



**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DESTINE AUX RESIDENTS**  
**A RETOURNER AVANT LE 10 AVRIL 2015**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous vivez à l'EHPAD du Ploreau à La Chapelle-sur-Erdre.

Nous cherchons continuellement à évaluer et améliorer la qualité de la prise en charge et les prestations proposées au sein de l'établissement.

Pour cela, vos impressions sont essentielles ! Votre avis nous intéresse !

Aussi, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire de satisfaction et de le retourner auprès du secrétariat administratif avant le 10 avril 2015.

---

**Ce questionnaire est anonyme ou non, selon votre volonté :**

NOM (facultatif):

Prénom (facultatif) :

N° chambre (facultatif) :

Hébergement permanent     Accueil Jour     Hébergement Temporaire

**Merci de préciser si vous complétez ce questionnaire :**

- seul
- avec l'aide d'un proche
- avec l'aide d'un animateur
- avec l'aide d'un bénévole

**Merci de nous préciser depuis combien de temps vous êtes résident au Ploreau :**

- moins de 3 mois
- moins d'un an
- plus d'un an
- plus de 3 ans



## ACCUEIL / INFORMATIONS / GESTION ADMINISTRATIVE

1/ Etes-vous satisfait(e) des **renseignements** (accessibilité, compréhension...), de **l'aide aux démarches et du suivi administratif** de vos dossiers, courriers.... ?

oui       non

---

**Vos commentaires :**

.....  
.....

## A PROPOS DU SOIN ET DE L'HYGIENE CORPORELLE

1/ Etes-vous satisfait(e) de votre **prise en charge** et de votre suivi par les **infirmier(e)s** ?

oui       non

---

2/ Etes-vous satisfait(e) de votre **prise en charge** par Emilie Durand, la **psychologue** ?

oui       non       je ne la rencontre jamais

---

3/ Etes-vous satisfait(e) de votre **prise en charge** et de votre suivi par le Docteur Couffin, le **médecin coordinateur** ?

oui       non       je ne le rencontre jamais

---

4/ Etes-vous satisfait(e) de votre **prise en charge** par les **aides-soignantes** ?

oui       non       à peu près

---

5/ Etes-vous satisfait(e) de votre **prise en charge** par les **agents de services** ?

oui       non       à peu près

---



6/ Etes-vous satisfait(e) de votre **prise en charge** par **votre médecin traitant** ?

oui       non       à peu près

---

7/ Etes-vous satisfait(e) de votre **prise en charge** par **votre kinésithérapeute** ?

oui       non       je ne fais pas appel à un kiné

---

8/ Etes-vous satisfait(e) des **intervenants de soins de confort** (*coiffure, esthéticienne*) ?

oui       non       je ne fais pas appel à ces intervenants

---

9/ Etes-vous satisfait(e) de **l'information reçue concernant l'évolution de votre état de santé**, le changement de traitement, les examens ou hospitalisations réalisées ou programmées ... ?

oui       non       à peu près

---

10/ Etes-vous satisfait(e) de la **fréquence de nettoyage** des dentiers, lunettes et appareils auditifs ?

oui       non       je ne suis pas concerné

---

11/ Etes-vous satisfait(e) par la **fréquence des douches** que l'on vous propose ?

oui       non       à peu près

---

12/ Etes-vous satisfait(e) de **l'aide que l'on vous apporte lors des actes de la vie quotidienne** (toilette, aide au repas, aide aux déplacements...) ?

oui       non       à peu près

---

**Vos commentaires :**

.....  
.....



## LE PERSONNEL

1/ Parvenez-vous à **identifier** facilement les différents personnels qui travaillent au sein de la résidence ?

oui       non

---

2/ A votre avis, le personnel est-il suffisamment **aimable et poli** ?

oui       non

---

3/ A votre avis, le personnel prend-il le temps de **vous écouter et de répondre** à vos questions en dehors du temps consacré à vos soins ?

oui       non

---

4/ Le personnel **frappe-t-il à la porte** avant d'entrer dans votre chambre ?

oui       non

---

5/ Etes-vous satisfait(e) de la **qualité des contacts et des échanges avec la direction** ?

oui       non

---

6/ Etes-vous satisfait(e) de la **qualité des contacts et des échanges avec les services administratifs** ?

oui       non

---

7/ Etes-vous satisfait(e) de la **qualité des contacts et des échanges avec les équipes de jour** ?

oui       non

---



8/ Etes-vous satisfait(e) de la **qualité des contacts et des échanges avec les équipes de nuit** ?

oui       non

---

9/ A votre avis, le personnel **respecte-t-il votre intimité et votre dignité** lorsqu'il vous donne des soins de base ?

oui       non

---

10/ A votre avis, le personnel **respecte-t-il votre rythme et vos habitudes de vie** ?

oui       non

---

11/ **L'horaire** où l'on vous donne les soins d'hygiène ou de santé vous convient-il ?

oui       non

---

12/ Le personnel vous demande-t-il **votre avis** lors de ses interventions auprès de vous ?

oui       non       parfois

---

**Vos commentaires :**

.....

.....

.....

.....

.....



## ANIMATION ET VIE SOCIALE

1/ Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge et de **l'accompagnement des animateurs** du Ploreau ?

oui       non       parfois

---

2/ Etes-vous intéressé(e) par les **activités et animations** proposées par les animateurs de la résidence ?

oui       non       parfois

---

3/ Les **informations et affichages** concernant les activités et animations vous paraissent-ils suffisants et compréhensibles ?

oui       non       parfois

---

4/ Les animateurs vous sollicitent-ils pour **participer** aux activités et animations au quotidien ?

oui       non       parfois

---

5/ Les activités et animations proposées chaque semaine vous paraissent-elles suffisamment **adaptées et diversifiées** ?

oui       non       parfois

---

6/ Êtes-vous intéressé(e) par les rencontres avec les enfants de la **crèche des Petits Pas du Ploreau** ?

oui       non       parfois

---



7/ Y a-t-il des **activités qui vous manquent** pour occuper vos journées ?

oui     non     parfois    Si oui, **lesquelles** :

.....

.....

.....

.....

.....

---

8/ Souhaitez-vous participer aux **rencontres organisées avec la direction** (1 fois tous les deux mois environ ou selon les besoins) ?

oui     non

---

9/ Connaissez-vous l'existence, le rôle et les représentants du **Conseil de la Vie Sociale** ?

oui     non

---

10/ Avez-vous lu au moins une fois le **compte-rendu du CVS** à disposition dans le classeur du petit salon ?

oui     non

---

**Vos commentaires :**

.....

.....

.....

.....



## CADRE DE VIE ET HYGIENE DES LOCAUX

1/ Etes-vous satisfait(e) du **confort de votre chambre** ?

oui       non       à peu près

---

2/ Etes-vous satisfait(e) de la chambre qui vous a été **attribuée** ?

oui       non       à peu près

---

3/ Etes-vous satisfait(e) des **équipements** de votre chambre (literie, éclairage, rangements, accessibilité...) ?

oui       non       à peu près

---

4/ Etes-vous satisfait(e) de la possibilité de **personnaliser** votre chambre ?

oui       non       à peu près

---

5/ Etes-vous satisfait(e) du **confort et l'entretien des équipements** mis à votre disposition (fauteuil roulant, fauteuil confort, déambulateur...) ?

oui       non       à peu près

---

6/ Etes-vous satisfait(e) de la **propreté** de votre chambre ?

oui       non       à peu près

---

7/ Etes-vous satisfait(e) de la **propreté des locaux communs** (salle à manger, couloirs, salons) ?

oui       non       à peu près

---



8/ Etes-vous satisfait(e) du **repérage des locaux (signalétique)** au sein de la résidence (salle à manger, votre chambre, salle animation...) ?

oui       non       à peu près

---

9/ Etes-vous satisfait(e) de l'**accessibilité des locaux** ?

oui       non       à peu près

---

10/ Etes-vous satisfait(e) du **cadre extérieur** (jardin, parc, bancs...) ?

oui       non       à peu près

---

**Vos commentaires :**

.....

.....

.....

.....



## RESTAURATION

1/ Etes-vous satisfait(e) **de la présentation** des repas (mise en place du couvert, disposition des tables) ?

oui       non       à peu près

---

2/ Etes-vous satisfait(e) de la **quantité servie** lors des repas ?

oui       non       à peu près

---

3/ Etes-vous satisfait(e) de la **durée du temps des repas** ?

oui       non       à peu près

---

4/ Etes-vous satisfait(e) du **petit-déjeuner** (choix, quantité, présentation...) ?

oui       non       à peu près

---

5/ Etes-vous satisfait(e) du **goûter** (choix, quantité...) ?

oui       non       à peu près

---

6/ Participez-vous aux **réunions** de la **Commission Restauration** ?

Oui       Non

**Si oui**, souhaiteriez-vous y prendre part ?

Oui       Non

---

**Vos commentaires :**

.....  
.....



## LINGERIE

1/ Etes-vous satisfait(e) de la **propreté** de vos vêtements ?

oui       non       à peu près

---

2/ Etes-vous satisfait(e) du **repassage** de vos vêtements ?

oui       non       à peu près

---

3/ Avez-vous été **victime de perte de linge** ?

oui       non

---

4/ Si vous avez été **victime de perte de linge**, avez-vous été satisfaits de la **réponse apportée** par la résidence (considération, remboursement...) ?

oui       non       à peu près

---

4/ Avez-vous des **suggestions** concernant cette prestation ?

oui       non      *Si oui, lesquelles :*

.....

.....

.....

---

**Vos commentaires :**

.....

.....

.....

.....

.....



## VIE QUOTIDIENNE

1/ Etes-vous satisfait(e) **de l'organisation, des horaires et du rythme** de la journée ?

oui       non       à peu près

---

2/ Considérez-vous avoir la **liberté** de pratiquer **votre culte religieux** ?

oui       non       à peu près

---

3/ Considérez-vous avoir la **possibilité d'exprimer** vos réclamations ou satisfactions ?

oui       non       à peu près

---

4/ Considérez-vous avoir suffisamment **d'aide pour vos déplacements** ?

oui       non       à peu près

---

5/ Considérez-vous avoir la **liberté d'aller et venir** comme vous le souhaitez ?

oui       non       à peu près

---

6/ Connaissez vous les **personnes à contacter** pour faire part d'un dysfonctionnement ?

oui       non      si oui, quelles sont-elles ? .....

---

7/ Connaissez-vous la « **salariée-référente** » auprès de qui vous pouvez faire part de vos besoins ?

oui       non      si oui, quelle est son nom ? .....

---

**Vos commentaires :**

.....  
.....



## INFORMATION D'ORDRE GENERAL

1/ **D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de la qualité des interventions des différents services du personnel ?**

oui       non

**Pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....

---

1/ **D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre séjour dans la résidence ?**

oui       non

**Pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**Nous vous remercions de votre collaboration !**

**Questionnaire à remettre aux animateurs ou à l'accueil !**

