

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DESTINE AUX FAMILLES ET AUX REPRESENTANTS LEGAUX

VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

Notre établissement doit pouvoir justifier de sa volonté de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, engagement pris dans le cadre du CPOM signé avec le Département.

Ainsi, un recueil de votre satisfaction sera effectué annuellement par le biais de ce questionnaire.

Il doit nous permettre, avec votre aide, d'améliorer nos prestations et de recueillir vos remarques et suggestions.

Ce questionnaire est anonyme ou non selon votre volonté :

-NOM/Prénom :

-NOM/Prénom du Résident ou de la Résidente :

-Quel est votre lien de parenté avec le/la Résident/Résidente :

Conjoint

Frère/Sœur

Gendre/Belle-fille

Voisin/Ami(e)

Enfant

Tuteur/Curateur

Neveu/Nièce

Autre : _____

I. Accueil / Informations / Gestion administrative

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil téléphonique ?

Êtes-vous satisfait(e) de l'accueil physique ?

Êtes-vous satisfait(e) des renseignements, de l'aide aux démarches et du suivi administratif de vos dossiers ?

Autres perceptions ou remarques :

Êtes-vous satisfait(e) de l'accompagnement réalisé par le personnel d'encadrement (Directeur et Cadre Socio-éducatif ?

Autres perceptions ou remarques :

Parvenez-vous à identifier facilement les différents personnels au sein de l'établissement ? OUI NON

Le personnel vous a-t'il été présenté ? OUI NON

À votre avis, le personnel prend-il le temps de vous écouter et de répondre à vos questions ? OUI NON

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de la qualité des contacts avec le personnel ?

Sur quels sujets aimeriez-vous plus de précisions ?

- Charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Les différentes instances du CDAIR et leur rôle
- Le contrat de séjour
- Le règlement de fonctionnement
- Les activités existantes
- Les projets à venir
- Autres :

Connaissez-vous notre nouveau site internet cdair.fr

OUI NON

Qu'en pensez-vous ?

Très Intéressant	Intéressant	Peu intéressant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Accompagnement des Résidents

1. **Projet personnalisé**

Avez-vous connaissance de l'obligation qui nous est faite de proposer à chaque personne hébergée ou accueillie un projet personnalisé ?

OUI NON

Connaissez-vous le nom du référent de votre protégé(e) ?

OUI NON

Êtes-vous satisfait(e) du travail réalisé pour l'élaboration et le suivi du projet personnalisé de votre protégé(e) ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout Satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres perceptions et remarques :

Êtes-vous satisfait(e) de cette collaboration et du rythme des rencontres ?

OUI NON

Autres perceptions et remarques :

2. **Vie quotidienne**

À votre avis, le personnel respecte t'il le rythme et les habitudes de vie de votre proche/protégé(e) ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout Satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvez-vous préciser :

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de la qualité des interventions des personnels dans l'accompagnement de vos proches à accomplir les actes de leur vie quotidienne ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout Satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvez-vous préciser : attentes, critiques, suggestions, remarques, etc. ...

.....

3. Repas

Avez-vous connaissance des menus proposés aux Résidents du CDAIR ? OUI NON

Si oui, êtes-vous satisfait(e) par l'équilibre des menus proposés ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà partagé un repas sur site avec votre protégé(e) ? OUI NON

Seriez-vous intéressé(e) par cette proposition ? OUI NON

Avez-vous des suggestions concernant cette prestation ? OUI NON

Si oui, lesquels ? :

4. Linge

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de la prestation fournie par l'atelier lingerie ?

Autres perceptions et remarques :

5. Soins

Êtes-vous satisfait(e) de l'information reçue concernant l'état de santé de votre protégé(e), changements de traitement, examens ou hospitalisations etc. ...

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvez-vous préciser ? :

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) du suivi de l'état de santé de votre protégé(e) ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvez-vous préciser ? :

Êtes-vous satisfait(e) du travail de prévention réalisé par l'IDE dans les domaines de la santé et de l'hygiène ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvez-vous préciser ? :

III. Ateliers Occupationnels et animations

Êtes-vous satisfait(e) des activités proposées dans les ateliers occupationnels ? OUI NON

Autres perceptions et remarques :

Les informations diffusées à ce sujet vous paraissent-elles suffisantes et claires ? OUI NON

Autres perceptions et remarques :

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) du rythme et de la qualité des animations proposées annuellement pour tous les Résidents ? OUI NON

Autres perceptions et remarques :

Merci de nous indiquer les animations et activités que vous souhaiteriez voir proposer :

IV. Conseil de Vie Sociale

Connaissez-vous l'existence, le rôle et les représentants du Conseil de la Vie Sociale ? OUI NON

Recevez-vous les comptes rendus de cette instance régulièrement ? (en principe 3 par an) OUI NON

Souhaitez-vous vous impliquer dans la vie institutionnelle de l'établissement ? OUI NON

V. Association La Vague Bleue

Connaissez-vous l'existence, le rôle et les représentants de l'association La Vague Bleue ? OUI NON

Souhaitez-vous vous impliquer dans cette Association ? OUI NON

VI. Cadre de vie

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) des conditions d'accès au site ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberté d'aller et venir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de la fonctionnalité, de l'entretien et de la propreté des locaux communs : salon, salle à manger, couloirs, etc... ?

Autres perceptions et remarques :

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) de la chambre qui a été attribuée à votre protégé(e) ?
Confort, équipement, propreté, etc...

Autres perceptions et remarques :

VII. Conclusion

D'une manière générale, êtes-vous satisfait(e) du séjour de votre protégé(e) ?

Conseilleriez-vous notre établissement ?

OUI NON

Pourquoi ? :

Ce questionnaire vous a t'il permis de vous exprimer sur les points les plus importants de l'accompagnement proposé ?

OUI NON

Sinon, quels sujets auriez-vous souhaité aborder ? :