



Questionnaire de Satisfaction EHPAD

Code	ENR-ESU-002 v.02
Page	1 / 5
Date de création :	28/08/2014
Date de modification :	25/08/2015

Nous essayons de répondre au mieux à vos attentes et besoins. Aussi, afin de connaître votre opinion sur l'établissement et pour améliorer la qualité de l'accompagnement, nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes à ce questionnaire. Pour cela, il vous suffit de cocher les cases correspondantes à votre réponse.



Ce questionnaire est rempli par :

- ☐ Le résident lui-même ☐ Un parent ou un proche ☐ Le résident avec un parent ou un proche

Si vous êtes un parent ou un proche, assurez-vous que vos réponses restituent bien l'appréciation du résident lui-même

Date du jour : __/__/__

Votre arrivée dans l'établissement :

- Le personnel s'est-il présenté ? Oui ☐ Non ☐
- Vous a-t-on présenté (*si Oui ; cocher*) : l'établissement ☐ votre chambre et ces fonctionnalités ☐
- Etes-vous dans une chambre Seule ☐ A deux ☐
- Avez-vous été présenté aux autres résidents ? Oui ☐ Non ☐
- Estimez-vous avoir été suffisamment informé sur (*si Oui ; cocher*) :
 - ☐ les règles de vie, ☐ les prestations et services, ☐ votre projet de Vie.
- Vous a-t-on remis (*si Oui ; cocher*) : Le livret d'accueil de l'EHPAD ☐ Votre Projet de Vie individualisé ☐
- Vous a-t-on informé de l'existence du Conseil de Vie Sociale ? Oui ☐ Non ☐
- Globalement êtes-vous satisfait(e) de votre accueil ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des remarques ou suggestions concernant votre arrivée dans l'établissement ?

.....
.....



Questionnaire de Satisfaction EHPAD

Code	ENR-ESU-002 v.02
Page	2 / 5
Date de création :	28/08/2014
Date de modification :	25/08/2015

Les locaux

Comment estimez-vous :

		Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
▪ Le cadre de vie de l'établissement ?	Extérieur	☐	☐	☐	☐
	Intérieur	☐	☐	☐	☐
▪ La chambre qui vous a été attribuée ?		☐	☐	☐	☐
▪ Son confort ? (volume, agencement, mobilier)		☐	☐	☐	☐
▪ Son entretien ?		☐	☐	☐	☐
▪ Sa tranquillité ?		☐	☐	☐	☐
▪ La signalisation dans les circulations ? (Ascenseur, Escalier, Salle à manger)		☐	☐	☐	☐

Avez-vous des remarques concernant les locaux, votre chambre :

.....
.....

L'animation

▪ Participez-vous à l'animation ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui, que pensez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
▪ Des ateliers et activités proposés par l'animation ?	☐	☐	☐	☐
▪ De l'affichage et des informations sur l'animation ?	☐	☒	☐	☐
▪ Cela vous apporte-t-il plus de convivialité, des rencontres, du bien-être,... ?	Oui ☐			Non ☐

Avez-vous des remarques ou des activités que vous souhaiteriez proposer ?

.....
.....

La restauration

Appréciez-vous les repas ? Oui ☐ Non ☐

Que pensez-vous :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
▪ Du cadre de la salle à manger ?	☐	☐	☐	☐
▪ De la variété des menus ?	☐	☐	☐	☐
▪ De la qualité des repas ?	☒	☒	☒	☒



Questionnaire de Satisfaction EHPAD

Code	ENR-ESU-002 v.02
Page	3 / 5
Date de création :	28/08/2014
Date de modification :	25/08/2015

- | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De la quantité servie ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Que pensez-vous :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
-------------------	--------------	------------------	--------------------------

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Des horaires de repas ?
(petit-déjeuner ; déjeuner, dîner, collations) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De la température des plats ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Du temps accordé au repas ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De la qualité de l'aide à votre installation et aux repas, si vous en bénéficiez ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Vous a-t-on prescrit un régime alimentaire ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui, est-il respecté ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des remarques et suggestions concernant la restauration :

.....
.....

Vie quotidienne

Comment estimez-vous :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
-------------------	--------------	------------------	--------------------------

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le respect de votre sommeil ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les horaires de réveil ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le respect de votre intimité ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'aide dispensée dans vos gestes de la vie courante ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| L'amabilité et la politesse des professionnels ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le respect de vos souhaits et habitudes de vie ?
(Sieste, choix des vêtements...) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Vous sentez-vous en sécurité au sein de l'établissement?	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Avez-vous des remarques ou suggestions concernant votre vie quotidienne :

.....
.....



Questionnaire de Satisfaction EHPAD

Code	ENR-ESU-002 v.02
Page	4 / 5
Date de création :	28/08/2014
Date de modification :	25/08/2015

Les soins

Etes-vous satisfait(e) de l'accompagnement :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| ▪ Par le médecin ? | Oui ☐ | Non ☐ | |
| ▪ Par le personnel infirmier ? | Oui ☐ | Non ☐ | |
| ▪ Par les autres personnels soignants ? | Oui ☐ | Non ☐ | |
| ▪ Par le kinésithérapeute ? (intervenant extérieur) | Oui ☐ | Non ☐ | Non concerné ☐ |
| ▪ Par l'ergothérapeute ? | Oui ☐ | Non ☐ | Non concerné ☐ |
| ▪ Par le psychologue ? | Oui ☐ | Non ☐ | Non concerné ☐ |
| ▪ Par la pédicure-podologue ? (intervenant extérieur) | Oui ☐ | Non ☐ | Non concerné ☐ |
| ▪ Avez-vous assez d'informations sur votre état de santé ? | | Oui ☐ | Non ☐ |
| ▪ Vos médicaments vous sont-ils bien dispensés ? | | Oui ☐ | Non ☐ |
| ▪ A-t-on pris en compte efficacement votre douleur ? | Oui ☐ | Non ☐ | Non concerné ☐ |

Avez-vous des remarques ou suggestions concernant vos soins :

.....
.....

Les prestations

Si vous en bénéficiez, êtes-vous satisfait(e) des prestations suivantes :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ▪ La balnéothérapie ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ▪ Les soins esthétiques ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ▪ La lingerie ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ▪ La coiffure (intervenant extérieur de votre choix) ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| ▪ Aimerez-vous voir d'autres prestations se développer au sein de l'établissement ? | Oui ☐ | Non ☐ |

Si Oui, lesquelles ?

.....
.....

Avez-vous des remarques ou suggestions concernant les diverses prestations :

.....
.....

Sur 10, quelle note donneriez-vous à l'établissement ? /10

Renseignements facultatifs :

Etes-vous : Un homme ☐ Une femme ☐

Nom :

Prénom :



Questionnaire de Satisfaction EHPAD

Code	ENR-ESU-002 v.02
Page	5 / 5
Date de création :	28/08/2014
Date de modification :	25/08/2015

N° de chambre :