

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



Donnez votre avis sur votre hospitalisation



Madame,

Vous avez accouché 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](#)

Avez-vous accouché 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, car vous n'avez pas accouché dans la maternité concernée par cette enquête. Nous vous remercions d'avoir répondu à ce mail.

Généralités

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

Avez-vous choisi votre maternité ?

- ☐ Oui, je l'ai choisie ☐ Non, je n'ai pas eu le choix

S'agit-il de votre premier accouchement ?

- ☐ Oui ☐ Non

Pour cette grossesse, avez-vous accouché de :

- ☐ Un seul enfant ☐ Jumeaux ☐ Triplés ou plus

Avez-vous accouché par ?

- ☐ Voie basse ☐ Césarienne ☐ Les deux (dans le cas de grossesses multiples, jumeaux ou plus)

Avez-vous eu une grossesse à risque (hyper tension de grossesse, diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré, ...) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des complications lors de votre accouchement ?

- ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous concernés par un de ces cas ?

- ☐ Votre (ou vos) bébé(s) sont en vie ☐ Votre (ou vos) bébé(s) sont décédé(s) après la naissance ☐ Mort fœtale in utero ☐ Interruption médicale de grossesse

Votre bébé (ou vos) bébé ont été hospitalisé(s) en néonatalogie ou en réanimation ?

- ☐ Oui, dans la même maternité ☐ Oui, dans une autre maternité (transfert) ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une sortie précoce (sortie de la maternité avant les 3 jours après un accouchement 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

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

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

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

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				
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				
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				
Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité que vous avez suivis ont-ils été utiles ? ☐ 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				
Les professionnels (médecins, sage-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				
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				
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				
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				
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				
Pendant le pré travail et l'accouchement, a-t-on recueilli votre consentement pour tous les actes réalisés (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				
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				
L'équipe a-t-elle tout mis en œuvre pour respecter vos souhaits concernant votre accouchement ? ☐ 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				

Votre prise en charge lors de l'accouchement

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

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

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

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

Juste après l'accouchement, avez-vous pu accueillir votre (ou vos) bébé(s) comme vous le souhaitiez ?

- ☐ Oui, tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ En partie ☐ Plutôt non ☐ Non, pas du tout
☐ Mon ou mes bébés n'ont pas pu rester avec moi juste après l'accouchement (néonatalogie, césarienne, ...)

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

L'équipe vous a-t-elle donné des explications claires sur la prise en charge de votre (ou vos) bébé(s) 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

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

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 séjour en maternité après l'accouchement

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

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

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

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

Votre prise en charge lors du séjour en maternité après l'accouchement

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

Votre rythme et celui de votre (ou vos) bébé(s) 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

Avez-vous reçu des explications claires concernant les soins de votre (ou vos) bébé(s) (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

Avez-vous allaité au sein votre (ou vos) bébé(s) ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie (allaitement mixte, arrêt de l'allaitement, ...)

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

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

Avez-vous été sensibilisée aux signes permettant de comprendre votre bébé (signes d'éveil, regard, succion, ...) ?

- ☐ 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

Avez-vous reçu des explications claires et l'accompagnement nécessaire lors de l'alimentation de votre (vos) bébé(s) (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

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

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

Etiez-vous dans une chambre :

- ☐ Seule ☐ Double ☐ Autre

Votre chambre était-elle bien équipée pour vous accueillir vous et votre (vos) bébé(s) (mobiliier pour le bébé, mobiliier 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

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

Le confort de votre chambre était-il correct (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

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

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

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

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

Avez-vous reçu des informations/ un accompagnement pour préparer votre sortie (annonce de votre date de sortie, prochains rendez-vous, entretien post natal 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

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

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

Avez-vous reçu des explications en cas de problème pour votre (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

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, dignité et coparent

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

Avez-vous été confrontée à des comportements irrespectueux ou inappropriés (paroles, gestes, attitudes, ...) de la part des soignants lors de votre séjour en 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

A-t-on respecté votre intimité et votre dignité (respect du corps, bienveillance, ...) lors de votre séjour en 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

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 générale

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

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

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

Sur une échelle de 1 à 5, comment vous sentez-vous psychologiquement aujourd'hui ?

1 signifie « je me sens très mal » et 5 signifie « je me sens très bien ». Les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement.

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

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

Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?

1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait. Les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement.

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

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

Pour en savoir plus

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

Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?

Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?