00002	**Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?**