



**Pôle Médico-Social
Bais - Hambers**

Ehpad
Foyer d'Accueil Médicalisé
Foyer de Vie
Maison Accueil Spécialisée

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Destiné à l'entourage des Résidents du Pôle Médico-Social BAIS / HAMBERS

(VERSION février 2014)

Date du jour :

Vous comptez parmi l'entourage d'un Résident de :

- De l'EHPAD « le Rochard » à BAIS
- Des FV et MAS « Blanche-Neige » à BAIS
- Du FAM « Les Bleuets » à HAMBERS

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la qualité de vie au sein de l'établissement, Nous vous proposons de répondre au questionnaire de satisfaction ci-dessous.

Vous pourrez remettre ce questionnaire à l'accueil de l'établissement ou, en dehors des horaires de présence des agents administratifs de l'accueil, dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.

Vous avez le choix de répondre anonymement et de déposer dans la boîte aux lettres de l'accueil.

Comment remplir le questionnaire de satisfaction ?

- Indiquez la date du jour (celle-ci pourra nous être utile pour l'analyse de vos réponses ; bruit pendant une période de travaux par exemple)
- Cochez en haut à gauche (en bleu) l'établissement du Pôle Médico-Social dans lequel votre proche réside.
- Cochez ensuite pour chaque question, la case qui correspond à votre choix de réponse

L'ACCES A L'ETABLISSEMENT

OUI NON

1. Estimez-vous que la signalisation pour rejoindre l'établissement est :

- | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Suffisante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compréhensible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Estimez-vous satisfaisantes les conditions de stationnement (nombre de place disponibles) :

L'ACCUEIL

Toujours Parfois Jamais

3. Lors de vos visites vous vous sentez bien accueilli (e) :

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Par les agents de l'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Par les agents des services de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Lors de vos appels téléphoniques, vous vous sentez bien accueilli (e) :

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Par les agents de l'accueil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Par les agents des services de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Les réponses apportées correspondent à vos attentes :

OUI NON

6. Avez-vous pu identifier les fonctions de chacun de vos interlocuteurs ?

Commentaires sur l'accès à l'établissement et l'accueil réservé à l'entourage des usagers :

.....

.....

.....

.....

LE QUOTIDIEN DE VOTRE PROCHE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT




Toujours Parfois Jamais

7. Lors de vos visites, êtes-vous gêné (e)

par le bruit environnant :

8. Estimez-vous satisfaisant :

OUI NON

- | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Le confort de la chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Son aménagement (disposition dans l'espace) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Ses équipements (prise électriques, téléphone, TV, mobilier) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Estimez-vous satisfaisante la propreté de :

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | La chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Du cabinet de toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Des couloirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Des lieux de vie communs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Ces différents locaux vous paraissent-ils accessibles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. La signalétique interne vous paraît-elle suffisante ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous repéré les panneaux d'affichages réservés au public ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Trouvez-vous agréables les aménagements extérieurs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Trouvez-vous agréables les aménagements intérieurs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Estimez-vous satisfaisant : | | |
| ✚ La propreté du linge de lit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✚ La propreté du linge de toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✚ La propreté du linge personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires sur la propreté, la signalétique et la prestation linge :

.....

.....

.....

.....

ACCOMPAGNEMENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 16. L'équipe soignante est-elle : | | |
| ✚ A votre écoute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✚ Disponible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✚ Efficace dans la prise en charge soignante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. D'une manière générale, obtenez-vous des informations claires et suffisantes concernant : | | |
| ✚ L'état de santé » de votre proche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✚ La prise en charge de votre proche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Avez-vous besoin de demander ses informations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LA VIE SOCIALE

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 19. Savez-vous qu'il existe un « Conseil de vie sociale » auquel des représentants des Résidents élus, participent pour émettre leur avis sur la vie de l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OUI NON

20. Savez-vous qu'il vous est possible de partager un repas avec votre proche (Il vous sera alors nécessaire de le commander directement ou par téléphone à l'accueil) :




21. Si vous avez-déjà déjeuner au sein de l'établissement avec votre proche, diriez-vous que les repas servis sont :

Excellents Bons Satisfaisants Passables Mauvais



L'ANIMATION

	OUI	NON
22. Connaissez-vous la personne « référente » pour l'animation au sein de l'établissement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI avez-vous eu l'occasion de la rencontrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Estimez-vous que les animations sont :

 Adaptées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Variées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Divertissantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Estimez-vous la fréquence des animations suffisantes :

 En semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Le week-end	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Estimez-vous être bien informé(e) du programme d'animations dont peut bénéficier votre proche

26. L'établissement offre-t-il suffisamment de lieux pour permettre aux Résidents de profiter au mieux de leur entourage, de leur proches ?

SECURITE DE PERSONNES ET DES BIENS

	OUI	NON
27. Estimez-vous que l'établissement soit suffisamment sécurisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE OPINION SUR L'ETABLISSEMENT

28. Comment jugez-vous l'ambiance générale de l'établissement ?

29. Avez-vous des suggestions ou des critiques à nous adresser ?

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

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION

Vos, nom & prénom (facultatif) :