|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EMP³  (Equipe Mobile De Prévention de la Perte d’autonomie de la Personne âgée) | [emp3-equipemobileprevention@chru-strasbourg.fr](mailto:emp3-equipemobileprevention@chru-strasbourg.fr) | 03 88 11 62 49 / 03 88 11 66 43 |
| Coordinatrice : Bénédicte LE MOINE | benedicte.le-moine@chru-strasbourg.fr | 03 88 11 62 49 |
| Diététicienne : Estelle FAHRLAENDER | estelle.fahlaender@chru-strasbourg.fr | 06 14 09 26 01 |
| Enseignant en activité physique adaptée : Romain BERNARD | romain.bernard@chru-strasbourg.fr | 06 18 53 22 17 |
| Ergothérapeutes : Pauline FABING et Romain DEVRAND | [pauline.fabing@chru-strasbourg.fr](mailto:pauline.fabing@chru-strasbourg.fr) | 06 24 68 29 58 |
|  | [romain.devrand@chru-strasbourg.fr](mailto:romain.devrand@chru-strasbourg.fr) | 06 23 90 25 88 |
| Psychologue neuropsychologue : Elsa DAUMARK | [elsa.daumark@chru-strasbourg.fr](mailto:elsa.daumark@chru-strasbourg.fr) | 06 14 51 61 13 |
| Psychomotricienne : Nathalie JOLIVET | nathalie.jolivet@chru-strasbourg.fr | 06 18 53 41 29 |

**Autodiagnostic prévention en EHPAD**

**Coordonnées de l’EHPAD :**

**Rempli par :**

**Date :**

Sommaire :

[I. Informations 3](#_Toc158724705)

[A. Référentiels 3](#_Toc158724706)

[B. Objectifs 3](#_Toc158724707)

[C. Réalisation 3](#_Toc158724708)

[ Qui remplit l’outil ? 4](#_Toc158724709)

[ Combien de temps prévoir ? 4](#_Toc158724710)

[ Comment utiliser l’outil ? 4](#_Toc158724711)

[ Comment exploiter les résultats et le plan d’actions suggéré ? 4](#_Toc158724712)

[ A quelle fréquence réaliser et réactualiser l’outil ? 4](#_Toc158724713)

[II. Grille d’analyse 5](#_Toc158724714)

[A. Le projet d’établissement et/ou de soins et/ou de vie 5](#_Toc158724715)

[B. La contention 8](#_Toc158724716)

[C. La douleur 11](#_Toc158724717)

[D. Les chutes 14](#_Toc158724718)

[E. La dénutrition 19](#_Toc158724719)

[F. La santé bucco-dentaire 23](#_Toc158724720)

[G. Les troubles cognitifs et/ou du comportement 25](#_Toc158724721)

[H. La continuité des soins 28](#_Toc158724722)

Informations

## Référentiels

1. Loi du 02 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale
2. Décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes
3. ANESM – l’évaluation interne : repères pour les EHPAD
4. ANESM – le projet personnalisé : une dynamique du parcours d’accompagnement (volet EHPAD) août 2018
5. ANESM – qualité de vie en EHPAD : l’accompagnement personnalisé de la santé du résident (volet 4) novembre 2012
6. Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD – DGAS, DGS, SFGG, 2007
7. Guide du parcours de soins, maladie de Parkinson, HAS, septembre 2016
8. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, HAS, recommandations, avril 2009
9. Repérage des risques de perte d’autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées Volet Ehpad, ANESM 2016

[ane-rbpp\_reperage\_des\_risques\_personnes\_agees-ehpad-pdf\_interactif.pdf (has-sante.fr)](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-rbpp_reperage_des_risques_personnes_agees-ehpad-pdf_interactif.pdf)

## Objectifs

L’évaluation des activités a pour objectif d’améliorer la qualité des soins pour les résidents. Elle aidera à adapter le fonctionnement de l’établissement et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins des résidents, dans le cadre des missions et des contraintes qui lui sont imposées.

La démarche proposée dans ce document centre l’évaluation sur les prestations pour l’usager en matière de prévention, elle interroge également l’organisation interne de l’établissement, le projet d’établissement et la position de la structure par rapport à son environnement.

## Réalisation

L’outil d’autodiagnostic de la prévention en EHPAD, proposé par l’équipe de prévention EMP3 permet d’objectiver les points forts et les points d’amélioration de l’organisation et d’identifier les perspectives de travail.

Il couvre les principaux aspects des besoins des résidents autour des thèmes ciblés avec pour objectif essentiel de susciter le dialogue pluridisciplinaire sur la prévention au sein de l’établissement, une problématique reprise dans chaque CPOM.

L’autodiagnostic fait l’objet d’une réflexion avec l’équipe de prévention.

# Qui remplit l’outil ?

Réunir autour d’un référent prévention désigné par la direction, une équipe pluridisciplinaire composée idéalement de :

* La direction
* Médecin coordonnateur
* Infirmier coordonnateur
* Représentant de l’équipe de soins
* Gouvernante
* Tout autre professionnel de l’EHPAD

Le remplissage de l’outil ne peut pas être assuré par une seule personne.

L’équipe de l’EHPAD pourra solliciter l’équipe de prévention à ce stade ou lors de la restitution.

# Combien de temps prévoir ?

La réalisation de l’autodiagnostic nécessite un temps de préparation pour les référents (cf questions surlignées) puis la présence de l’équipe pendant une durée approximative de deux à quatre heures.

# Comment utiliser l’outil ?

En amont, il est important d’informer le personnel de l’EHPAD sur l’équipe de prévention et son accompagnement et de préciser que l’EMP3 s’inscrit dans **une démarche d’amélioration des pratiques et non de contrôle.**

L’outil consiste à remplir un questionnaire guidé puis propose une restitution des résultats permettant une première analyse par les acteurs. Avant l’analyse des résultats, il est important de vérifier les informations recueillies.

**Légende :**

* O : Oui
* EC : En Cours (signifie que le travail n’est pas finalisé. Statut à préciser dans les commentaires)
* N : Non

A noter : si un outil existe mais qu’il n’est pas utilisé, veuillez le préciser dans la case commentaire

# Comment exploiter les résultats et le plan d’actions suggéré ?

Une fois l'autodiagnostic réalisé par l’EHPAD, sa première tâche consiste à communiquer les résultats à l’équipe de prévention. Ces résultats serviront à élaborer les priorités et le plan d’actions qui en découle avec l’équipe de prévention.

Ensuite, il convient de mettre en place le plan d’actions et de suivre l’état d’avancement des différentes actions, en lien avec l’équipe de prévention.

# A quelle fréquence réaliser et réactualiser l’outil ?

La réalisation de ce diagnostic sera effectuée avant la première intervention de l’équipe de prévention. La réactualisation du diagnostic sera effectuée tous les ans sur la durée de l’expérimentation.

Grille d’analyse

## Le projet d’établissement et/ou de soins et/ou de vie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions** |
| 1. Le projet d’établissement comprend-il un axe sur la prévention ? |  |  |
| 1. Le projet de soins décline-t-il l’axe de prévention du projet d’établissement ? |  |  |
| 1. Concernant le projet de vie sociale et d'animation : |  |  |
| 1. Les besoins ont-ils été ciblés dans le cadre du projet de vie/de soins ? |  |  |
| 1. Cette évaluation est-elle révisée ?   Si oui, à quel rythme ? |  |  |
| 1. Existe-t-il des activités individuelles ? |  |  |
| 1. Existe-t-il des activités collectives ? |  |  |
| 1. Les aidants peuvent-ils y participer ? |  |  |
| 1. La prévention a-t-elle été discutée lors d’un CVS dans l’année précédente ?   Si oui, quels thèmes ont été abordés ? |  |  |
| 1. Avez-vous un livret d’accueil pour les résidents ?   Si oui, comprend-il un axe sur la prévention ?  Si oui, y’a-t-il des thématiques ciblées ? |  |  |
| 1. Le contrat de séjour comprend-il un axe sur la prévention ?   Si oui, y’a-t-il des thématiques ciblées ? |  |  |
| 1. La visite de pré-admission : |  |  |
| 1. L’évaluation gérontologique est-elle systématique ? |  |  |
| 1. Quelle évaluation gérontologique/outils sont utilisés (chutes, incontinence, isolement, dépression, etc…) ? |  |  |
| 1. Par qui est-elle réalisée ? |  |  |
| 1. Le projet d’accompagnement personnalisé : |  |  |
| * 1. A quelle fréquence est-il réévalué ? |  |  |
| * 1. En particulier, les troubles sensoriels (visuels, auditifs, olfactifs…) sont-ils repérés et pris en compte ? |  |  |
| * 1. Les autres différents types de besoins sont-ils évalués (cadre de vie, rythme de vie, aide aux actes de la vie quotidienne, soins, etc…) ? |  |  |
| * Nombre de résidents dont l’évaluation des capacités pour les actes de la vie quotidienne est faite ? |  | Nombre : |
| * Nombre de résidents qui ont un plan d’aide personnalisé (objectifs définis suite au projet d’accompagnement personnalisé) ? |  | Nombre : |
| * 1. Nombre de résidents ayant une réévaluation dans l’année ? |  | Nombre : |
| 1. L’entourage est-il impliqué dans lélaboration du PAP? Si oui, comment ? |  |  |
| 1. Y a-t-il des activités demandées par les résidents et/ou le personnel et auxquelles l’établissement n’a pas les moyens de répondre ?   Si oui, lesquelles ? |  |  |
| 1. Quel est le nombre de résidents ne participant à aucune activité (autre que les actes de la vie quotidienne) ? |  | Nombre : |
| 1. Avez-vous un livret d’accueil pour les nouveaux salariés ?   Si oui, les axes de prévention y sont-ils abordés ? |  |  |
| 1. Y a-t-il un comité d’éthique au sein de l’établissement ?   Si oui, quelles sont les dernières questions traitées ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |
| 1. La filière gériatrique ?   Si oui, quels partenaires ? Précisez. |  |  |
| 1. Les ressources locales (associations d’APA, bénévoles, etc…) ?   Si oui, lesquelles ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

## La contention

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. Existe-il un protocole sur la contention ?   Si oui, où se trouve-t-il ?  Rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il des protocoles sur l’acte de pose de chaque contention ?   Si oui, où se trouvent-ils ?  Rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ces protocoles ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un ou des référent(s) sur cette thématique ? |  |  |
| 1. Une réflexion avec l’entourage du résident est-elle réalisée sur :   Si oui, précisez comment. |  |  |
| 1. Le droit à la liberté d’aller et venir ? |  |  |
| 1. Les risques liés à la contention ? |  |  |
| 1. Le consentement et le libre choix du résident ? |  |  |
| 1. L’équilibre/troubles du comportement/effectivité des soins/sécurité du résident/vie collective ? |  |  |
| 1. Pour les résidents ayant une contention, les préconisations de l’ANAES de prescriptions, de suivi et de réévaluation des contentions passives existantes sont-elles connues et respectées ? |  |  |
| 1. Les contentions sont-elles prescrites ? |  |  |
| 1. La prescription est faite après l’appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l’équipe pluridisciplinaire ? |  |  |
| 1. Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du résident ? |  |  |
| 1. Une évaluation de l’état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du résident ? |  |  |
| 1. La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures ? |  |  |
| 1. La personne âgée et son entourage sont informés des raisons et buts de la contention ? |  |  |
| 1. Existe-t-il une liste répertoriant les personnes contentionnées en raison de symptômes cognitivo-comportementaux ? |  |  |
| 1. Les conduites à tenir lors de la mise en place de la contention sont-elles formalisées et respectées ? |  |  |
| 1. Le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du résident ? |  |  |
| 1. L’installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité ? |  |  |
| 1. Respect des normes de sécurité d’utilisation du matériel ? |  |  |
| 1. Une sensibilisation aux conséquences de la contention est proposée ? |  |  |
| 1. Le circuit du materiel de contention est-il formalisé avec la lingerie? (inventaire régulier, verification de l’intégrité du materiel, identification par service et par taile…) |  |  |
| 1. Y-a-t-il des alternatives aux contentions prévues pour les résidents ?   Si oui, lesquelles ? |  |  |
| * 1. Existence de portes anti-paniques (l'ouverture vers l'extérieur s'exerce par simple poussée sur une barre) ? |  |  |
| * 1. Des recherches sur la problématique qui a conduit à la mise en place de la contention sont réalisées ? |  |  |
| * 1. Propositions d’animations adaptées afin de capter l’attention ? |  |  |
| * 1. Adaptation de l’environnement ? |  |  |
| * 1. La déambulation est possible ? |  |  |
| * Dedans ? |  |  |
| * Dehors ? |  |  |
| * 1. Un séquençage de la contention est-il réfléchi? |  |  |
| * 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Etes-vous confronté à des sorties inopinées de résidents? |  |  |
| 1. Quel est le nombre de résidents ayant une contention passive (dispositif médical dans le but de restreindre la mobilité) au jour de l’évaluation ?   Avec quels types de contention? (ceintures abdomino-pelviennes, barriers de lit, sécuridraps…)  Y a-t-il une/des unités fermées ? |  | Nombre :  Types : |
| 1. Quel est le nombre de résidents ayant une contention chimique au jour de l’évaluation ? |  |  |
| 1. L’établissement a-t-il participé à des formations dans l’année précédente ?   Si oui, laquelle/lesquelles ? |  |  |
| 1. Quel pourcentage du personnel ? |  | % |
| 1. Des actions ont-elles été mises en place ? |  |  |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

## La douleur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. Existe-t-il un protocole de repérage de la douleur ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir personnalisées avec certains résidents douloureux ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ces protocoles ? |  |  |
| 1. Les besoins de prévention de la douleur sont-ils évalués |  |  |
| 1. Lors de l’admission |  |  |
| 1. Lors de l’élaboration ou de la réévaluation du PAP? |  |  |
| 1. Par qui? |  |  |
| 1. Y’a-t-il partage des informations en équipe pluridisciplinaire ? Comment ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un ou des référent(s) sur cette thématique ? |  |  |
| 1. Les recommandations existantes sont-elles diffusées en interne ?   Si oui, lesquelles : |  |  |
| 1. HAS ? |  |  |
| 1. DGAS ? |  |  |
| 1. Mobiqual ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Est-ce qu’il y a une surveillance régulière de la douleur pour tous les résidents ? |  |  |
| 1. Les échelles d’évaluation de la douleur sont-elles utilisées ?   Si oui, lesquelles : |  |  |
| 1. Echelle Visuelle Analogique (EVA) ? |  |  |
| 1. Echelle Numérique (EN) ? |  |  |
| 1. Echelle Verbale Simple (EVS) ? |  |  |
| 1. Algoplus ? |  |  |
| 1. Doloplus ? |  |  |
| 1. Evaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Agée non-communicante (ECPA) ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. L’évaluation de la douleur est-elle bien transmise et/ou accessible aux médecins traitants ?   Si oui, comment : |  |  |
| 1. DPI ? |  |  |
| 1. Transmission orale ? |  |  |
| 1. Cahier de liaison ? |  |  |
| 1. Courrier et/ou mail ? |  |  |
| 1. Pour les personnes âgées communicantes et coopérantes, utilise-t-on des thérapies cognitives et comportementales ? |  |  |
| 1. Psychothérapie de soutien ? |  |  |
| 1. Sophrologie, hypnose ? |  |  |
| 1. “Coping stratégies” (pensées positives, imagerie mentale, relaxation, etc…) ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs peuvent-elles bénéficier d’approches comportementales ?   Précisez par qui. |  |  |
| 1. Massages et toucher relationnel ? |  |  |
| 1. Musicothérapie ? |  |  |
| 1. Art-thérapie ? |  |  |
| 1. Ateliers sensoriels ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Il existe des mesures de prévention des douleurs induites lors des soins : |  |  |
| 1. Les personnels y ont été formés ? |  |  |
| 1. Avant le geste ou le soin : rassurer le résident pour limiter l’appréhension (écoute, collaboration, organisation du soin) ? |  |  |
| 1. Pendant le geste ou le soin, assurer le confort du soigné et du soignant : installation, matériel adéquat, travail en binôme, détournement de l’attention, verbalisation, en terminant par quelque chose d’agréable ? |  |  |
| 1. Après le geste ou le soin : évaluation du soin entre professionnels ? |  |  |
| 1. L’ostéoporose est-elle interrogée au sein de l’établissement concernant la douleur ? |  |  |
| 1. L’ostéoporose fait-elle l’objet de mesures spécifiques ?   Si oui, précisez. |  |  |
| 1. L’établissement a-t-il participé à des formations dans l’année précédente ?   Si oui, laquelle/lesquelles ? |  |  |
| 1. Quel pourcentage du personnel ? |  | % |
| 1. Des actions ont-elles été mises en place ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |
| 1. Consultations spécialisées ? |  |  |
| 1. Centre d’Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) ? |  |  |
| 1. EMSSP ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Combien de résidents identifiés douloureux sont suivis par d’autres structures ? |  | Nombre : |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

## Les chutes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. Existe-t-il un protocole d’évaluation du risque de chute ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un protocole à suivre en cas de chute ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un ou des référent(s) sur cette thématique ? |  |  |
| 1. Prend-t-on en compte les risques de chutes liés à l’environnement dans l’établissement ?   Si oui, lesquels : |  |  |
| 1. Espaces de déambulation sans obstacle ? |  |  |
| 1. Lieux de vie non encombrés ? |  |  |
| 1. Aménagement de la chambre ? |  |  |
| 1. Eclairage suffisant ? |  |  |
| 1. Rampes dans les couloirs et les escaliers ? |  |  |
| 1. Sols (absence d’irrégularité, non-glissant, antidérapant, sans rupture de couleur) ? |  |  |
| 1. Barres d’appui (siège WC, salle de bain) ? |  |  |
| 1. Rehausse WC ? |  |  |
| 1. Fauteuils et chaises stables munis d‘accoudoirs et ayant une hauteur d‘assise adaptée au résident ? |  |  |
| 1. Lit à hauteur variable ? |  |  |
| 1. Bonne accessibilité des étagères même en fauteuil? |  |  |
| 1. Appel-malade simple à utiliser et facilement accessible ? |  |  |
| 1. Signalisation visible ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Le risque de chute/les facteurs de risque sont-ils évalués lors de l’admission? |  |  |
| 1. Par qui |  |  |
| 1. Comment? |  |  |
| 1. Le risque de chute est-il évalué lors de l’élaboration ou de la réévaluation du projet d’accompagnement personnalisé ?   Si oui : |  |  |
| 1. A quelle fréquence ? |  |  |
| 1. Par qui ? |  |  |
| 1. Comment? |  |  |
| 1. Y-a-t-il partage des informations en équipe pluridisciplinaire ? Comment ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il une réflexion pluridisciplinaire sur avantages/inconvénients des solutions pour éviter les chutes ? |  |  |
| 1. La chute d’un résident est-elle systématiquement signalée ?   Si oui, de quelle façon ? |  |  |
| 1. La chute est-elle analysée (circonstances, contexte, conséquences, etc…) ? |  |  |
| 1. Par qui ? |  |  |
| 1. Y’a-t-il partage des informations en équipe pluridisciplinaire ? Comment ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il une réflexion pluridisciplinaire sur avantages/inconvénients des solutions pour éviter de nouvelles chutes ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il une organisation pour mettre à disposition des matériels d’aide adaptés au déplacement (canne, déambulateur, fauteuil) ? |  |  |
| 1. Les recherches et tentatives de résolutions des différents facteurs de risque de chute sont possibles : |  |  |
| 1. Supplémentation protéique et vitamino-calcique en cas de sarcopénie ? |  |  |
| 1. Prise en charge kinésithérapeutique ? 2. Prise en charge ergo? 3. Si oui, à quelle fréquence ? |  |  |
| 1. Aide psychologique en cas de phobie de la station debout ? |  |  |
| 1. La vue : adaptation des lunettes, luminosité des lieux ? |  |  |
| 1. Chaussage ? |  |  |
| 1. Réévaluation des traitements ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Existe-t-il des activités dédiées ?   Précisez par qui et à quelle fréquence. |  |  |
| 1. Activités physiques adaptées ? |  | Fréquence : |
| 1. Ateliers d’équilibre ? |  | Fréquence : |
| 1. Gymnastique douce ? |  | Fréquence : |
| 1. Activités type tai-chi ? |  | Fréquence : |
| 1. Activités de loisirs/animations travaillant l’équilibre ? |  | Fréquence : |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. En dehors de ces activités, y a-t-il une pratique de stimulation de la mobilité au quotidien ? |  |  |
| 1. Combien de résidents marchent seuls même avec une aide technique à la marche? |  | Nombre : |
| 1. Combien de résidents participent aux activités physiques adaptées ? |  | Nombre : |
| 1. La rééducation de la personne ayant chuté est-elle organisée ? |  |  |
| 1. Un apprentissage du « relever du sol » est réalisé ?   Si oui, par qui ? |  |  |
| 1. Une adaptation du matériel de déambulation suite à la chute et son apprentissage ?   Si oui, par qui ? |  |  |
| 1. Un syndrome post-chute est-il repéré et pris en compte ?   Si oui, par qui ? |  |  |
| 1. Un apprentissage aux déplacements en fauteuil roulant est possible ?   Si oui, par qui ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il une réflexion éthique sur le « droit au risque » ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il un accompagnement sur ce thème ? |  |  |
| 1. Auprès des résidents ? |  |  |
| 1. Auprès de leur entourage ? |  |  |
| 1. Les professionnels sont formés ? (dans les 2 années précédents) |  |  |
| 1. Sur les conduites à tenir devant une chute ? |  |  |
| 1. Aux transferts ? |  |  |
| 1. À la verticalisation et à l’accompagnement à la marche ? |  |  |
| 1. Aux troubles moteurs parkinsoniens ? |  |  |
| 1. Autres sur cette thématique? Si oui, lesquelles? |  |  |
| 1. Nombre de professionnels formés |  |  |
| 1. Des actions ont-elles été mises en place suite aux formations? |  |  |
| 1. Quel est le nombre de résidents ayant fait une ou des chutes dans l’année précédente ? |  | Nombre : |
| 1. Quel est le nombre de résidents « grand chuteurs » (>1 chute/mois) ? |  | Nombre : |
| 1. Quel est le nombre total de chutes dans l’année précédente ? |  | Nombre : |
| 1. Quelles conséquences ? préciser (consequence, nombre) |  |  |
| 1. Nombre de résidents ayant eu au moins une fracture suite à une chute ? |  | Nombre : |
| 1. Nombre de résidents ayant été hospitalisés suite à une chute ?   Dont passages aux urgences uniquement ? |  | Nombre :  Nombre : |
| 1. Combien de résidents faisant des chutes répétées (>2 /année) ont eu une consultation spécialisée ?   De quel type ? |  | Nombre : |
| 1. Prévient-on d’éventuelles fractures secondaires aux chutes pour les résidents à risque avec aménagement de leur logement ?   Si oui, avec quoi : |  |  |
| 1. Du mobilier ? |  |  |
| 1. De l’environnement ? |  |  |
| 1. Protecteurs de hanches ? |  |  |
| 1. Lits « bas » ? |  |  |
| 1. Matelas au sol ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. L’ostéoporose est-elle interrogée au sein de l’établissement concernant les personnes : |  |  |
| 1. Présentant un risque de chute ? |  |  |
| 1. Ayant chuté ? |  |  |
| 1. Ayant subi une ou plusieurs fractures ? |  |  |
| 1. L’ostéoporose fait-elle l’objet de mesures spécifiques ?   Si oui, précisez. |  |  |
| 1. Combien de résidents souffrant de la maladie de Parkinson résident dans l’EHPAD ? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |
| 1. Consultations « chutes » ? |  |  |
| 1. Consultations gériatriques ? |  |  |
| 1. Accès à des avis gériatriques pour révision de l’ordonnance ? |  |  |
| 1. Consultations de rééducation ? |  |  |
| 1. Lien avec des consultations neurologiques ? |  |  |
| 1. Centre expert Parkinson (HUS Strasbourg) ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

## La dénutrition

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. Existe-t-il un protocole d’évaluation des facteurs de risque de dénutrition ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un protocole en cas de dénutrition ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il d’autres protocoles (hydratation, constipation, troubles de la déglutition, etc…) ?   Si oui, précisez.  Rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ces protocoles ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un ou des référent(s) sur cette thématique ? |  |  |
| 1. Les risques de dénutrition, de troubles de la deglutition sont-ils évalués |  |  |
| 1. Lors de l’admission |  |  |
| 1. Lors de l’élaboration ou de la réévaluation du PAP? |  |  |
| 1. Par qui? |  |  |
| 1. Y’a-t-il partage des informations en équipe pluridisciplinaire ? Comment ? |  |  |
| 1. Les particularités (goûts, besoins, habitudes) de chaque résident sont-elles prises en compte ?   Si oui : |  |  |
| 1. Recueil (traçabilité) de l’avis des residents? |  |  |
| 1. Avez-vous un lien avec un CLAN (Commission Liaison Alimentation Nutrition) ? |  |  |
| 1. Existence d’une commission des menus ? |  |  |
| 1. Lien avec l’équipe de cuisine au sujet des repas/de l’appréciation des plats pour répondre aux attentes ? |  |  |
| 1. Réflexions sur la qualité gustative des repas ? |  |  |
| 1. Favorise-t-on la convivialité des repas et l’envie de manger ? |  |  |
| 1. Attention portée au cadre des salles à manger ? |  |  |
| 1. Plan de table (choix du voisin de table possible) ? |  |  |
| 1. Possibilité de manger hors de la salle à manger ? |  |  |
| 1. Le personnel présente le menu et ses composantes ? |  |  |
| 1. Les animations font appel à la mémoire, à la saison, aux fêtes pour donner “envie” ? |  |  |
| 1. Attention portée à la présentation de l’assiette ? |  |  |
| 1. Quantités adaptées aux résidents ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Favorise-t-on la diversification et l’enrichissement alimentaire ? |  |  |
| 1. L’alimentation est variée et appétissante ? |  |  |
| 1. Surveillance de la consommation du plat d‘origine animale (midi/soir) : viande, poisson, laitage ? |  |  |
| 1. Produits laitiers supplémentaires pour pallier une insuffisance de consommation de viande ou de poisson ? |  |  |
| 1. Présence de 4 produits laitiers par jour ? |  |  |
| 1. Planification du service de boissons ? |  |  |
| 1. Signalement de tout changement de comportement (appétit, refus, tristesse, endormissement) lors du repas ? |  |  |
| 1. Enrichissement des repas en priorité avec des aliments de base (oeuf, lait concentré, fromage) ? |  |  |
| 1. Mise en place de compléments alimentaires ? |  |  |
| 1. L’aide à apporter pour les repas est-elle organisée (évaluation des besoins d’aide, installation, couverts adaptés) ? |  |  |
| * 1. Quels sont les horaires des repas ? Précisez le temps effectif que les résidents ont pour manger. |  |  |
| * Matin : |  | Horaire : Durée : |
| * Midi : |  | Horaire : Durée : |
| * Soir : |  | Horaire : Durée : |
| * Collations : |  | Horaire(s) : |
| * 1. Y a t-il des aides techniques (couverts adaptés, assiette à rebord) ?   Par qui sont-elles gérées ? |  |  |
| 1. Existe-t-il des alternatives au menu du jour ? |  |  |
| 1. Le « manger-main » ? |  |  |
| 1. Des repas de substitution (assiettes froides, potages enrichis, etc…) ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Quel est le temps de jeûne nocturne ? |  | Temps : |
| 1. Des collations sont-elles proposées et/ou accessibles ?   Si oui, précisez les modalités. |  |  |
| 1. Existe-t-il des repas thérapeutiques ? Si oui, précisez les modalités. |  |  |
| 1. La surveillance du poids est-elle organisée ?   Si oui : |  |  |
| 1. A quelle fréquence ? |  |  |
| 1. Y compris pour les résidents lourdement dépendants avec des balances adaptées et disponibles ? |  |  |
| 1. Les modifications de poids observées sont-elles prises en compte ? |  |  |
| 1. Par qui ? |  |  |
| 1. Comment ? |  |  |
| 1. Où sont-elles tracées ? |  |  |
| 1. Quel est le nombre de résidents dont le suivi de la courbe de poids a permis de mettre en œuvre des actions adaptées dans l’année précédente ? |  |  |
| 1. Signalement au médecin traitant ? |  |  |
| 1. Bilan complémentaire ? |  |  |
| 1. Intervention diététicienne ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Prévient-on les troubles de la déglutition ? |  |  |
| 1. Bilan orthophonique ? |  |  |
| 1. Installation et aide au repas ? |  |  |
| 1. Eau gazeuse, eau gélifiée, texture modifiée ? |  |  |
| 1. Repérage des troubles par les professionnels ? |  |  |
| 1. Sensibilisation de l’entourage du résident ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Prévient-on la déshydratation ?   Si oui, comment : |  |  |
| 1. Stimulation lors des soins ? |  |  |
| 1. Tournées d’hydratation ? |  |  |
| 1. Humidification de la bouche : rinçages de bouche, pulvérisation d’eau, mâchonnement d’un linge humide ? |  |  |
| 1. Fruits tels que melon, pastèque ? |  |  |
| 1. Sensibilisation de l’entourage du résident ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. L’ostéoporose est-elle interrogée au sein de l’établissement concernant la nutrition ? |  |  |
| 1. L’ostéoporose fait-elle l’objet de mesures spécifiques ?   Si oui, précisez. |  |  |
| 1. Etes-vous concernés par des dispositifs de nutrition artificielle ? |  |  |
| * 1. Si oui, sont-ils discutés : |  |  |
| * Avec l’équipe soignante de l’EHPAD ? |  |  |
| * Avec le résident et/ou son entourage ? |  |  |
| * 1. Comment ces dispositifs sont-ils réévalués ? |  |  |
| 1. Quel est le nombre de résidents ayant un diagnostic de dénutrition et une prise en charge adaptée et personnalisée au jour de l’enquête ? |  | Nombre : |
| 1. L’établissement a-t-il participé à des formations dans l’année précédente ?   Si oui, laquelle/lesquelles ? |  |  |
| 1. Quel pourcentage du personnel ? |  | % |
| 1. Des actions ont-elles été mises en place ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |
| 1. Consultations gériatriques ? |  |  |
| 1. INTERCLAN ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

## La santé bucco-dentaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. La santé bucco-dentaire est-elle développée dans : |  |  |
| 1. Le projet d’établissement ? |  |  |
| 1. Le projet de soins ? |  |  |
| 1. Le projet d’accompagnement personnalisé du résident ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un protocole spécifique à la santé bucco-dentaire ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un ou des référent(s) sur cette thématique ? |  |  |
| 1. A l’entrée du résident, une évaluation de l’état bucco-dentaire est-elle réalisée ?   Si oui, par quel moyen ? |  |  |
| 1. Utilisez-vous une grille d’évaluation de l’état bucco-dentaire ?   Si oui, laquelle ? |  |  |
| 1. Lors de la visite de pré-admission et/ou à l’entrée du résident, un questionnement est réalisé sur les habitudes d’hygiène buccale avec : |  |  |
| 1. Coordonnées du chirurgien-dentiste ? |  |  |
| 1. Date du dernier RDV chez le chirurgien-dentiste ? |  |  |
| 1. Port d’une prothèse ? |  |  |
| 1. Autonomie à l’hygiène buccale ? |  |  |
| 1. Parmi les résidents non-autonomes, pour combien une toilette buccale : |  |  |
| 1. Est réalisée quotidiennement ?   Si oui, précisez la fréquence. |  | Nombre : Fréquence : |
| 1. N’est pas réalisée quotidiennement ?   Pourquoi ? |  | Nombre : |
| 1. Les toilettes buccales sont-elles tracées dans le dossier de soins du résident ? |  |  |
| 1. Quels liquides sont utilisés pour nettoyer les cavités buccales ? |  |  |
| 1. Existe-il du matériel de soins bucco-dentaire (serviettes, gants, gobelets, haricots (si résident alité), protections, source lumineuse ? |  |  |
| 1. Existe-t-il du matériel dédié à la santé bucco-dentaire ?   Si oui, précisez qui le fournit (entourage du résident, EHPAD). |  |  |
| 1. Sets de soins de bouche ? |  |  |
| 1. Brosses à dents souples, à petite tête ? |  |  |
| 1. Brosses à dents électriques ? |  |  |
| 1. Brosses à prothèses ? |  |  |
| 1. Hydropulseurs ? |  |  |
| 1. Boîtes à prothèse ? |  |  |
| 1. Dentifrice ? |  |  |
| 1. L’établissement a-t-il participé à des formations dans l’année précédente ?   Si oui, laquelle/lesquelles ? |  |  |
| 1. Quel pourcentage du personnel ? |  | % |
| 1. Des actions ont-elles été mises en place ? |  |  |
| 1. Avez-vous accès à un cabinet dentaire ? |  |  |
| 1. Déplacement au sein de l’EHPAD ? |  |  |
| 1. A proximité ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

## Les troubles cognitifs et/ou du comportement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. Existe-t-il un protocole spécifique de repérage des troubles cognitifs et/ou du comportement ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un protocole spécifique à l’accompagnement des troubles cognitifs et/ou du comportement ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ce protocole ? |  |  |
| 1. Existe-t-il des protocoles élaborés précisant les conduites à tenir personnalisées et actualisées pour les résidents présentant des troubles cognitifs et/ou du comportement ?   Si oui, rencontrez-vous des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de ces protocoles ? |  |  |
| 1. Existe-t-il un ou des référent(s) sur cette thématique ? |  |  |
| 1. Prend-t-on en compte les éléments de l’environnement au sein de l’établissement pouvant agir sur les troubles cognitifs et/ou du comportement ?   Si oui, lesquels : |  |  |
| 1. Espaces de déambulation ? |  |  |
| 1. Signalisation visible ? |  |  |
| 1. Aménagement de la chambre avec des repères personnels ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Existe-t-il des activités dédiées ?   Si oui, lesquelles ? Précisez les modalités. |  |  |
| 1. Les troubles cognitifs et/ou du comportement sont-il évalués lors de l’élaboration ou de la réévaluation du projet d’accompagnement personnalisé ?   Si oui : |  |  |
| 1. Par qui ? |  |  |
| 1. Les informations sont-elles partagées en équipe pluridisciplinaire ?   Si oui, précisez les modalités. |  |  |
| 1. Combien de résidents sont concernés par des troubles cognitifs et/ou du comportement ? |  | Nombre : |
| 1. Combien de résidents présentent des troubles cognitifs et/ou du comportement gênants ?   Donnez des exemples. |  |  |
| 1. L’apparition de nouveaux troubles cognitifs et/ou du comportement sont-ils systématiquement signalés ?   Si oui, précisez les modalités. |  |  |
| 1. Les recherches et tentatives d’adaptation/de sécurisation sont-elles : |  |  |
| * 1. Discutées ? |  |  |
| * En équipe pluridisciplinaire ? |  |  |
| * Avec le médecin traitant ? |  |  |
| * Avec l’entourage du résident ? |  |  |
| * Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| * 1. Réévaluées ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il une réflexion pluridisciplinaire sur les mesures à mettre en place pour assurer la sécurité du résident, des autres résidents, du personnel ? |  |  |
| 1. Y a-t-il une réflexion éthique sur le “droit au risque” ? |  |  |
| 1. Les troubles cognitifs et/ou du comportement sont-ils explicités auprès des résidents et de leur entourage ? |  |  |
| 1. Les troubles cognitifs et/ou du comportement ont-ils des conséquences ?   Si oui, précisez lesquelles. |  |  |
| 1. Sur la personne ? |  |  |
| 1. Sur le personnel ? |  |  |
| 1. Sur les autres résidents ? |  |  |
| 1. Sur l’établissement ? |  |  |
| 1. Nombre de résidents ayant été hospitalisés suite à des troubles cognitifs et/ou du comportement ?   Dont passage uniquement aux urgences ? |  | Nombre : |
| 1. Combien de résident souffrent de troubles psychiatriques ?   Combien sont suivis par un service spécialisé ?  dont suivi psychiatrique au sein de l’EHPAD par psychiatre ou IDE? |  | Nombre : |
| 1. Combien de résidents ont un traitement spécifique pour des troubles cognitifs et/ou du comportement ? |  | Nombre : |
| 1. Les professionnels sont-ils formés : Quel pourcentage du personnel ? (dans les 2 dernières années) |  |  |
| 1. Sur les facteurs de risque ? |  |  |
| 1. A des outils de repérage ? |  |  |
| 1. A de l’analyse de pratique ? |  |  |
| 1. Aux différentes maladies neurodégénératives et psychiatriques provoquant des troubles cognitifs et/ou du comportement ? |  |  |
| 1. Autre? |  | % |
| 1. Des actions ont-elles été mises en place ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |
| 1. Secouristes en santé mentale ? |  |  |
| 1. Consultations CMP ? |  |  |
| 1. Consultations psychiatriques au sein de l’EHPAD ?   Par qui ? |  |  |
| * A la demande ? |  |  |
| * Régulièrement ? |  |  |
| 1. Consultations gériatriques ? |  |  |
| 1. Consultations neurologiques ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

## La continuité des soins

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. Concernant la continuité de soins : |  |  |
| 1. L’établissement dispose-t-il d’une astreinte IDE de nuit ? |  |  |
| 1. Les résidents ont-ils tous un médecin traitant ?   Si non, combien n’en ont pas actuellement ? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il une convention avec une HAD ?   Combien de personnes ont été prises en charge en HAD l’année précédente? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs ?   Combien de résidents en ont bénéficié l’année précédente ? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il une convention avec le secteur psychiatrique ?   Combien de résidents en ont bénéficié l’année précédente ? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il une convention avec une équipe mobile gériatrique ?   Combien de résidents en ont bénéficié l’année précédente? |  | Nombre : |
| 1. Les admissions à l’hôpital sont-elles préparées ?   Quels sont les écueils éventuels ? |  |  |
| 1. Les retours d’hospitalisation sont-ils préparés ?   Quels sont les écueils éventuels ? |  |  |
| 1. Le recours à la filière est-il organisé ? |  |  |
| 1. L’établissement a-il déjà eu recours à une intervention et/ou consultation rhumatologique spécialisée dans l’ostéoporose (CETD parcours os) ? |  |  |
| 1. Les professionnels connaissent et utilisent-ils les protocoles élaborés sur les conduites à tenir en cas :   Si oui, précisez si vous rencontrez des difficultés concernant la diffusion et l’utilisation de chacun des protocoles. |  |  |
| 1. D’urgence ? |  |  |
| 1. D’hospitalisation ? |  |  |
| 1. De retour hospitalisation ? |  |  |
| 1. Combien de résidents ont été hospitalisés dans l’année précédente ? |  |  |
| 1. En urgence ? |  | Nombre : |
| 1. Hors urgence ? |  | Nombre : |
| 1. Passage aux urgences mais non suivi d’une hospitalisation ? |  | Nombre : |
| 1. Les professionnels de l’EHPAD ont-ils-été formés avec les outils d’ASSURE?   Si oui, quel pourcentage du personnel ?  Par qui ? |  | Nombre : |

**Synthèse : marges d’amélioration et compléments éventuels**

**SYNTHESE GLOBALE :**

**OBJECTIFS CHOISIS PAR L’EQUIPE DE L’EHPAD POUR DEVELOPPER UN OU PLUSIEURS AXES DE PREVENTION**

**La/les thématique(s) prioritaire(s) de l’EHPAD :**

**1.**

**2.**

**3.**

**Synthèse du plan d’actions envisagé par thématique prioritaire :**

**Autres thématiques à traiter, souhaitées par l’EHPAD, non prévues par l’équipe de prévention :**