

MESURER
& AMÉLIORER
LA QUALITÉ

Évaluation de la prise en soin des personnes âgées selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 2 mai 2024

Les personnes âgées constituent une population :

- **Spécifique** en raison de la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance.
- **Hétérogène**, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.

En déclinaison des fiches « Évaluation du parcours intra hospitalier » et « Évaluation du respect des droits des patients », cette fiche présente certaines des particularités auxquelles les experts-visiteurs doivent s'attacher lors de leurs évaluations.

Définitions

Les personnes âgées

La définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif. Ainsi, la fragilité – plus que l'âge de l'état civil – aide à mieux cerner les personnes qui relèvent de la gériatrie, même si la limite communément admise est 75 ans. Ainsi, l'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes.

Les personnes âgées constituent une population :

- spécifique en raison de la fréquence de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de la prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et du risque de perte d'autonomie et de dépendance ;
- hétérogène, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.

La dépendance iatrogène

Elle regroupe les principales causes de décompensation fonctionnelles et/ou psychiques lors de l'hospitalisation pouvant, parfois, aller jusqu'au décès :

- le **syndrome d'immobilisation** : à l'origine d'une décompensation multi systémique, en particulier une perte rapide de la masse musculaire, une perte d'autonomie et une augmentation du taux de ré hospitalisations. Malgré cela, le patient est parfois alité alors que la restriction d'activité n'est pas toujours justifiée médicalement et parfois trop systématique. Les facteurs déclenchants sont : environnement, organisation des soins et des aides inadaptés, restrictions d'activité ou alitement injustifiés, contention physique ou chimique, sonde vésicale et cathéter non justifiés, absence d'aide adaptée à la marche et/ou aux transferts, douleur non traitée, etc. ;
- la **confusion aiguë** : elle augmente le risque de déclin fonctionnel, de chutes, de la durée d'hospitalisation et d'entrée en institution. Les facteurs de risque prédisposants sont : démence ou troubles cognitifs, immobilisation aggravée par la contention, atteinte sensorielle (auditive, visuelle), comorbidités multiples, dénutrition, polymédication, antécédent de confusion, troubles de l'humeur (dépression) ;
- la **dénutrition** : elle est liée à un apport alimentaire insuffisant et/ou à un accroissement des besoins liés à la maladie. La dénutrition des personnes âgées est associée à une augmentation de la mortalité, à des complications (confusion, infection, perte de masse musculaire, retard de cicatrisation, escarre, etc.), à des entrées en institution et à une diminution de l'autonomie et de la qualité de vie ;
- les **chutes** : elles sont source de blessures, de traumatismes, de syndrome post-chute avec la peur de retomber, de perte d'autonomie et d'une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital ;
- l'**incontinence** : elle est fréquente et augmente avec l'hospitalisation. Elle est un facteur de risque de déclin fonctionnel, de chutes, d'infections urinaires, d'altération de la qualité de vie. Lors de l'hospitalisation, elle est favorisée par certaines médications, des conseils diététiques ou prises en soin inadaptés, en particulier le port de protection urinaire, voire de sondage vésical de novo non justifié ;
- les **effets indésirables des médicaments** : 30 à 60% des effets indésirables des médicaments sont prévisibles et évitables. La iatrogénie médicamenteuse est cause d'hospitalisations en urgence des plus de 75 ans. La polymédication est un facteur de risque de iatrogénie. Les personnes âgées sont particulièrement à risque d'effets indésirables lors de l'utilisation de médicaments à risque ou d'interactions médicamenteuse en cas de polymédication ;
- le **risque suicidaire** : La dépression est l'une des principales causes de suicide. Or, les dépressions sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées chez les personnes âgées notamment en raison de présentations atypiques. Des outils validés comme la GDS (Geriatric Depression Scale) existent pour dépister la dépression chez la personne âgée. La dépression n'est pas un « signe normal de vieillesse », mais un trouble qui nécessite un traitement. Au cours de la semaine précédant un suicide, les personnes âgées consultent souvent leur médecin de famille. Une précédente tentative de suicide est considérée comme le principal facteur de risque de tentatives de suicide ultérieures et de suicide. Il est avéré que plus les individus vieillissent, plus le risque qu'une nouvelle tentative de suicide se solde par une issue fatale est élevé.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

- Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix (1.1-08).
- Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité (1.2-07).
- Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour (1.2-04).
- Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins (1.3-01).
- En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social (1.4-06).
- Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie (1.4-06).
- L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge (2.2-03).
- Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie (2.3-08).
- Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène (2.3-16).
- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques (2.4-01).
- L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales (3.1-06).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

En tant qu'expert visiteur, un patient sera considéré comme âgé s'il a plus de 75 ans. En tant qu'expert visiteur, votre questionnement s'adaptera aux troubles cognitifs, potentiellement sévères (USLD, UCC, UHR), du patient âgé. En pratique, le patient traceur pourra être mené avec l'entourage, notamment la personne de confiance.

Experts-visiteurs

Quel que soit l'âge ou les troubles sensoriels et cognitifs, **vous vous assurez** que l'équipe :

- évalue le niveau de **compréhension** du patient âgé et s'adapte au degré de compréhension et de discernement du patient âgé ; en s'appuyant sur des outils de communication internes ;
- **informe** le patient âgé de son état de santé, de ses traitements et du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, de son droit à désigner une personne de confiance et une personne à prévenir ;
- informe, pour les patients âgés sous protection juridique, le tuteur ou le curateur de l'hospitalisation et de l'état de santé du patient âgé.

Le projet de soins vise la prise en soin de la pathologie et la prévention de décompensations fonctionnelles et/ou psychiques. Pour **son élaboration et son suivi, vous vous assurez** que l'équipe réalise, au plus tôt de l'admission, une évaluation gériatrique du patient, basée sur des données médicales et sociales pertinentes :

- recueil des **besoins et préférences** du patient âgé ;
- évaluation du degré de **coopération** (motivation, ressources, observance, etc.) pour obtenir l'adhésion au projet de soins ;
- évaluation de **l'autonomie et des aptitudes** du patient âgé, notamment pour ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène, marche) ;
- évaluation des facteurs de risque de **dépendance iatrogène**.

Cette évaluation initiale est **systématiquement revue** au regard de l'évolution de l'état de santé du patient âgé.

1. Impliquer le patient âgé dans son projet de soins

Informer de manière adaptée le patient âgé

Construire et suivre le projet de soins :

- Évaluation de l'autonomie et des aptitudes
- Évaluation du risque de dépendance iatrogène
- Recueil des besoins et préférences

Évaluer le degré d'adhésion du patient au projet de soins

Experts-visiteurs

Les **proches et/ou aidants** sont une ressource pour le patient et les équipes soignantes.

Dès l'admission et tout au long de la prise en soins, sauf opposition du patient, la **participation des proches et/ou aidants** à l'élaboration du projet de soins est recherchée. Ainsi, dès l'admission, **vous vous assurez** que l'équipe :

- s'assure que le patient âgé a donné **son accord** pour que les soignants délivrent des informations à son entourage ;
- trace l'identité de la **personne à prévenir et de la personne de confiance**. Si le patient âgé a des troubles cognitifs et n'a plus la capacité d'exprimer sa volonté, vous vous assurez que l'équipe consulte, en priorité, la personne de confiance ;
- connaît la nature des **relations familiales** pour prévoir la juste place de la famille. La connaissance par l'entourage des habitudes et besoins de la personne âgée s'avère utile à la prise en compte dans le projet de soins des besoins spécifiques du patient ;
- facilite, dans les situations difficiles (ex : fin de vie), **la présence des proches et/ou aidants** auprès du patient (par exemple, aux urgences ou en fin de vie). Leur présence auprès du patient est aussi un moyen efficace de lutte contre la maltraitance, notamment pour éviter l'infantilisation des personnes âgées lors des soins prodigués.

Experts-visiteurs

Pour **éviter le passage aux urgences** des personnes âgées de plus de 75 ans ne nécessitant pas le recours à un plateau technique spécialisé, **vous vous assurez** que le patient âgé est orienté dans un circuit court, formalisé, d'admission directe dans une filière ou un service adapté à la gériatrie.

À l'inverse, si la situation clinique est complexe et nécessite de réaliser des examens urgents, le passage aux urgences est pertinent. Dans ce cas, **vous vous assurez** que :

- une équipe mobile gériatrique, interne ou externe, vient en appui des prises en soin, ou que l'équipe des urgences peut faire appel à une expertise médicale ou paramédicale (par exemple, Infirmière de Pratique Avancée) gériatrique ;
- la réponse aux **besoins fondamentaux** (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes ou toute mesure alternative respectant la continence, hygiène) est systématiquement assurée, particulièrement, dans des situations d'attente prolongée sur brancard.

• • •

2. Impliquer l'entourage avec l'accord du patient

Obtenir l'accord du patient pour impliquer son entourage dans le projet de soins

Recueillir la personne de confiance et la personne à prévenir

Prévoir la juste place de l'entourage

3. Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène

Aux urgences :

→ Éviter les passages non pertinents

→ Assurer la réponse aux besoins fondamentaux

Dans les **services d'hospitalisation**, même dans les moments de tension liés à des situations de forte activité, **vous vous assurez** que les équipes mettent en place :

- les mesures adaptées au niveau d'**autonomie** (aide à la toilette, aide au repas, accompagnement aux toilettes, etc.) ;
- les mesures de prévention et de traitement de la **dépendance iatrogène**. Par exemple :
 - mettre la personne âgée au fauteuil, lui proposer de marcher, la laisser aller aux toilettes toute seule,
 - éviter les médicaments potentiellement sédatifs,
 - être vigilant sur les apports alimentaires, hydriques et surveiller le poids,
 - utiliser, de manière inappropriée, des contentions physiques, type barrières de lit, par « souci de sécurité »,
 - utiliser, de manière inappropriée, des protections ou sondes urinaires.

L'**unité de soins de longue durée** est un lieu de soins et un lieu de vie du patient. Pour maintenir ses liens sociaux et l'autonomie, des activités sont intégrées dans son projet de vie. Ainsi, **vous vous assurez** qu'un **programme d'activités**, correspondant aux préférences et ses besoins, est remis au patient.

Experts-visiteurs

Pour éviter un **transfert aux urgences**, et *in fine*, pour réduire les passages évitables, **vous vous assurez** que tous les établissements, siège ou non d'un SAU :

- sont **organisés** avec les acteurs du territoire : filière gériatrique directe, intervention d'équipe de recours, réseaux de télémédecine avec ses partenaires de ville, médecins traitants, EHPAD, HAD, autres établissements de santé ou médico-sociaux ;
- **anticipent** les tensions saisonnières (grippe, canicule, etc.) en informant les principaux services impactés et ainsi prévenir leur saturation.

Avant la sortie, vous vous assurez que les professionnels :

- prennent en compte les conditions de vie habituelles exprimées par le patient, et/ou ses proches, pour **organiser la sortie et orienter le patient** soit vers un retour à domicile, soit vers une structure adaptée ;
- quelle que soit l'orientation d'aval envisagée, informent le patient, et/ou ses proches, des **aides** techniques, structures, personnes (assistance sociale), représentants des usagers, associations, qui peuvent l'accompagner et des modalités pour les contacter ;
- fournissent, au patient, et/ou à ses proches, un **bilan thérapeutique**, c'est-à-dire un comparatif explicite de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie (après son séjour) et lui expliquent les raisons des changements ;
- communiquent ce bilan thérapeutique au médecin de ville en l'intégrant dans **la lettre de liaison**, ainsi que tous les éléments utiles à la coordination des soins (examens complémentaires à réaliser en ville, rendez-vous médicaux, etc.).



3. Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène

Dans les services d'hospitalisation :

- Maintenir l'autonomie
- Prévenir et traiter la dépendance iatrogène
- Maintenir le lien social

En USLD, prévoir des activités pour maintenir le lien social

4. Éviter le transfert aux urgences, anticiper la sortie et le décès

S'organiser pour éviter le transfert aux urgences

Préparer la sortie :

- Prendre en compte les conditions de vie habituelle pour orienter le patient
- L'informer sur les aides dont il peut bénéficier
- Fournir et expliquer le bilan thérapeutique
- Communiquer avec le médecin traitant

Concernant l'expression de la satisfaction, les patients peuvent se faire aider par leurs proches pour répondre. S'agissant de e. Satis, un proche ou un parent peut même donner son propre mail pour recevoir l'enquête. Il doit répondre du point de vue du patient.

Dans des situations difficiles, notamment en cas de **décès** prévisible, des locaux adaptés permettent que les échanges avec les proches et/ou aidants se réalisent dans le respect de l'intimité et de la confidentialité.

Experts-visiteurs

Vous vous assurez que les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats :

- lorsque vous constaterez un **taux de passages aux urgences** conséquent, il faudra s'interroger sur l'organisation et tenir compte de la démographie, du bassin de population et du contexte territorial dans lequel s'inscrit l'établissement visité : désert médical, forte population âgée dans la région ;
- pour réduire le risque de **dépendance iatrogène**, vous porterez une attention sur les moyens mis en œuvre pour diminuer la durée moyenne de séjour lorsque l'hospitalisation n'est plus médicalement pertinente : coordination avec les partenaires de ville, sanitaires et médico-sociaux du territoire ; sécuriser la sortie d'hospitalisation, etc.

4. Éviter le transfert aux urgences, anticiper la sortie et le décès

- **Exprimer sa satisfaction**
- **Anticiper le décès prévisible**

5. Évaluer ses pratiques, analyser ses résultats et s'améliorer

Pour aller plus loin

Références documentaires

HAS

- Plan personnalisé de coordination en santé, 2019.
- Les personnes âgées en établissement de santé, 2017.
- Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017.
- Comment réduire les ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? 2013.
- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, 2014.
- Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, 2015.
- Contention physique de la personne âgée, 2005.
- L'éducation thérapeutique du patient, 2014. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, 2014.

Autres

- Approche territoriale : filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées – ANAP, 2015.
- Autodiagnostic filières gériatriques hospitalières de territoire – ANAP, 2013.
- Construire un parcours de santé pour les personnes âgées – ANAP, 2013.
- Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - ARS/Assurance maladie/Ministère des affaires sociales et de la santé, mai 2016.
- Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier – DREES, mars 2017.
- Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue – DREES, mars 2017.
- ICOPE, soins intégrés pour les personnes âgées - OMS 2019.

Scannez-moi pour
consulter la fiche
thématique



Patients, soignants, un engagement partagé

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr





AIDE AU QUESTIONNEMENT

L'évaluation de la prise en soin des personnes âgées selon le référentiel de certification

Les questions suivantes ne sont ni opposables, ni exhaustives. Elles sont données à titre d'exemple dans le cadre des entretiens d'évaluation. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

Exemples de questions susceptibles d'être posées pendant les évaluations

Avec les professionnels

- Quelle part de personne âgée de plus de 75 ans accueillez-vous dans le service ?
- Quels sont les outils dont vous disposez pour évaluer le niveau de compréhension des patients âgés ayant des troubles sensoriels et cognitifs ? (Crit.1.1-03)
- Pouvez-vous me montrer le projet de soins d'un patient âgé ? Comment les objectifs de ce projet de soins ont-ils été fixés ? Quelles sont les conclusions de l'évaluation gériatrique réalisée à l'admission ? Comment avez-vous pris en compte ses besoins et ses préférences pour établir son projet de soins ? (Crit.2.2-06). Ce patient est-il autonome pour ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, toilettes, hygiène) ? Comment l'avez-vous évalué ? (Crit.1.2-04). Avez-vous évalué le risque de dépendance iatrogène ? Pour ce patient, quels sont les facteurs de risque (syndrome d'immobilisation, confusion aiguë, dénutrition, chutes, incontinence, effets indésirables des médicaments, risque suicidaire) ? (Crit.2.3-16). Pour ce patient, diriez-vous qu'il est coopératif à la mise en œuvre de son projet de soins (motivation, ressources, observance, etc.) ? Avez-vous obtenu son consentement ? (Crit.1.1-03). Comment évaluez-vous l'atteinte, ou non, des objectifs du projet de soins ? Comment le faites-vous évoluer ? (Crit.2.2-06)
- Quel est l'état des relations entre ce patient et sa famille ? Comment impliquez-vous, si le patient en est d'accord, la famille dans l'élaboration et le suivi du projet de soin ? Avez-vous recueilli auprès de la famille des éléments utiles à la construction du projet de soins, par exemple, sur les habitudes du patient, ses besoins, etc. (Crit.1.3-01)
- Ce patient a-t-il désigné une personne de confiance et une personne à prévenir ? Si le patient âgé a des troubles cognitifs et n'a plus la capacité d'exprimer sa volonté, qui consultez-vous en priorité ? (Crit.1.1-08)
- Dans les situations difficiles, par exemple pour les décès prévisibles, comment informez-vous la famille ? Avez-vous un espace adapté dans lequel vous pouvez accueillir les familles ? Des modalités d'accueil spécifiques sont-elles prévues ? Par exemple, faciliter leur présence en dehors des heures habituelles de visite ? (Crit.1.3-01)
- En USLD, pourriez-vous me montrer le programme des activités ? Comment est-il construit ? Est-il remis aux patients ? (Crit.1.4-04)
- Pour éviter un transfert aux urgences, comment êtes-vous organisés avec les acteurs du territoire : filière gériatrique directe, intervention d'équipe de recours, réseaux de télémédecine avec ses partenaires de ville, médecins traitants, EHPAD, HAD, autres établissements de santé ? (Crit.3.1-06)
- Comment préparez-vous la sortie des patients ? Comment recueillez-vous ses conditions de vie habituelle pour envisager le retour à domicile ou une autre orientation (SMR, EHPAD, résidence pour séniors, etc.) ? Comment l'informez-vous sur les aides techniques, structures (associations, etc.), personnes (assistance sociale, représentants des usagers, etc.) qui peuvent l'accompagner et sur les modalités pour les contacter ? (Crit.1.4-06)
- Établissez-vous un bilan thérapeutique, c'est-à-dire un comparatif explicite du traitement habituel (avant son séjour) et du traitement à la sortie (après son séjour) ? Ce bilan thérapeutique est-il intégré dans la lettre de liaison remise aux patients et envoyés aux médecins traitants ? Pourriez-vous me montrer ? (Crit.2.3-08)
- Dans des situations difficiles, par exemple en cas de décès prévisible, avez-vous un endroit qui vous permet d'échanger avec les proches/aidants ? Vous pouvez me montrer ? (Crit.1.3-01)
- Quelle est la durée moyenne de séjour des personnes âgées de plus de 75 ans ? Ce résultat vous paraît-il élevé par rapport à des références du GHT, régionales, nationales, etc. ? Comment l'expliquez-vous ? Quelles actions mettez-vous en œuvre pour diminuer la durée moyenne de séjour lorsque ce n'est médicalement pas pertinent (ex : coordination avec les partenaires de ville, sanitaires et médico-sociaux du territoire, sécuriser la sortie d'hospitalisation, etc.) (Crit.2.4-01)

Aux professionnels des urgences

- Pour les patients dont l'état clinique nécessite des examens urgents et qui y sont donc maintenus, pouvez-vous avoir recours à une équipe mobile de gériatrie, ou à une expertise médicale ou paramédicale (par exemple, Infirmière de Pratique Avancée) gériatrique ? C'est une équipe interne ou externe à l'établissement ? Comment la contactez-vous ? (Crit.2.3-03)
- Pour éviter le passage aux urgences des personnes âgées dont l'état ne le nécessite pas, comment sont-elles accueillies, triées et orientées ? Avez-vous formalisé des circuits courts d'admission directe pour les patients âgés dont la situation clinique ne nécessite pas de rester aux urgences pour des examens rapides ? (Crit.3.1-06)
- Suivez-vous le taux de passages aux urgences des patients âgés de plus de 75 ans ? Ce résultat vous paraît-il élevé ? Si oui, pourquoi ? Quelles actions menées vous pour le réduire ? (Crit.3.7-05)

Au patient âgé et/ou à ses proches

- Savez-vous pourquoi vous êtes hospitalisé ? Quels sont vos traitements ? (Crit.1.1-03)
- Au moment de votre admission, le médecin vous a-t-il expliqué les raisons de votre hospitalisation, ce qu'il espérait comme amélioration de votre état de santé et comment il allait procéder pour y arriver ? À cette occasion, avez-vous pu exprimer ce que souhaitiez ? Diriez-vous que vos préférences ont été prises en compte ? (Crit.1.1-03)
- Étiez-vous autonome lorsque vous êtes arrivé à l'hôpital ? Par exemple, pour boire, les repas, l'hygiène, aller aux toilettes ? Aujourd'hui, est-ce que vous sentez plus ou moins autonome que lorsque vous êtes arrivés ? Pour ce pour quoi vous n'êtes pas autonome, êtes-vous aidé ? Par exemple, pour vous laver, aller aux toilettes, etc. ? (Crit.1.2-04)
- Les professionnels vous ont-ils informé que le motif de votre hospitalisation présentait un risque de dépendance (en fonction : syndrome d'immobilisation, confusion aiguë, dénutrition, chutes, incontinence, effets indésirables des médicaments, risque suicidaire) ? En fonction, qu'est-ce que vous et les professionnels faites pour réduire ces risques (marche, pesée régulière, compléments alimentaires protéinés, etc.) ? Est-ce que des barrières de lits sont installées sur votre lit alors que vous n'avez jamais chuté ? Est-ce qu'on vous met des protections urinaires alors que vous n'êtes pas incontinent ? (Crit.2.3-16)
- De votre point de vue, et durant toute la durée de votre hospitalisation, avez-vous eu parfois le sentiment que votre intimité et votre dignité n'étaient pas respectées ? Par exemple, des actes de soins inadaptés à votre rythme de vie : prises de sang très tôt le matin, lors des horaires de repas, visites, horaires de levers, de toilette, de repas imposés avec une durée du jeûne nocturne > 12 heures etc. Des actes réalisés la porte de chambre ouverte ou sans paravent, utilisation du tutoiement, sentiment d'infantilisation, soignants ayant une conversation entre eux durant les soins, etc. ? (Crit.1.2-01)
- Vous avez de la famille ? Quand vous êtes arrivés, est-ce qu'on vous a demandé qu'elles étaient vos relations familiales ? Est-ce que l'équipe vous demande avant de communiquer des informations sur votre état de santé à votre entourage ? (Crit.1.3-01)
- Avez-vous désigné une personne de confiance ? Une personne à prévenir ? Connaissez-vous la différence entre ces deux notions ? (Crit.1.1-08)
- Pour les patients âgés admis par les urgences, avez-vous attendu sur un brancard ? Pendant combien de temps ? Pendant ce temps, avez-vous eu à boire et à manger lorsque vous le demandiez ? Avez-vous pu aller/être accompagné aux toilettes ? Vous a-t-on fait une toilette ? (Crit.1.2-07)
- Pour les patients âgés hospitalisés en USLD, connaissez-vous le programme le programme des activités ? Vous a-t-il été remis ? (Crit.1.4-04)
- Vous allez sortir très bientôt, vous a-t-on expliqué les différences entre votre traitement habituel avant votre hospitalisation et celui que vous prendrez désormais ? Vous a-t-on expliqué les raisons de ces changements ? (Crit.1.1-09)
- Chez vous, avez-vous accès à internet ? Avez-vous une adresse électronique ? Si oui, lorsque vous êtes arrivés vous a-t-on demandé votre adresse électronique ? Si non, vous a-t-on demandé l'adresse électronique d'un de vos proches ? Vous a-t-on dit que vous recevrez bientôt un questionnaire de satisfaction pour vous exprimer sur les conditions de votre séjour, et que vous pourrez le remplir avec l'un de vos proches ? (Crit.1.1-17)