

# Questionnaire de l'expérience patient

## Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins

### Contexte

Dans le cadre des expérimentations d'organisations et de financements innovants ([article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 – cliquer ici](#)), et plus particulièrement de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été missionnée pour développer un questionnaire de l'expérience patient.

### Elaboration d'une première version du questionnaire de l'expérience patient

Ce questionnaire vise à évaluer l'expérience du patient vis-à-vis des pratiques des professionnels de santé, des soins reçus et de l'organisation des soins dans le cadre de l'épisode de soins donné et sur trois temps de l'épisode : avant l'hospitalisation, pendant l'hospitalisation et après l'hospitalisation.

L'avis du patient sur son expérience globale de l'épisode de soins est également demandé. Ce questionnaire est générique, quel que soit le type d'épisode de soins.

L'administration du questionnaire est réalisée en deux temps :

- Une première partie du questionnaire est administrée à la fin de l'hospitalisation : elle permet de connaître l'expérience du patient vis-à-vis des pratiques qui se sont déroulées avant et pendant l'hospitalisation ;
- Une deuxième partie du questionnaire est administrée deux mois après l'hospitalisation : elle permet de connaître l'expérience du patient vis-à-vis des pratiques qui se sont déroulées après l'hospitalisation et plus globalement sur l'ensemble de l'épisode de soins.

Ce travail d'élaboration du questionnaire (bibliographie, choix et formulation des questions et des modalités de réponses, modalités d'administration...) a été mené en collaboration avec un groupe de travail d'experts. Ce dernier est constitué de représentants de patients et de personnes qualifiées dans le développement de questionnaires patients.

Une première phase de validation a été réalisée *via* un test de la faisabilité du questionnaire auprès de patients qui sont non adhérents à des associations d'utilisateurs. Elle avait pour objectifs de s'assurer de sa bonne compréhension et d'évaluer le temps de passation.

### Suite des travaux et modifications potentielles du questionnaire de l'expérience patient

Une deuxième phase de validation est nécessaire, afin de vérifier les qualités métrologiques du questionnaire (fiabilité, sensibilité, validité, acceptabilité...). L'administration du questionnaire auprès des patients pendant l'année 2019 permettra d'avoir un premier recueil des données et de tester ces propriétés psychométriques.

Un échange intermédiaire sera organisé avec les professionnels de santé expérimentateurs et le groupe de travail d'experts pour présenter les résultats de ces tests. En fonction de ces derniers, des aménagements pourront être apportés au questionnaire (suppression de questions, modifications des formulations...).

**Première partie du questionnaire** : administrée à la fin de l'hospitalisation, elle permet de connaître l'**expérience du patient** vis-à-vis des pratiques qui se sont déroulées **avant et pendant l'hospitalisation**



Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) dans **[l'hôpital X]** pour **[une chirurgie de la hanche / une chirurgie du genou / une chirurgie du côlon]**.

- Ce questionnaire vise à recueillir votre avis sur :
  - Les soins reçus et les contacts que vous avez eu avec les professionnels de santé concernant votre [chirurgie] avant et pendant votre hospitalisation, donc lors de votre hospitalisation et de toute autre circonstance (consultations en cabinet, à l'hôpital, etc.).
  - Les professionnels de santé, qui peuvent être les médecins, infirmier·e·s, aides-soignant·e·s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistantes sociales, etc.
- Vos réponses :
  - Ne vous prendront que quelques minutes ;
  - Peuvent être interrompues à tout moment et vous pouvez revenir plus tard pour finir de remplir ce questionnaire. Vos réponses resteront enregistrées ;
  - Seront traitées dans le respect de l'anonymat (*formulation en cours de révision*).
- **Votre avis est important** :
  - Il permet d'améliorer la qualité des pratiques et l'organisation des soins.
  - Si vous le souhaitez, un proche, un parent, un aidant ou votre personne de confiance peut vous aider à remplir ce questionnaire.

Cette enquête est menée par le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé.

Par avance merci de votre participation.

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

*Les informations recueillies et conservées sont utilisées exclusivement par l'Assurance Maladie pour les missions confiées par la législation dans le cadre de l'expérimentation pour l'innovation dans le système de Santé reposant sur des modes de financement inédits et dérogatoires sous la responsabilité des porteurs de projets (professionnels expérimentateurs), du directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, de la Haute autorité de Santé et du Ministère des solidarités et de la santé. Vos données personnelles peuvent avoir été collectées auprès des professionnels qui vous prennent en charge (équipe soignante, structures de soins...). Elles sont conservées pour la durée nécessaire au traitement soit au maximum sept années et peuvent être adressées de manière anonyme ou agrégées à nos partenaires institutionnels (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Haute Autorité de Santé, Agence Régionale de Santé) ou aux professionnels strictement habilités dans le cadre de cette expérimentation.*

*Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit à certaines limitations de leur traitement. Vous pouvez vous*

*opposer à ce que les données relatives à votre prise en charge soient analysées dans le cadre de l'expérimentation. Quelle que soit la décision, celle-ci sera sans impact sur la prise en charge thérapeutique et sur le remboursement des soins par l'Assurance maladie. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données.*

*Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur le site d'information [ameli.fr](http://ameli.fr) En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.*

*Merci de ne pas répondre à cet e-mail, adressé automatiquement. Pour la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, l'Assurance Maladie vous recommande de ne jamais communiquer vos codes confidentiels permettant l'accès aux services de l'Assurance Maladie.*

*Ce message et ses éventuelles pièces jointes peuvent contenir des informations confidentielles ou privilégiées et elles ne doivent pas être diffusés, exploitées ou copiées sans autorisation. Si vous n'êtes pas destinataire du message merci de le détruire ainsi que toutes ses éventuelles pièces jointes.*

## AVANT VOTRE HOSPITALISATION

Avant votre hospitalisation, vous avez été en relation avec des professionnels de santé (médecins, infirmier·e·s, aides-soignant·e·s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistantes sociales,...). Selon vous, ces professionnels de santé ont :

<b>1.</b> Donné les informations pour comprendre votre problème de santé
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas être informé(e)
<b>2.</b> Informé de différents choix de traitements possibles pour votre problème de santé
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas être informé(e)
<b>3.</b> Informé des bénéfices et des risques du traitement de votre problème de santé
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas être informé(e)
<b>4.</b> Donné des informations claires et faciles à comprendre (termes techniques expliqués)
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas être informé(e)
<b>5.</b> Encouragé à poser des questions
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de questions
<b>6.</b> Impliqué, vous et/ou vos proches, dans les décisions concernant vos soins
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> moi et/ou mes proches ne voulions pas être impliqués
<b>7.</b> Pris en compte vos inquiétudes concernant votre problème de santé
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'inquiétudes
<b>8.</b> Pris en compte vos douleurs physiques
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait      2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie      3 <input type="checkbox"/> Non      4 <input type="checkbox"/> Sans avis      5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de douleurs

<b>9.</b> Indiqué un professionnel de santé référent pour la coordination de vos soins	1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>10.</b> Aidé à vous orienter vers les spécialistes et/ou autres professionnels de santé à consulter	1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas besoin d'aide
<b>11.</b> Aidé à préparer votre séjour à l'hôpital (livret d'accueil, rappel des consignes, etc.)	1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas besoin d'aide
Selon vous, les professionnels de santé vous ont :					
<b>12.</b> Aidé à vous mettre en confiance	1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas besoin d'aide
<b>13.</b> Traité avec respect	1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis /	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>14.</b> Écouté avec attention	1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis /	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>15.</b> Aidé lors de votre arrivée à l'hôpital	1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis /	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus

<b>PENDANT VOTRE HOSPITALISATION</b>				
Lors de votre séjour à l'hôpital, vous avez été en relation avec des professionnels de santé. Selon vous, ces professionnels de santé ont :				
<b>16. Indiqué leur nom et fonction, en se présentant</b>				
1 <input type="checkbox"/> Oui, souvent	2 <input type="checkbox"/> Oui, parfois	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>17. Aidé pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer,</b>				
1 <input type="checkbox"/> Oui, souvent	2 <input type="checkbox"/> Oui, parfois	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas besoin d'aide
<b>18. Pris en compte vos inquiétudes</b>				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'inquiétudes
<b>19. Pris en compte vos douleurs physiques</b>				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de douleurs
<b>20. Respecté votre intimité lors de vos soins</b>				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>21. Respecté la confidentialité et le secret professionnel</b>				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>22. Donné des informations claires et faciles à comprendre</b>				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas être informé(e)

Lors de votre séjour à l'hôpital, avant de vous donner des médicaments, les professionnels de santé ont :				
<b>23.</b> Vérifié votre identité pour s'assurer que les médicaments étaient pour vous				
1 <input type="checkbox"/> Oui, toujours	2 <input type="checkbox"/> Oui, parfois	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments
<b>24.</b> Dit à quoi les médicaments servaient				
1 <input type="checkbox"/> Oui, toujours	2 <input type="checkbox"/> Oui, parfois	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments
<b>25.</b> Expliqué les effets secondaires possibles des médicaments				
1 <input type="checkbox"/> Oui, toujours	2 <input type="checkbox"/> Oui, parfois	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments
Avant votre sortie de l'hôpital, les professionnels de santé ont expliqué :				
<b>26.</b> les effets de vos médicaments que vous deviez surveiller				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>27.</b> la liste et les doses des médicaments à prendre après la sortie				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de médicaments
<b>28.</b> Les signes ou complications devant vous amener à les recontacter				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
Avant votre sortie de l'hôpital, les professionnels de santé ont :				
<b>29.</b> Discuté avec vous de l'aide nécessaire après la sortie				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je n'avais pas besoin d'aide
Avant votre sortie de l'hôpital, les professionnels de santé vous ont donné des informations sur :				
<b>30.</b> La reprise de vos activités quotidiennes après la sortie (travail, sport, activités habituelles)				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus
<b>31.</b> Le suivi de vos soins après la sortie (prochains rendez-vous, prochains soins)				
1 <input type="checkbox"/> Oui, tout à fait	2 <input type="checkbox"/> Oui, en partie	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> Sans avis	5 <input type="checkbox"/> Je ne sais plus

**32.** Qu'avez-vous retenu de positif avant et pendant votre hospitalisation ?  
texte libre

**33.** Qu'avez-vous retenu de négatif avant et pendant votre hospitalisation ?  
texte libre





Le questionnaire est terminé.

Un second questionnaire vous sera adressé pour évaluer vos soins reçus après votre hospitalisation.

Merci de votre participation.

**Deuxième partie du questionnaire** : administrée deux mois après l'hospitalisation, elle permet de connaître l'expérience du patient vis-à-vis des pratiques qui se sont déroulées après l'hospitalisation et plus globalement sur l'ensemble de l'épisode de soins



Madame, Monsieur,

Vous avez été hospitalisé(e) dans [l'hôpital X] pour [une chirurgie de la hanche / une chirurgie du genou / une chirurgie du côlon].

- Ce questionnaire vise à recueillir votre avis sur :
  - Les soins reçus et les contacts que vous avez eu avec les professionnels de santé concernant votre [chirurgie] après votre hospitalisation et globalement, donc lors de votre hospitalisation et de toute autre circonstance (consultations en cabinet, à l'hôpital, etc.).
  - Les professionnels de santé, qui peuvent être les médecins, infirmier-e-s, aides-soignant-e-s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistantes sociales, etc.
- Vos réponses :
  - Ne vous prendront que quelques minutes ;
  - Peuvent être interrompues à tout moment et vous pouvez revenir plus tard pour finir de remplir ce questionnaire. Vos réponses resteront enregistrées ;
  - **Seront traitées dans le respect de l'anonymat (formulation en cours de révision).**
- **Votre avis est important** :
  - Il permet d'améliorer la qualité des pratiques et l'organisation des soins.
  - Si vous le souhaitez, un proche, un parent, un aidant ou votre personne de confiance peut vous aider à remplir ce questionnaire.

Cette enquête est menée par le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé.

Par avance merci de votre participation.

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

*Les informations recueillies et conservées sont utilisées exclusivement par l'Assurance Maladie pour les missions confiées par la législation dans le cadre de l'expérimentation pour l'innovation dans le système de Santé reposant sur des modes de financement inédits et dérogatoires sous la responsabilité des porteurs de projets (professionnels expérimentateurs), du directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, de la Haute autorité de Santé et du Ministère des solidarités et de la santé. Vos données personnelles peuvent avoir été collectées auprès des professionnels qui vous prennent en charge (équipe soignante, structures de soins...). Elles sont conservées pour la durée nécessaire au traitement soit au maximum sept années et peuvent être adressées de manière anonyme ou agrégées à nos partenaires institutionnels (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Haute Autorité de Santé, Agence Régionale de Santé) ou aux professionnels strictement habilités dans le cadre de cette expérimentation.*

*Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit à certaines limitations de leur traitement. Vous pouvez vous opposer à ce que les données relatives à votre prise en charge soient analysées dans le cadre de l'expérimentation. Quelle que soit la décision, celle-ci sera sans impact sur la prise en charge thérapeutique et sur le remboursement des soins par l'Assurance maladie. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données.*

*Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données, rendez-vous sur le site d'information [ameli.fr](http://ameli.fr) En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.*

*Merci de ne pas répondre à cet e-mail, adressé automatiquement. Pour la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, l'Assurance Maladie vous recommande de ne jamais communiquer vos codes confidentiels permettant l'accès aux services de l'Assurance Maladie.*

*Ce message et ses éventuelles pièces jointes peuvent contenir des informations confidentielles ou privilégiées et elles ne doivent pas être diffusés, exploitées ou copiées sans autorisation. Si vous n'êtes pas destinataire du message merci de le détruire ainsi que toutes ses éventuelles pièces jointes.*

## APRES VOTRE HOSPITALISATION

Après votre sortie de l'hôpital, vous avez été en relation avec des professionnels de santé (médecins, infirmier·e·s, aides-soignant·e·s, kinésithérapeutes, psychologues, secrétaires médicales, assistantes sociales, ...). Selon vous, ces professionnels de santé ont :

1. Aidé dans vos activités quotidiennes (travail, sport, activités habituelles)

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je n'avais pas besoin d'aide

2. Pris en compte vos inquiétudes concernant votre problème de santé

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je n'avais pas d'inquiétudes

3. Pris en compte vos douleurs physiques

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je n'avais pas de douleurs

Après votre sortie de l'hôpital, selon vous, ces professionnels de santé :

4. Etaient au courant de vos soins à l'hôpital

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus

5. Ont donné des informations similaires avec celles reçues à l'hôpital

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus

6. Ont donné des soins similaires avec ceux reçus à l'hôpital

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus

7. Qu'avez-vous retenu de positif après votre hospitalisation ?  
texte libre

8. Qu'avez-vous retenu de négatif après votre hospitalisation ?  
texte libre

## GLOBALEMENT

Concernant l'ensemble de vos soins, selon vous, les professionnels de santé :

**9.** Ont eu une coordination et un suivi des informations entre eux

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus

Concernant l'ensemble de vos soins, selon vous, les professionnels de santé ont :

**10.** Donné des informations similaires concernant vos soins

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus

**11.** Travaillé en équipe

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus

**12.** Indiqué comment vous pouviez faire des remarques ou une réclamation concernant vos soins

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus

**13.** Pris en compte les erreurs et/ou problèmes survenus en lien avec vos soins

1  Oui, tout à fait

2  Oui, en partie

3  Non

4  Sans avis /

5  Je ne sais plus



Le questionnaire est terminé.

Merci de votre participation.