**Outil 11** **Questionnaire expérience patient PAAM**

**Enquête « Expérience patient dans le processus “patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM)” »**

 Date : Service :

Évaluateur :

 **Votre expérience en tant que patient**

Logo établissement

Date : …… / …… / ……..

Madame, Monsieur,

Notre établissement a mis en place la possibilité pour un patient de gérer en partie ou la totalité de ses médicaments dans le service où vous avez été hospitalisé.

Nous souhaitons recueillir votre avis sur le dispositif PAAM dont vous avez pu bénéficier. Notre objectif est de nous améliorer et de répondre à vos attentes et besoins.

Merci par avance de répondre à ce questionnaire.

Nous vous rappelons que ce questionnaire est **ANONYME.**

Une fois rempli, nous vous demandons de déposer le questionnaire selon les consignes que l’équipe vous a communiquées.

Merci d’indiquer qui a rempli le questionnaire :

❒ Vous-même (patient)

❒ Avec un membre de votre entourage

❒ Avec un bénévole ou un représentant des usagers

❒ Autre (précisez) : …………………………………………………………………….

**Question introductive**

Aviez-vous déjà été intégré dans une démarche PAAM au cours d’une hospitalisation précédente ?

Oui ❒ Non ❒ Ne sais pas ❒

**INSTRUCTION :** cochez la case qui décrit le mieux votre point de vue.

1. **Diriez-vous que vous êtes plus à l’aise au moment de la sortie pour gérer vos médicaments à domicile ? (1 seule réponse possible)**

| ❒ Pas du tout d’accord | ❒ Pas d’accord | ❒ D’accord | ❒Tout à fait d’accord | ❒Ne sais pas |
| --- | --- | --- | --- | --- |

1. **Que pensez-vous de l’information écrite que vous avez reçue sur le dispositif PAAM ? (Plusieurs réponses possibles)**

| ❒ Simple  | ❒ Compliquée | ❒ Utile | ❒Indispensable | ❒Ne sais pas |
| --- | --- | --- | --- | --- |

1. **Que pensez-vous de l’information orale que vous avez reçue sur le dispositif PAAM ? (Plusieurs réponses possibles)**

| ❒ Complète | ❒ Incomplète | ❒ Utile | ❒Indispensable | ❒Ne sais pas |
| --- | --- | --- | --- | --- |

1. **Souhaiteriez-vous le même dispositif si vous êtes réhospitalisé ?**

| ❒ Pas du tout d’accord | ❒ Pas d’accord | ❒ D’accord | ❒Tout à fait d’accord | ❒Ne sais pas |
| --- | --- | --- | --- | --- |

**Citez 1 à 3 mots qui décrivent l’avantage de ce dispositif PAAM selon vous (ce que vous avez apprécié, ce qui vous a plu, etc.)**

Exemple : je me suis senti(e) sécurisé(e) de continuer à faire moi-même mon insuline comme à la maison

**Citez 1 à 3 mots qui décrivent une limite de ce dispositif PAAM selon vous (ce qui vous a moins plu, embêté, etc.)**

Exemple : je n’ai pas pu me servir de mes propres médicaments

**Nous vous remercions pour votre participation**