

HAD – CLINIQUE DE LA TOUR

De la perception à l'action :

L'expérience patient

Retex Clinique de la Tour HAD



INTRODUCTION

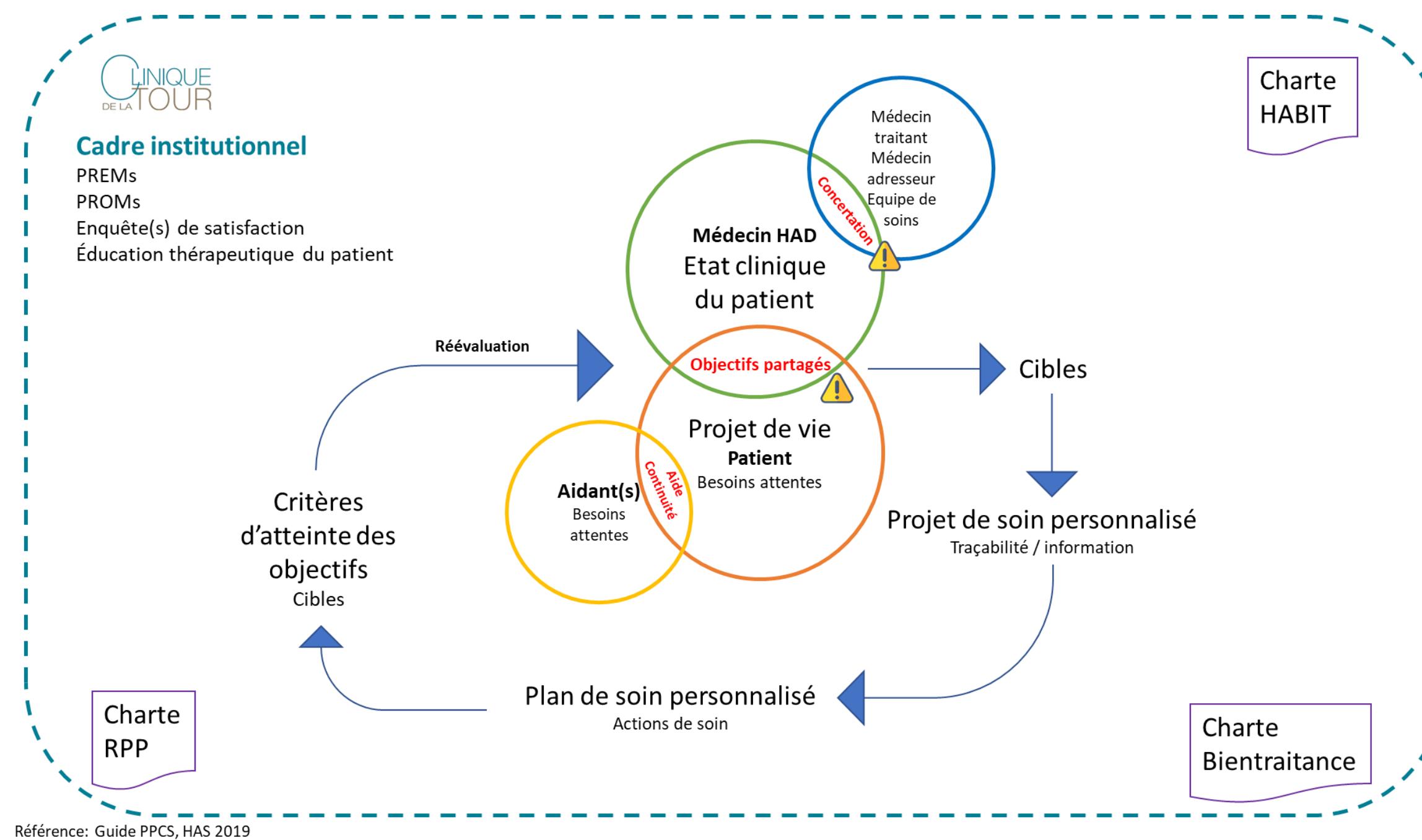
Contexte:

Assurer une prise en charge globale de la personne, au-delà de la seule dimension pathologique, en intégrant **son parcours de vie et ses ressources personnelles, son ressenti compte!**

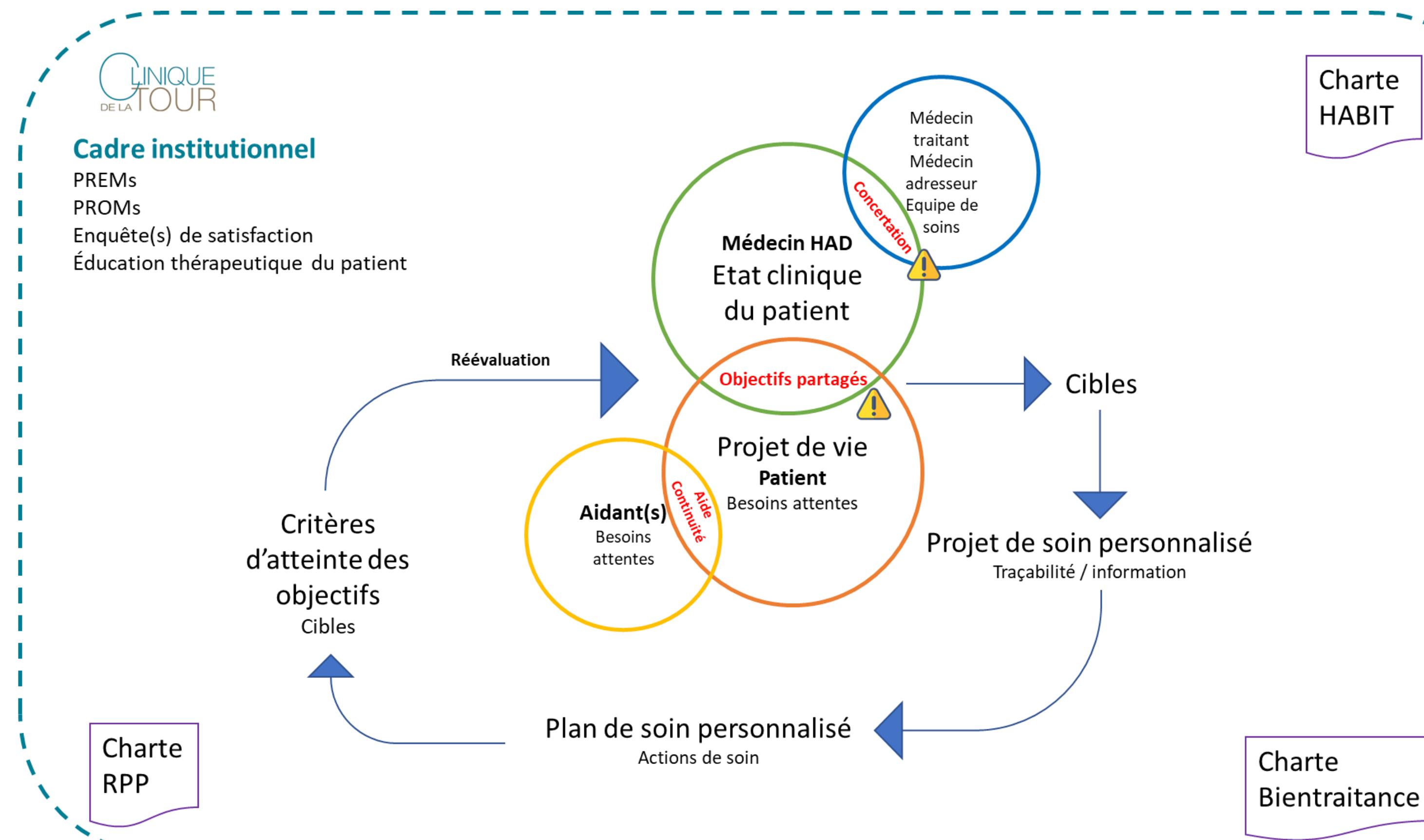
Cette orientation inclut **la valorisation de la parole des aidants**, afin de renforcer la qualité de la relation de soin et d'optimiser l'accompagnement dans toutes ses dimensions.

INTRODUCTION

L'organisation du recueil de l'expérience patient autour du Projet de Soin



Objectif : présenter l'organisation du recueil de l'expérience patient et la construction du PSP.
L'enjeu : mieux connaître besoins et attentes. prise en compte dans la politique de sécurité des soins



VISION MULTI-ACTEURS ET CONTINUE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT

Charte RPP

Cette charte décrit les principes nécessaires au bon déroulement et à l'efficacité d'une réunion pluriprofessionnelle (RPP).

Préparée suffisamment en amont par chaque membre de l'équipe, elle permet de se questionner sur la prise en charge de patients au regard des objectifs thérapeutiques partagés entre professionnels et avec le patient / entourage.

Pour faciliter l'échange d'information, l'utilisation de l'outil SAED (HAS, 2014) est demandée.

Bienveillance: J'évite le jugement, je respecte le point de vue de chacun, j'adopte une communication respectueuse

Équité: Un temps de parole pour chaque participant est garanti; le positionnement égalitaire permet une approche globale de la PEC du patient

Confidentialité: Toute information personnelle du patient doit rester au sein de l'équipe. Seules sont échangées les informations nécessaires à la coordination de la PEC. (cf. décret du 20 juillet 2016)

De même, chaque membre est dépositaire et garant de la confidentialité des propos tenus dans le cadre de la réflexion collégiale

Traçabilité: La traçabilité dans le dossier du patient permet le partage d'information et la valorisation de cette démarche collégiale indispensable à la coordination de la PEC

Efficience: Je vérifie l'adéquation de ma pratique avec les objectifs thérapeutiques définis. La finalité de la RPP est la réévaluation du projet de soins personnalisé (PSP) décrit, rédigé (tracé) dans le dossier du patient, présenté et expliqué au patient

Partenariat: Je respecte et applique les décisions collégiales

Je suis un ambassadeur du PSP auprès du patient et de son entourage. Je l'informe en continu des évolutions des objectifs thérapeutiques, me concernant, pour recueillir son adhésion et son consentement à chaque étape de sa PEC



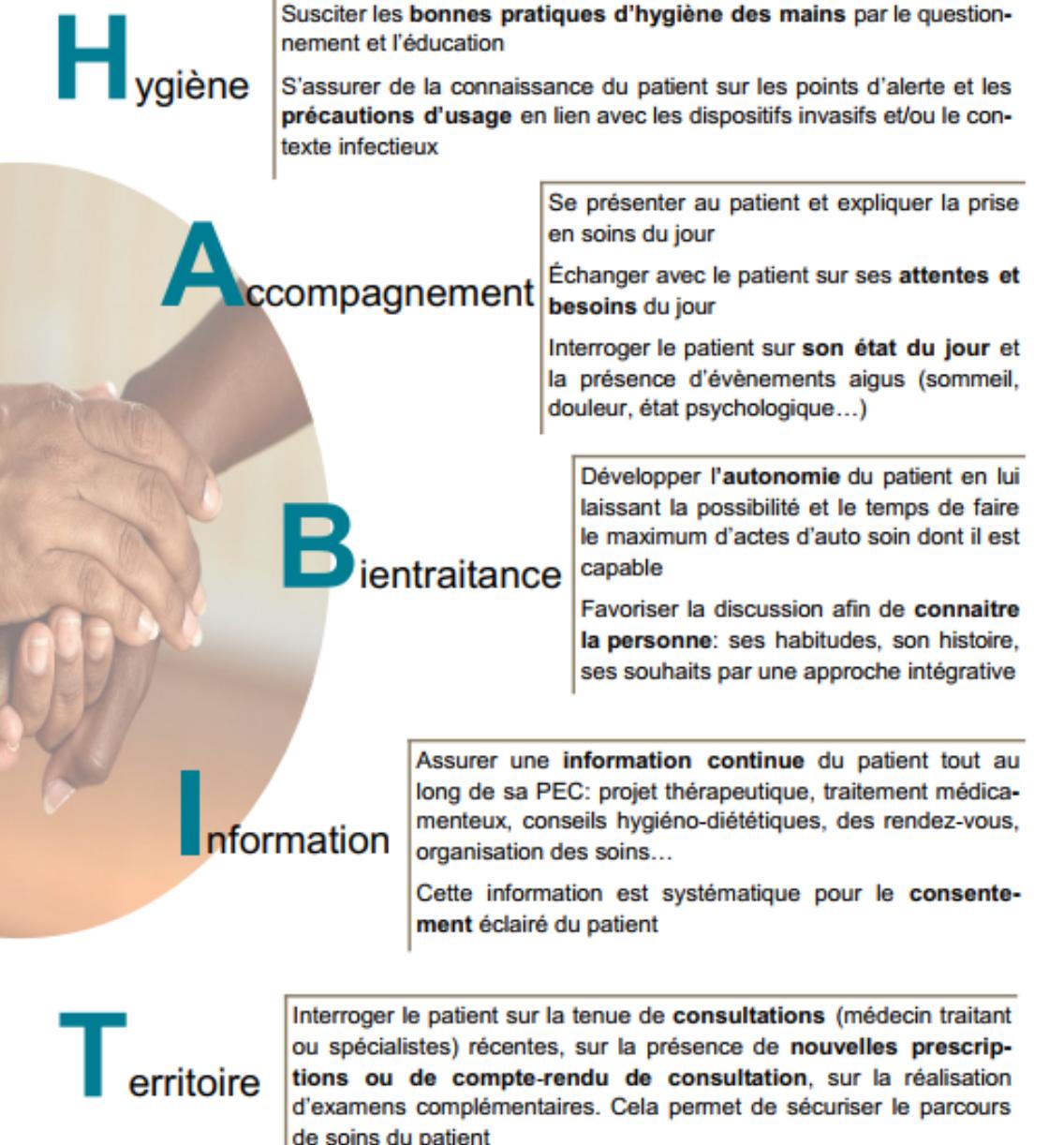
QUA-COM-0041

Notre culture du soin



Pour habiter le soin...et aussi l'habiller!

En tant qu'acteurs de soins, nous devons **nous ajuster aux besoins et aux attentes du patient** afin de l'accompagner au mieux dans son parcours de soins (partenariat soignant-soigné). Une **attitude et un questionnement simple et quotidien** au patient suffisent :



Références: Compétence 6 du référentiel de compétences infirmières—Arrêté du 31 juillet 2009
Référentiel de compétence des secrétaires assistante médico-sociales—Arrêté du 27 octobre 2017
Décret n°2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapie

RÉFÉRENTIEL POUR LES PRATIQUES QUOTIDIENNES

CHARTE DE LA BIENTRAITANCE

DE LA CLINIQUE DE LA TOUR

La Clinique de la Tour positionne la bientraitance comme une partie intégrante de la démarche de soins, voici notre charte élaborée par le groupe de travail "BIENTRAITANCE"

- Accompagner la personne dans la prise en charge de sa douleur et/ou de sa fin de vie.
- Adopter une attitude bienveillante envers les patients.
- Apporter une qualité de vie en accompagnant la personne et en étant à son écoute.
- Favoriser ou maintenir l'autonomie de la personne.
- Garantir un positionnement professionnel adapté. Faire preuve d'empathie, de juste distance.
- Respecter la dignité de la personne, son intimité, sa pudeur, son histoire de vie, sa personnalité.
- S'engager à mettre en œuvre un projet de soin personnalisé et adapté à sa pathologie, selon son parcours de vie, ses souhaits et besoins.

Signatures

Sébastien TOURNEBIZE
Directeur général

Dr Samuel M'PAY
Pilote du groupe de travail bientraitance

KONPASYON
DINITÉ
LANMOU
RESPÉ
PASYANS
BON TRETMAN
OTONOMI

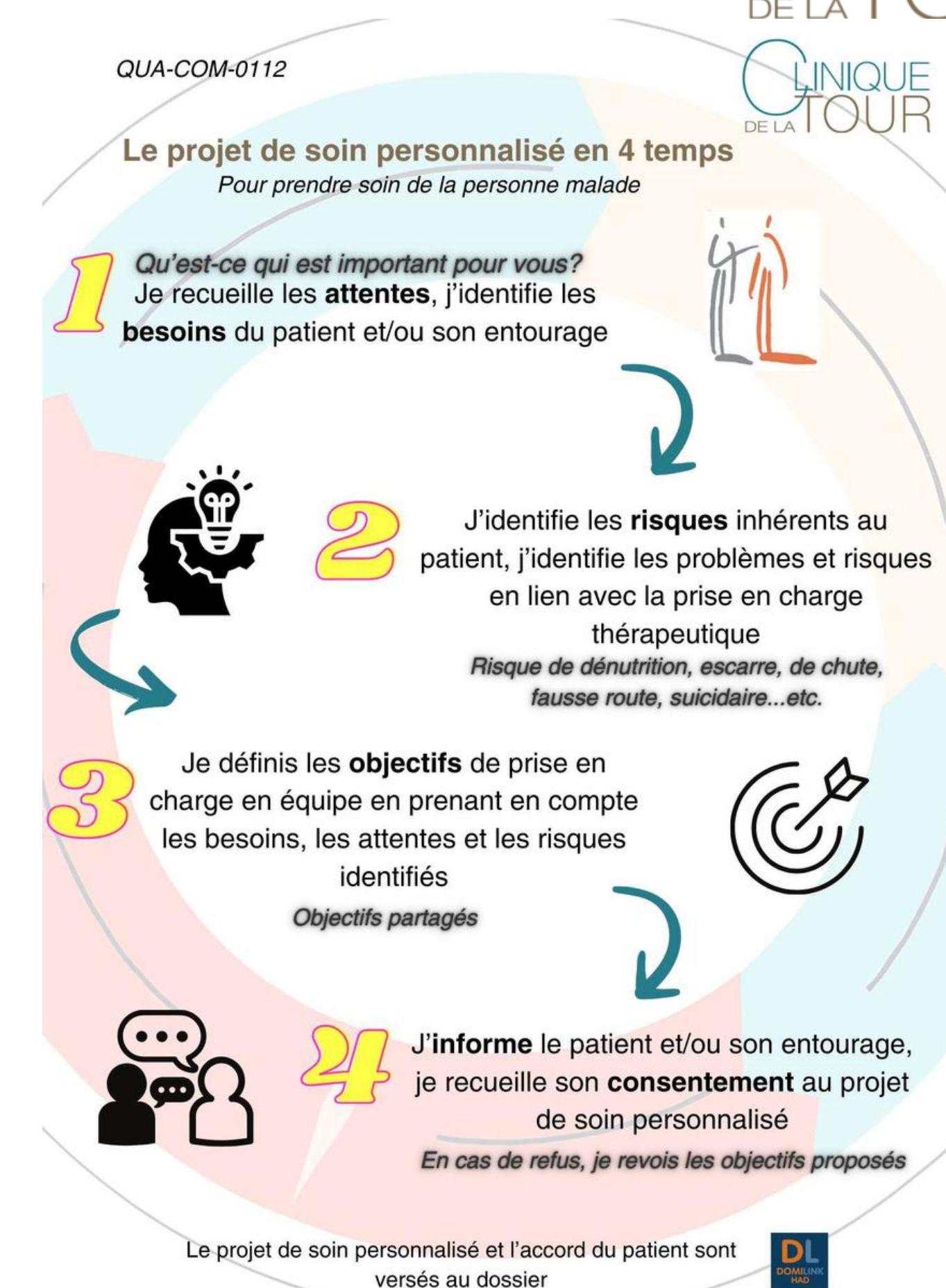


CONSTRUCTION DU PSP

- Document central de coordination
- Accessibilité via FALC
- PSP en 4 étapes :

WMTY

– Qu'est-ce qui est important pour vous ?



PROJET DE SOIN PERSONNALISÉ en 4 étapes

- Document central de coordination
- Accessibilité via FALC
- PSP en 4 étapes : WMTY – Qu'est-ce qui est important pour vous ?
 - 1. Recueil besoins/attentes
 - 2. Objectifs personnalisés
 - 3. Planification des actions
 - 4. Évaluation continue

ÉVALUATION DU PROCESSUS

1. PATIENTS TRACEURS

réalisation de 5 patients traceurs en 2025

2. AUDIT PSP

	OK	Taux de conformité
N°IPP		
Projet de Soins Personnalisé présent	36	80%
Besoins et attentes du patient identifiés	15	35%
Besoins et attentes de l'entourage identifiés	12	27%
Risques en lien avec la PEC identifiés	22	49%
Objectifs de soins définis	32	71%
Traçabilité de l'information donnée au	20	44%

ÉVALUATION DU PROCESSUS

L'audit a mis en évidence plusieurs non-conformités et également des points d'appui.

La synthèse des 5 patients traceurs va dans le même sens : **les besoins et attentes restent encore trop peu identifiés et formalisés.** C'est notre principal levier de progrès

MODALITÉS DE RECUEIL

- Visites à domicile – questionnaires de satisfaction
- Visites des Représentants des Usagers (RU)
- Enquêtes de satisfaction PREM'S
- Enquête de satisfaction PROM'S
- Questionnaires aidants
- Questionnaires médecins traitants

MODALITÉS DE RECUEIL

Questionnaire de satisfaction

QUESTIONNNAIRE DE SATISFACTION



Grâce au recueil de satisfaction, nous tentons à chaque instant d'améliorer la qualité des prestations fournies par l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

Les résultats des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de satisfaction, sont analysés dans le cadre de la Commission des Usagers (CDU).

RÉPONDEZ AUX DIFFÉRENTES QUESTIONS EN COCHANT LA CASE LA PLUS APPROPRIÉE

Date de prise en charge : ____ / ____ / ____ Age : ____

Questionnaire rempli par : Patient Proche

Vous a-t-on remis un livret d'accueil ? Oui Non

VOTRE ÉVALUATION

Êtes-vous satisfait concernant :

Les informations données lors de la visite de pré admission

Le contenu du livret d'accueil du patient

Le délai de votre prise en charge effective en HAD

L'admission en HAD

Les informations relatives à votre prise en charge (votre projet de soins)



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

Êtes-vous satisfait de votre accueil téléphonique :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE PRISE EN CHARGE

Êtes-vous satisfait concernant :

L'organisation

Les horaires de passage des intervenants

La coordination des différents intervenants soins

La coordination avec votre médecin traitant ou médecin spécialiste

L'organisation des consultations spécialisées (respect des dates, transport)

Les soins

La prise en charge de votre douleur

La prise en compte globale de vos attentes et besoins

La qualité des soins prodigues

Le personnel soignant

La disponibilité de l'équipe

La relation avec l'équipe de coordination

La relation avec la psychologue

L'accompagnement du service social

Les thérapeutes (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, diététicienne)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE ÉVALUATION

Êtes-vous satisfait concernant :

la prise en compte de votre vie privée

Le respect de vos habitudes de vie

La discréetion des intervenants

Le respect de votre dignité et votre intimité

Le Matériel et la logistique

Les délais d'approvisionnement du matériel

Les consignes données sur l'usage du matériel

L'approvisionnement en dispositifs médicaux

L'approvisionnement en médicaments

L'intervention des prestataires de matériel médical

La qualité d'intervention (amabilité, efficacité...)

Respect des délais de livraison

Qualité du matériel mis à disposition



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE APPRECIATION GÉNÉRALE

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge par le service d'HAD ?

Cochez la note dans le cercle qui correspond à votre évaluation.

(1 = note la plus basse 10 = la meilleure note)



Insatisfait

<input type="radio"/>									
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Très Satisfaisant



Recommanderiez-vous notre service d'HAD à votre entourage :

Oui Non

VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS D'AMÉLIORATION :

MERCI POUR VOTRE RETOUR !

Ce questionnaire est à remettre aux professionnels de l'HAD qui intervient dans le cadre de votre prise

en charge ou à retourner sous enveloppe à :

page 2 sur 2

- Remis dans chaque dossier d'admission
- Effectué lors des visites à domicile

MODALITÉS DE RECUEIL

Visite à domicile des Représentant des usagers



- 1 fois par mois pour les RU
- 2 fois par mois pour la cellule qualité

usagers@clinique-de-la-tour.com

monexperience@clinique-de-la-tour.com

MODALITÉS DE RECUEIL

Questionnaire Prom's

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

Bien meilleur Plutôt meilleur À peu près pareil Plutôt moins bon Beaucoup moins bon

3. Les questions suivantes portent sur des activités quotidiennes. passer l'aspirateur, jouer aux quilles, etc.

Oui, beaucoup limité.e	Oui, un peu limité.e	Non, pas du tout limité.e
------------------------------	----------------------------	------------------------------

Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités?

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Efforts physiques importants tels que courir,
soulever un objet lourd, faire du sport, etc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Efforts physiques modérés tels que déplacer un meuble | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Soulever et porter les courses. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Monter plusieurs étages par l'escalier. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Monter un étage par l'escalier. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Marcher plus d'un kilomètre à pied. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Marcher plusieurs centaines de mètres. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Marcher une centaine de mètres. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé physique?

Oui Non

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé à vos activités? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous eu certains des problèmes suivants pendant vos activités quotidiennes suite à votre état de santé émotionnelle?

Oui Non

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Avez-vous réduit le temps passé sur vos activités? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Questionnaire à mener par les professionnels de soins

sont de leur vision de soignant pour une vision plus global qui attire à la qualité de vie



MODALITÉS DE RECUEIL

Questionnaire des aidants

N°IPP-du-patient*:.....



Questionnaire à destination des aidants¶

Date*:.... / ... /

En tant que personne impliquée dans la prise en charge de votre proche, vous êtes un aidant au sens de la loi n°2019-485 du 22 mai 2019 visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants.¶

Nous souhaiterions ainsi recueillir votre expérience dans la prise en soin de votre proche proposée par la Clinique de la Tour en hospitalisation à domicile (HAD).¶

Nous vous remercions par avance de votre contribution, par le récit de votre expérience, à l'amélioration de nos organisations.¶

Nom (facultatif)*:.....

Prénom (facultatif)*:.....

Âge*:..... ans¶

Genre*: M F¶

Personne de confiance*: OUI NON Ne sait pas¶

Vivez-vous avec la personne que vous aidez?*: OUI NON¶

Si NON, temps de trajet estimé entre vos domiciles respectifs*:..... min¶

¶

VOTRE-SATISFACTION¶

1 Étes-vous satisfait(e)? Cochez la case correspondante:¶

	Très-satisfait(e)¶	Satisfait(e)¶	Peu-satisfait(e)¶	Pas-du-tout-satisfait(e)¶
De la qualité des informations données sur la prise en charge¶	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la qualité de la prise en charge (médicale et soignante)¶	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'organisation logistique (respect des horaires, de vos habitudes de vie, préservation du lieu de vie de votre proche)¶	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Globalement, étes-vous satisfait(e) de l'intervention de la Clinique de la Tour-HAD? Entourez la réponse correspondante (1 étant la moins bonne note; 10 la meilleure)¶

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ¶

Commentaires*:¶

N°IPP-du-patient*:.....



VOTRE-IMPLICATION¶

3 Diriez-vous que vous êtes impliqué(e) dans la prise en charge de votre proche (participation active dans les soins, transmission d'information pour avis...)?¶

Pas du tout Pas vraiment Plutôt Tout à fait¶

¶

4 Avez-vous le sentiment que l'on a pris en compte vos besoins et vos attentes vis-à-vis de la prise en charge de votre proche?¶

Pas du tout Pas vraiment Plutôt Tout à fait¶

¶

5 Avez-vous bénéficié d'actions d'éducation thérapeutique (exemples de thème: hygiène, nutrition et alimentation, traitement médicamenteux, utilisation du matériel à domicile, surveillance...) vous permettant de vous impliquer dans la prise en soin de votre proche?¶

Pas du tout Pas vraiment Plutôt Tout à fait¶

¶

6 Parmi ces sujets, lesquels souhaiteriez-vous aborder lors de moments d'éducation thérapeutique?¶

- Hygiène pendant le soin¶
- Nutrition et alimentation¶
- Utilisation du matériel à domicile¶
- Postures pour mobiliser votre proche¶
- Traitement médicamenteux¶
- Gestion de crise (intempéries, coupure d'eau, coupure d'électricité...)¶

VOTRE-ÉTAT-DE-SANTÉ¶

7 Durant les 4 dernières semaines, diriez-vous que votre santé physique est?¶

Excellente Bonne Médiocre Mauvaise¶

¶

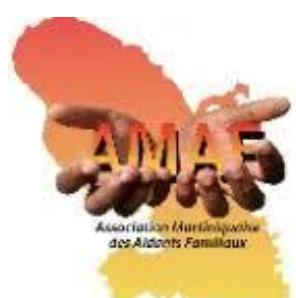
8 Durant les 4 dernières semaines, diriez-vous que votre santé émotionnelle est?¶

Excellente Bonne Médiocre Mauvaise¶

..... Saut de page

- Mesure de la satisfaction
- Questionnement sur leur implication dans l'hospitalisation du proche
- Mesure de son état de santé (épuisement des aidants)

trois modalités de l'HAS satisfaction, prem's , prom's



MODALITÉS DE RECUEIL

questionnaire à destination des médecins traitants



Votre parcours de soins s'achève au sein de la Clinique de la Tour en hospitalisation à domicile, nous vous remercions pour votre accueil et les nombreux échanges.

Dans cette enveloppe vous trouverez les éléments nécessaires à la suite de votre parcours.

Pour toutes questions n'hésitez pas à nous contacter au **0596 50 29 79**

Nous souhaitons connaître votre avis sur votre parcours de soins en HAD, Merci de nous accorder quelques minutes

Envoyé en systématique avec les courriers de sorties, CRH



monexperience@clinique-de-la-tour.com

CONCLUSION

- Une Organisation solide nécessite d'une amélioration
Autour du WMTY :" what matters to you"
_ Qu'est ce qui important pour vous ?
Le recueil du projet de soin personnalisé et l'implication de tous les acteurs autour de ce projet
- la poursuite du développement de notre organisation, incluant les médecins traitants et la participation active des aidants

Merci de votre attention

Sabrina BERTIN qualiticienne à la Clinique de la Tour

