



SPÉCIAL  
DOMICILE

## Questionnaire à l'attention des professionnels de santé

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la promotion de la Bientraitance au sein de notre établissement, une évaluation intitulée « Evaluation de la Bientraitance : regards croisés » est mise en place. Cette dernière est composée d'une auto-évaluation de l'établissement sur les méthodes et supports mis en œuvre pour promouvoir la bientraitance, associée à un questionnaire à l'attention des professionnels de l'établissement, ainsi qu'un questionnaire à l'attention des patients.

**Les questions abordées visent à recueillir votre point de vue sur :**

- la prise en charge des patients par vous-même : votre regard sur vos pratiques en tant que soignant ;
- la prise en charge des patients au sein de votre établissement, votre service, votre unité : un regard sur l'organisation, les pratiques au sein de votre structure.

Nous vous demandons de ne cocher qu'une seule réponse par question. Il se peut que vous ayez l'impression que certaines de ces questions ne vous concernent pas mais il est important que nous posions les mêmes questions à tout le monde. De même quelques-unes de ces questions peuvent vous paraître très semblables, ayez la gentillesse de répondre à chacune d'elles indépendamment. Aussi, merci de bien vouloir cocher :

- **Non concerné**, lorsque la question ne concerne pas votre activité professionnelle ou ne correspond pas au type d'accompagnement de votre unité, votre service.
- **Ne sait pas**, lorsque vous n'êtes pas en mesure de fournir une réponse même si la question concerne votre activité professionnelle.

L'ensemble des réponses sera analysé et nous servira de support afin d'échanger collectivement et définir des pistes d'amélioration.

Nous vous rappelons que ce questionnaire est **ANONYME**.

Nous vous remercions de votre participation !

### Lors de la prise en charge des patients...

**1. Je recueille l'accord du patient pour tout acte le concernant.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**2. Je respecte les choix et les refus du patient.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**3. Je reste discret sur mes sujets de discussions (personnels et professionnels) entre collègues à proximité des patients.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**4. Je frappe et attends avant d'entrer dans le domicile des patients.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**5. Je veille à ne pas faire de bruit.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**6. Je connais les informations médicales délivrées par l'équipe au patient.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**7. Lorsque je délivre des informations au patient je m'assure de sa compréhension (reformulation).**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**8. Je connais les habitudes de vie, la culture du patient.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**9. Je communique avec l'entourage du patient.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**10. J'intègre le patient aux discussions le concernant lorsque je suis en sa présence.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**11. J'utilise une échelle reconnue pour l'évaluation de la douleur.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**12. J'évalue et/ou prends en compte l'état nutritionnel du patient.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**13. J'adapte mes propos et mes actions à l'état du patient (âge, handicap, etc.).**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**14. Je réalise les soins dans le respect de l'intimité du patient.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Non concerné

**Dans le service, l'unité...**

**15. Un temps d'accueil du patient est organisé.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**16. Le recueil de la personne de confiance est organisé.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**17. Un soutien psycho-social est proposé au patient, si besoin.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**18. Une information régulière est fournie au patient sur son état de santé/examens, tout au long de sa prise en charge.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**19. La coordination de la prise en charge du patient entre professionnels est assurée.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**20. Le patient est informé des événements indésirables associés aux soins survenus lors de sa prise en charge.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**21. Un dépistage des troubles nutritionnels est réalisé.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**22. L'information du patient est organisée.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**23. Le patient a un projet de soins formalisé.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**24. Des actions de sensibilisation sur le thème de la Bienveillance sont organisées.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Ne sait pas

**Pour mieux vous connaître...**

**25. J'ai bénéficié d'une procédure d'accueil lors de mon arrivée dans l'établissement, le service / unité.**

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

**26. Je peux participer aux réunions de service et/ou pluridisciplinaires si je le souhaite.**

☐ Toujours ☐ Très souvent ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

**27. Le secteur d'activité de mon service, mon unité est :**

☐ Médecine Chirurgie Obstétrique ☐ PSYchiatry (Santé Mentale)  
☐ Soins de Suite et Réadaptation ☐ Hôpital A Domicile  
☐ Soins Longue Durée ☐ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**28. Votre profession**

☐ Médecin ☐ Aide-soignant ☐ Autre (préciser)  
☐ Infirmier ☐ Agent de service .....

**29. Ce questionnaire vous a-t-il permis de vous interroger sur vos pratiques ?**

☐ Oui ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Non

**30. Vos commentaires :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Merci de votre participation !**