



# Votre avis **NOUS INTÉRESSE !**



**PERSONNES  
ÂGÉES**



**AIDANTS**

**PERSONNES EN SITUATION  
DE HANDICAP**

Dans le cadre du déploiement du **Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA)** dans l'Oise, nous souhaitons recueillir votre avis **en tant qu'utilisateur ou aidant** sur la prise en charge qui vous a été dispensée dans le parcours lié à la **perte d'autonomie**.



Votre participation est précieuse pour alimenter notre analyse et **favoriser l'amélioration de la prise en charge**.



Vos réponses resteront **confidentielles** et ne seront utilisées que dans le cadre de notre étude.



**TEMPS ESTIMÉ**  
pour répondre au  
questionnaire :  
environ  
**6 MINUTES**

Accéder au  
questionnaire :



**OU**

Via le lien :  
<https://app.evalandgo.com/f/447599/4qfpE-vs5LeUBo7GTzsWKu8>

**MERCI POUR VOTRE  
PARTICIPATION !**

Rejoignez-nous