|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EMP³  (Equipe Mobile De Prévention de la Perte d’autonomie de la Personne âgée) | [emp3-equipemobileprevention@chru-strasbourg.fr](mailto:emp3-equipemobileprévention@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 |
| Psychomotriciennes : Nathalie JOLIVET | nathalie.jolivet@chru-strasbourg.fr | 06 18 53 41 29 |



**Autodiagnostic prévention en SSIAD**

**Coordonnées du SSIAD :**

**Rempli par :**

**Date :**

Sommaire :

[I. Informations 3](#_Toc164262036)

[A. Référentiels 3](#_Toc164262037)

[B. Objectifs 3](#_Toc164262038)

[C. Réalisation 3](#_Toc164262039)

[ Qui remplit l’outil ? 3](#_Toc164262040)

[ Combien de temps prévoir ? 4](#_Toc164262041)

[ Comment utiliser l’outil ? 4](#_Toc164262042)

[ Comment exploiter les résultats et le plan d’actions suggéré ? 4](#_Toc164262043)

[ A quelle fréquence réaliser et réactualiser l’outil ? 4](#_Toc164262044)

[II. Grille d’analyse 5](#_Toc164262045)

[A. Le projet de service et/ou de soins et/ou de vie 5](#_Toc164262046)

[B. La contention 7](#_Toc164262047)

[C. La douleur 9](#_Toc164262048)

[D. Les chutes 12](#_Toc164262049)

[E. La dénutrition 16](#_Toc164262050)

[F. La santé bucco-dentaire 20](#_Toc164262051)

[G. Les troubles cognitifs et/ou du comportement 22](#_Toc164262052)

[H. La continuité des soins 25](#_Toc164262053)

Informations

## Référentiels

1. Loi du 02 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale
2. CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE Selon l’Arrêté du 8 septembre 2003
3. Modalités pratiques d’organisation et de fonctionnement du Service de Soins à Domicile (art. L 311-7 du code de l’action sociale et des familles)
4. Référentiel d’évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, HAS, mars 2022
5. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social, HAS janvier 2021
6. Services d’aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative

GUIDE - Mis en ligne le 08 juil. 2020 - Mis à jour le 21 sept. 2023

1. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, HAS, recommandations, avril 2009
2. Repérage des risques de perte d’autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées Volet Domicile, ANESM 2016, màj mars 2018

[Haute Autorité de Santé - Repérage des risques de perte d’autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile (has-sante.fr)](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835100/fr/reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation-pour-les-personnes-agees-volet-domicile)

## Objectifs

L’évaluation des activités a pour objectif d’améliorer la qualité des soins pour les personnes accompagnées. Elle aidera à adapter le fonctionnement du service et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins des personnes accompagnées, 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 du service, le projet de service et la position de la structure par rapport à son environnement.

## Réalisation

L’outil d’autodiagnostic de la prévention en SSIAD, 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 personnes accompagnées autour des thèmes ciblés avec pour objectif essentiel de susciter le dialogue pluridisciplinaire sur la prévention au sein du service, 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
* Infirmier coordonnateur
* Représentant de l’équipe de soins
* Tout autre professionnel du SSIAD

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

L’équipe du SSIAD 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 des référents puis la présence de tous pendant une durée approximative de deux à quatre heures.

# Comment utiliser l’outil ?

En amont, il est important d’informer le personnel du SSIAD 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 le SSIAD, 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 pourra être effectuée tous les ans sur la durée de l’expérimentation.

Grille d’analyse

## Le projet de service et/ou de soins et/ou de vie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions** |
| 1. Le projet d’établissement/de service comprend-il un axe sur la prévention ? |  |  |
| 1. Concernant le projet de soins personnalisé: |  |  |
| 1. Existe-t-il des activités individuelles (par un service prévention par exemple)? |  |  |
| 1. Existe-t-il des activités collectives de prévention auprès des personnes accompagnées? |  |  |
| 1. Les aidants peuvent-ils y participer ? |  |  |
| 1. Avez-vous un livret d’accueil pour les personnes accompagnées?   Si oui, comprend-il un axe sur la prévention ?  Si oui, y’a-t-il des thématiques ciblées (nutrition, contention, mobilité…) ? |  |  |
| 1. Le contrat de prise en charge (DIPEC ou autre) 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 de soins et d’accompagnement personnalisé : |  |  |
| * 1. A quelle fréquence est-il réévalué? |  |  |
| * 1. Comprend-il un repérage des fragilités? |  |  |
| * 1. Fréquence de la réévaluation: 1x/an? Si repérage d’une fragilité? |  |  |
| 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 du service ?   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’enseignants en activité physique adaptée, ergothérapeutes, diététiciens, bénévoles, etc…) ?   Si oui, lesquelles ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées**

## 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 de la personne accompagnée 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 de la personne? |  |  |
| 1. L’équilibre/troubles du comportement/effectivité des soins/sécurité de la personne accompagnée? |  |  |
| 1. Pour les personnes accompagnées ayant une contention, les préconisations de la HAS 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 de la personne accompagnée? |  |  |
| 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 de la personne accompagnée? |  |  |
| 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 de la personne ? |  |  |
| 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. Y-a-t-il des alternatives aux contentions prévues pour la personne accompagnée?   Si oui, lesquelles ? |  |  |
| * 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 personnes à domicile? |  |  |
| 1. Quel est le nombre de personnes accompagnées ayant une contention passive (dispositif médical dans le but de restreindre la mobilité) au jour de l’évaluation ?   Avec quel type de matériel? (ceinture abdominopelvienne, barriers de lit, portes fermées à clé…) |  | Nombre :  Types : |
| 1. Le service 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 : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées**

## 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 certaines personnes accompagnées douloureuses ?   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 projet d’accompagnement ou de soins? |  |  |
| 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. ANESM ? |  |  |
| 1. Mobiqual ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Est-ce qu’il y a une surveillance régulière de la douleur pour toutes les personnes accompagnées ? |  |  |
| 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. Les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs peuvent-elles bénéficier d’approches comportementales (Massages et toucher relationnels, musique, art thérapie, autres…)?   Précisez par qui. |  |  |
| 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 la personne 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 du service concernant la douleur ? |  |  |
| 1. L’ostéoporose fait-elle l’objet de mesures spécifiques ?   Si oui, précisez. |  |  |
| 1. Le service 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 : …………………………… |  |  |

**Synthèse : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées :**

## 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 au domicile ?   Peut-il y avoir des conseils donnés, concernant notamment: Espaces de déambulation sans obstacle, Lieux de vie non encombrés, Aménagement de la chambre, Eclairage suffisant, Rampes dans les couloirs et les escaliers, Sols (absence d’irrégularité, non-glissant, antidérapant, sans rupture de couleur), Barres d’appui (siège WC, salle de bain), Rehausse WC, Fauteuils et chaises stables munis d‘accoudoirs et ayant une hauteur d‘assise adaptée, Lit à hauteur variable, Bonne accessibilité des étagères même en fauteuil, téléalarme, autre (précisez)…  Un lien peut-il être fait avec un ergothérapeute? |  |  |
| 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?   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 ?   Et avec les familles? |  |  |
| 1. La chute d’une personne accompagnée 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 :   Par qui? Quelle marge d’action? Quelle connaissance des propositions 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 à proposer/vers quoi orienter les personnes? |  |  |
| 1. Activités physiques adaptées ? |  |  |
| 1. Ateliers d’équilibre ? |  |  |
| 1. Gymnastique douce ? |  |  |
| 1. Activités type tai-chi ? |  |  |
| 1. Activités de loisirs/animations travaillant l’équilibre ? |  |  |
| 1. Kiné |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Combien de personnes accompagnées marchent seuls même avec une aide technique à la marche? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il une réflexion éthique sur le « droit au risque » ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il un accompagnement sur ce thème auprès de l’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. 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 personnes ayant fait une ou des chutes dans l’année précédente ? |  | Nombre : |
| 1. Quel est le nombre de personnes « grand chuteurs » (>1 chute/mois) ? |  | Nombre : |
| 1. Quel est le nombre total de chutes dans l’année précédente ? |  | Nombre : |
| Quelles conséquences ? préciser (consequence, nombre) |  |  |
| 1. L’ostéoporose est-elle interrogée au sein du service 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. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |
| 1. Kiné ? |  |  |
| 1. HJ ? |  |  |
| 1. Consultations chutes? |  |  |
| 1. Equipes mobiles de gériatrie? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées**

## 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 (surveillance, suivi de l’alimentation, 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, rythme) de chaque personne accompagnée sont-elles connues et prises en compte ?   Si oui : Recueil (traçabilité) de l’avis des personnes? |  |  |
| 1. Favorise-t-on la convivialité des repas et l’envie de manger ? |  |  |
| 1. Attention portée au cadre de la salle à manger ? |  |  |
| 1. Installation pour le repas ? |  |  |
| 1. Attention portée à la présentation de l’assiette ? |  |  |
| 1. Quantités adaptées à la personne ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Favorise-t-on la diversification et l’enrichissement alimentaire ?   Alimentation est variée et appétissante, surveillance de la consommation du plat d‘origine animale, produits laitiers supplémentaires pour pallier une insuffisance de consommation de viande ou de poisson, présence de 4 produits laitiers par jour… |  |  |
| 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) ?   Ou conseils? |  |  |
| 1. Mise en place de compléments alimentaires, en lien avec le médecin traitant? |  |  |
| 1. L’aide à apporter pour les repas est-elle questionnée (évaluation des besoins d’aide, installation, couverts adaptés) ?   Les aides techniques à proposer sont-elles connues? |  |  |
| 1. Des liens sont-ils faits si besoin avec les familles, le SAAD, le médecin traitant?   (Réunions, conseils…) |  |  |
| 1. La surveillance du poids est-elle organisée ?   Si oui : |  |  |
| A quelle fréquence ? |  |  |
| 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 personnes 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. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Prévient-on les troubles de la déglutition ? |  |  |
| 1. Bilan orthophonique via le médecin traitant? |  |  |
| 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 de la personne ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. La veille de l’hydratation est elle organisée? |  |  |
| 1. Prévient-on la déshydratation ?   Si oui, comment : |  |  |
| 1. Stimulation lors des soins ? |  |  |
| 1. À chaque passage ? |  |  |
| 1. Humidification de la bouche : rinçages de bouche, pulvérisation d’eau, mâchonnement d’un linge humide ? |  |  |
| 1. Sensibilisation de l’entourage? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. L’ostéoporose est-elle interrogée au sein du service 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’HAD ? |  |  |
| * Avec les IDEL ? |  |  |
| 1. Quel est le nombre de personnes ayant un diagnostic de dénutrition et une prise en charge adaptée et personnalisée au jour de l’enquête ? |  | Nombre : |
| 1. Le service 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. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées**

## La santé bucco-dentaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. La santé bucco-dentaire est-elle développée dans : |  |  |
| 1. Le projet de service ? |  |  |
| 1. Le projet de soins ? |  |  |
| 1. Le projet d’accompagnement personnalisé? |  |  |
| 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’admission, 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 l’admission de la personne, un questionnement est réalisé sur les habitudes d’hygiène buccale avec : |  |  |
| 1. Port d’une prothèse ? |  |  |
| 1. Autonomie à l’hygiène buccale ? |  |  |
| 1. Parmi les personnes 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 de la personne ? |  |  |
| 1. Quels liquides sont utilisés pour nettoyer les cavités buccales ? |  |  |
| 1. Existe-t-il du matériel dédié à la santé bucco-dentaire ?   Si oui, précisez qui le fournit (entourage). |  |  |
| 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. Le personnel est-il en capacité de conseiller la personne? Son entourage? |  |  |
| 1. Le service 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. Etes-vous en lien avec un cabinet dentaire qui accueille des personnes âgées dépendantes? |  |  |
| Déplacement au domicile ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il des partenariats et/ou conventions avec des structures ressources du territoire ?   Si oui, lesquels ? Précisez. |  |  |

**Synthèse : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées**

## 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 personnes accompagnées 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 du domicile pouvant agir sur les troubles cognitifs et/ou du comportement ?   Avez-vous des marges de manoeuvre et/ou de conseil sur: |  |  |
| 1. Espaces de déambulation ? |  |  |
| 1. Signalisation visible ? |  |  |
| 1. Aménagement de la chambre avec des repères personnels ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| 1. Pouvez-vous proposer une orientation vers des partenaires:   Si oui, lesquelles ? Précisez les modalités. |  |  |
| * 1. SAAD |  |  |
| * 1. HJ |  |  |
| * 1. AJ |  |  |
| * 1. ESA |  |  |
| * 1. Soutien aux aidants |  |  |
| 1. Combien de personnes accompagnées sont concernées par des troubles cognitifs et/ou du comportement ? |  | Nombre : |
| 1. Combien de personnes présentent des troubles cognitifs et/ou du comportement gênants ?   Donnez des exemples. |  |  |
| 1. L’apparition de nouveaux troubles cognitifs et/ou du comportement est-elle systématiquement signalée ?   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 de la personne ? |  |  |
| * Autres, précisez : …………………………… |  |  |
| * 1. Réévaluées ? |  |  |
| 1. Y-a-t-il une réflexion pluridisciplinaire sur les mesures à mettre en place pour assurer la sécurité de la personne, de l’entourage, 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 personnes accompagnées 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 leur entourage ? |  |  |
| 1. Sur le service? |  |  |
| 1. Nombre de personnes ayant été hospitalisées suite à des troubles cognitifs et/ou du comportement ?   Dont passage uniquement aux urgences ? |  | Nombre : |
| 1. Combien de personnes 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. Consultations CMP ? |  |  |
| 1. Consultations psychiatriques?   Par qui ? |  |  |
| * A la demande ? |  |  |
| * Régulièrement ? |  |  |
| 1. Consultations gériatriques ? |  |  |
| 1. Consultations neurologiques ? |  |  |
| 1. Autres, précisez : …………………………… |  |  |

**Synthèse : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées**

## La continuité des soins

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **O/EC/N** | **Précisions si nécessaire** |
| 1. Concernant la continuité de soins : |  |  |
| 1. Les personnes accompagnées ont-elles toutes 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 personnes en ont bénéficié l’année précédente ? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il une convention avec le secteur psychiatrique ?   Combien de personnes en ont bénéficié l’année précédente ? |  | Nombre : |
| 1. Y-a-t-il une convention avec une équipe mobile gériatrique ?   Combien de rpersonnes 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. Le service 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 personnes 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 du service ont-ils-été formés avec les outils PRESAGE, ICOPE?   Si oui, quel pourcentage du personnel ?  Par qui ? |  | Nombre : |

**Synthèse : compléments éventuels et marges d’amélioration identifiées par le service et souhaitées**

**SYNTHESE GLOBALE :**

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

**La/les thématique(s) prioritaire(s) du SSIAD :**

**1.**

**2.**

**3.**

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

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