

HAD – CLINIQUE DE LA TOUR

De la perception à l'action :

L'expérience patient

Retex Clinique de la Tour HAD



Contexte:

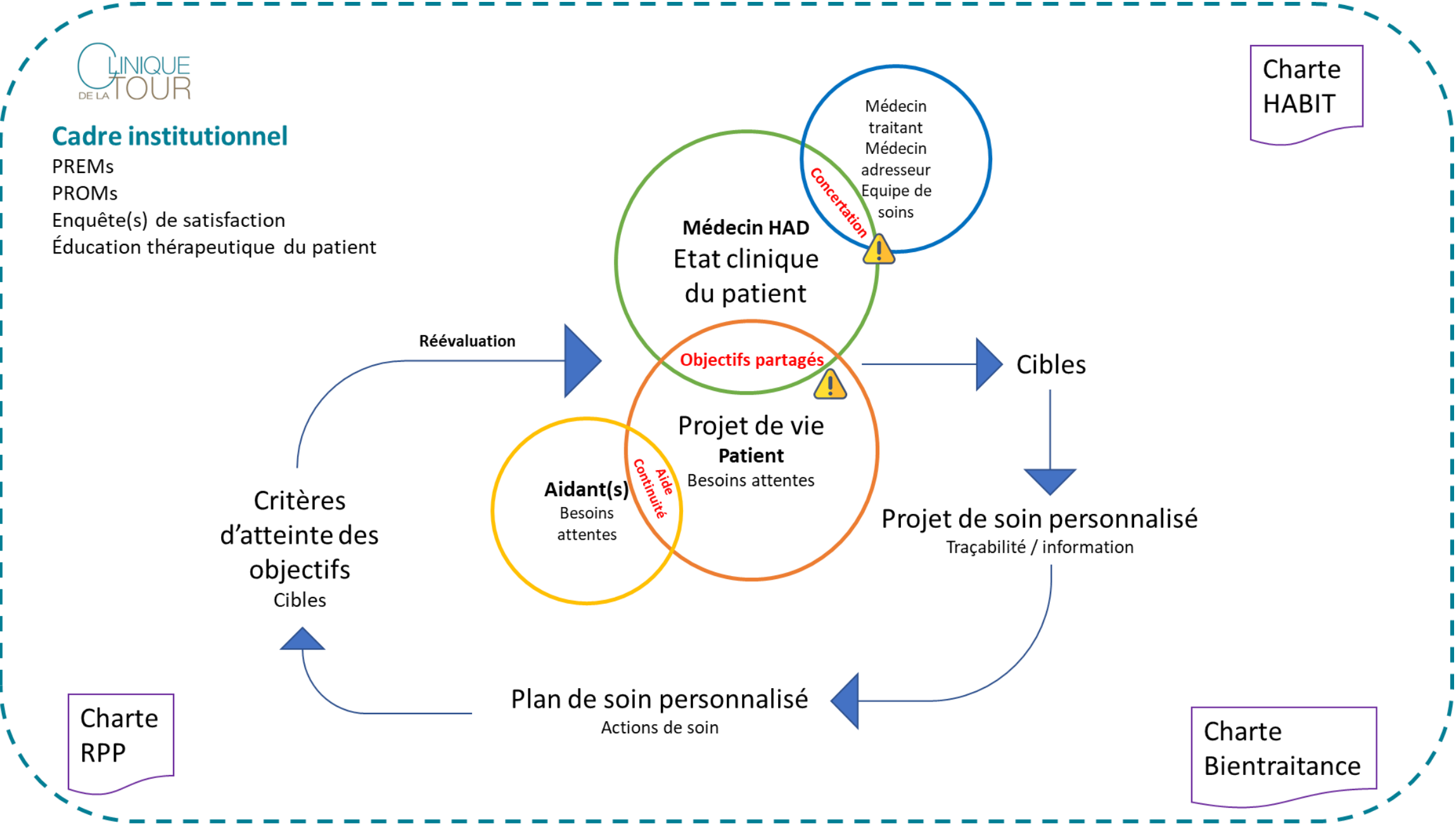
Assurer une prise en charge globale de la personne, au-delà de la seule dimension pathologique, en intégrant **son parcours de vie** et **ses ressources personnelles, son ressenti compte!**

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



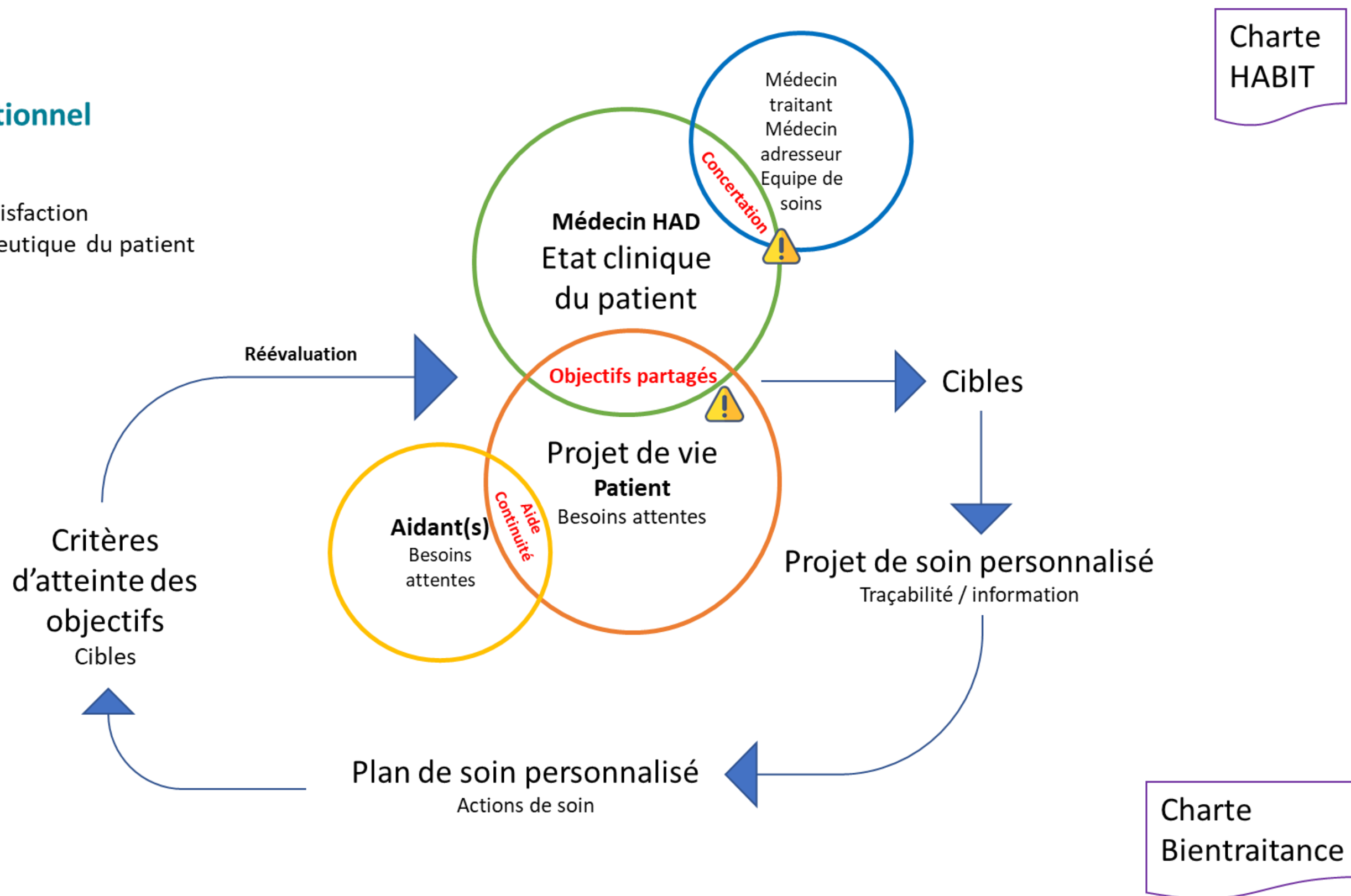
L'organisation du recueil de l'expérience patient autour du Projet de Soin



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

Cadre institutionnel

PREMs
PROMs
Enquête(s) de satisfaction
Éducation thérapeutique du patient



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 :

H

Susciter les **bonnes pratiques d'hygiène des mains** par le questionnement et l'éducation

S'assurer de la connaissance du patient sur les points d'alerte et les **précautions d'usage** en lien avec les dispositifs invasifs et/ou le contexte infectieux

A

Se présenter au patient et expliquer la prise en soins du jour

Échanger avec le patient sur ses **attentes et besoins** du jour

Interroger le patient sur **son état du jour** et la présence d'événements aigus (sommeil, douleur, état psychologique...)

B

Développer l'**autonomie** du patient en lui laissant la possibilité et le temps de faire le maximum d'actes d'auto soin dont il est capable

Favoriser la discussion afin de **connaître la personne**: ses habitudes, son histoire, ses souhaits par une approche intégrative

I

Assurer une **information continue** du patient tout au long de sa PEC: projet thérapeutique, traitement médicamenteux, conseils hygiéno-diététiques, des rendez-vous, organisation des soins...

Cette information est systématique pour le **consentement éclairé** du patient

T

Interroger le patient sur la tenue de **consultations** (médecin traitant ou spécialistes) récentes, sur la présence de **nouvelles prescriptions ou de compte-rendu de consultation**, sur la réalisation d'examens complémentaires. Cela permet de sécuriser le parcours de soins du patient

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

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

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%

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contenu du livret d'accueil du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le délai de votre prise en charge effective en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'admission en HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations relatives à votre prise en charge (votre projet de soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



VOTRE ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

Êtes-vous satisfait de votre accueil téléphonique :

Pendant les heures d'ouverture du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En dehors des heures d'ouverture du service	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination des différents intervenants soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La coordination avec votre médecin traitant ou médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation des consultations spécialisées (respect des dates, transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les soins

La prise en charge de votre douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en compte globale de vos attentes et besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des soins prodigués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilité de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La relation avec l'équipe de coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La relation avec la psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accompagnement du service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les thérapeutes (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, diététicienne)	<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 discrétion 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"/>

VOTRE APPRECIATION GENERALE

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



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



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 interviennent dans le cadre de votre prise en charge ou à retourner sous enveloppe à :

- 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

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.

☐

☐

☐

b. Efforts physiques modérés tels que déplacer un meuble

☐

☐

☐

c. Soulever et porter les courses.

☐

☐

☐

d. Monter plusieurs étages par l’escalier.

☐

☐

☐

e. Monter un étage par l’escalier.

☐

☐

☐

f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s’accroupir.

☐

☐

☐

g. Marcher plus d’un kilomètre à pied.

☐

☐

☐

h. Marcher plusieurs centaines de mètres.

☐

☐

☐

i. Marcher une centaine de mètres.

☐

☐

☐

j. Prendre un bain, une douche ou s’habiller.

☐

☐

☐

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?

☐

☐

b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité?

☐

☐

c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?

☐

☐

d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité?

☐

☐

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?

☐

☐

b. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité?

☐

☐

c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d’attention?

☐

☐

Questionnaire à mener par les professionnels de soins

sortent de leur vision de soignant pour une vision plus global qui attrait à la qualité de vie

MODALITÉS DE RECUEIL



Questionnaire des aidants

N°-IPP-du-patient°:.....¶

CLINIQUE
DE LA
TOUR

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 Êtes-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¶	¶	¶	¶	¶	¶
De la qualité de la prise en charge (médicale et soignante)¶	¶	¶	¶	¶	¶
De l'organisation logistique (respect des horaires, de vos habitudes de vie, préservation du lieu de vie de votre proche)¶	¶	¶	¶	¶	¶

2 Globalement, êtes-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°:.....¶

CLINIQUE
DE LA
TOUR

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 nécessité 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 médecin traitants et la participation active des aidants

Merci de votre attention

Sabrina BERTIN *qualiticienne à la Clinique de la Tour*

