

RAPPORT

Dépistage et prévention des risques d'escarres et de chutes graves

Partage d'expériences

Juin 2018



Sommaire

CONTEXTE.....	2
ENGAGEMENT DES EQUIPES POUR DES PRATIQUES A FORT IMPACT	3
LEVIERS POUR FACILITER DEPISTAGE ET PREVENTION DES CHUTES ET ESCARRES	5
Pilotage de la démarche	5
Information / Formation.....	5
Patients et entourages partenaires.....	6
Evaluation du risque individuel	6
Travail d'équipe	7
Moyens disponibles	7
FREINS A LA DEMARCHE DE DEPISTAGE ET PREVENTION DES CHUTES ET ESCARRES .	9
La démarche.....	9
Les professionnels.....	9
Le matériel	10
Les patients et leurs familles	10
INTERET POUR VOS PATIENTS / POUR VOTRE EQUIPE.....	11
PRINCIPAUX CONSEILS A UNE EQUIPE QUI SOUHAITE REJOINDRE LE PROGRAMME ...	12
ANNEXES.....	13
Enquête de prévalence du risque d'escarre	13
Suivi du plan d'actions pour améliorer la prévention des escarres	15

Contexte

Le docteur Samia Lévy-Djebbour, chef de projet pour l'efficacité des pratiques à l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, a coordonné deux campagnes d'amélioration de la sécurité des soins en établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :

« **Sauve ma peau** » pour le dépistage et la prévention du risque d'escarres, entre septembre 2013 et juin 2014. La dynamique d'amélioration des pratiques a été entretenue par deux enquêtes de prévalence en juin 2015 et décembre 2017 ainsi qu'une évaluation des plans d'action au printemps 2017 (questionnaires en annexe). Les outils et les présentations sont disponibles sur le site Internet de l'ARS <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sauve-ma-peau-maitriser-le-risque-escarre>

« **Pare à chute** » pour le dépistage et la prévention du risque de chutes graves, entre février 2016 et avril 2017. Les outils et les présentations sont disponibles sur le site Internet de l'ARS <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/pare-chute-maitriser-le-risque>

Des réunions régionales et départementales régulières ont permis aux équipes participantes de **partager leurs expériences**. Les dernières, en avril 2018, ont été l'occasion de répondre aux questions suivantes :

- 3 leviers pour faciliter le dépistage et la prévention des chutes et des escarres
- 3 freins à la démarche de dépistage et prévention des chutes et des escarres
- Intérêt pour vos patients / pour votre équipe
- Les 3 principaux conseils que vous donneriez à une équipe qui souhaite rejoindre le programme

Ce rapport restitue les idées exprimées durant ces échanges.

Afin de prolonger et diffuser ces démarches, des **modules de formations** ludiques et innovantes ont été réalisées :

- Une formation en ligne « Chute », libre d'accès, élaborée par la société Thinkovery, pour le dépistage et la prévention du risque de chute grave.
- Un kit de formation, une formation en ligne et un jeu sérieux pour le dépistage et la prévention des escarres, élaborés par trois bénéficiaires d'un appel à projets en 2017.

Ils seront diffusés dans la rubrique « Pertinence et sécurité en santé » du site Internet de l'ARS, accessibles à tous, afin de sensibiliser professionnels de santé, patients et aidants à la part évitable de ces risques grâce à la mise en œuvre de pratiques à fort impact.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chutes-escarres>

Ces démarches sont intégrées au **programme régional de gestion des risques** accompagné par la STARAQS, structure régionale d'appui à la qualité et la sécurité des soins

<http://www.staraqs.com/>

La prochaine enquête de prévalence du risque d'escarres est d'ores et déjà programmée en mars 2020 !

Pour en savoir plus sur la sécurité en santé :

Safer Healthcare, Strategies for the Real World, by Charles Vincent and René Amalberti - 2016

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-25559-0>

Engagement des équipes pour des pratiques à fort impact

**LES ESCARRES
C'EST L'AFFAIRE DE TOUS!**

Parce qu'une immobilisation prolongée peut entraîner des complications...

NOUS NOUS ENGAGEONS

- ✓ à vous **changer de position** régulièrement
- ✓ à utiliser les **supports adaptés** (coussins, matelas, ...)
- ✓ à veiller à votre **alimentation** et à votre **hydratation**
- ✓ à surveiller votre peau, pour **détecter au plus tôt les lésions**
- ✓ à **sensibiliser vos proches** à ces mesures

L'escarre est une nécrose de la peau

participe au programme

**SAUVE
MA PEAU**

ars
Association Régionale
Santé



Réduire le risque
de **CHUTE**

C'est l'affaire de tous !

**Pour éviter les chutes graves
nous nous engageons**

- ✓ à évaluer et réévaluer votre risque de chute
- ✓ à vous informer et sensibiliser vos proches
- ✓ à adapter la prévention

Notre établissement
participe au programme

PARE À CHUTE

2016 - 2017



ars
Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

© 2016 ARS - Agence Régionale de Santé Ile-de-France - Juin 2016

Leviers pour faciliter dépistage et prévention des chutes et escarres

Pilotage de la démarche

Un référent formé par thème ou projet, pilote au sein de la structure, ressource qui assure la formation et le suivi. De préférence avec un binôme afin de garantir la continuité de la démarche au-delà de la présence des individus. Un relai dans chaque unité. Recruter.

Commissions des chutes ou équipes projets formées afin de pérenniser la démarche, 1 par étage, pluri-professionnelles/pluri-disciplinaires ; associer un résident ou représentant de patients. Reconnaissance des compétences. Utiliser les ressources de l'établissement, par exemple les groupes déjà constitués « Plaies et cicatrisation », ainsi que la direction des soins et de la qualité. Suivi en comité de pilotage. Intégrer la démarche à la politique institutionnelle de prévention du risque iatrogène et d'amélioration de la qualité.

Objectif faisable, pas trop ambitieux. S'y mettre progressivement, ce n'est pas grave si tout n'est pas parfait. Prévoir des actions au quotidien à plusieurs, démarche pluridisciplinaire. Avancer par étapes pour ne pas se décourager. Commencer par une unité avant de diffuser la démarche et la culture de sécurité.

Implication et soutien de la direction, des cadres et de **tous, avec des messages clairs** (priorités d'actions). Volonté et portage institutionnels. Investissement du personnel. Projet de pôle. Participation des aides-soignants au projet de soins. Reconnaissance par un label. Soutien de l'ARS. Utiliser la semaine de sécurité du patient.

Audit pour comprendre quelles sont les difficultés et les axes d'amélioration. Mettre à disposition de tous les formulaires d'enquêtes ou d'audit, en privilégiant des outils simples.

Communiquer le plan d'actions et les résultats à tous. Afficher les objectifs et leur suivi mensuel pour un management **visuel**, par exemple le nombre de chutes graves ou d'escarres, en distinguant les lésions acquises et importées. Etat des lieux des actions mises en place ; valoriser l'existant. Les enquêtes en ligne permettent des calculs automatiques. Evaluer l'efficacité des plans d'actions ; montrer les bénéfiques, mettre en évidence l'utilité des actions. Prodiger de la reconnaissance aux acteurs pour leur participation à la démarche et l'amélioration de l'efficacité de leur travail et de la qualité de leurs prises en charge.

Importance du partage d'expériences. Revues d'indicateurs. Comité de retour d'expérience (CREX) pour toutes les chutes graves. Intégrer aux partages d'expérience du Groupement hospitalier de territoire (GHT). Valoriser les travaux et leur exemplarité pour donner envie aux autres équipes de participer.

Maintenir la dynamique ; trouver un rythme. Outils de pilotage pour les cadres. Indicateurs de suivi. Relances régulières, « piques de rappel », se revoir. Intégrer à la dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Organiser des défis entre équipes. Proposer des objectifs annuels, par exemple pour inciter à la traçabilité dans le système d'information. Campagnes spécifiques sur des thématiques roulantes, par exemple 5 par an.

Valoriser dans la certification de l'établissement de santé comme démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et de gestion des risques.

Information / Formation

Chambre des erreurs. Reprendre un dossier complet pour une formation/action d'une heure. Ateliers de prévention des risques. « Trois questions » sur le dépistage ou la prévention des escarres ou des chutes, afin de focaliser sur les pratiques à forte valeur. Formations à des

démarches « Equilibre » ou « Nutrition ». Compagnonage. Diplôme universitaire (DU) « Plaies et cicatrisation ».

Explications au personnel et aux familles, notamment sur l'importance de la prévention ; montrer l'efficacité des actions de prévention. Expliciter ce que recouvre la notion de risque, par exemple à partir des échelles d'évaluation ; expliquer les risques liés à la contention. Rassurer. Sensibilisation aux risques à renouveler auprès des professionnels comme des familles. Fascicule pédagogique sur les risques. Amélioration de l'affichage. Utiliser l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) prévue par la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 et définissant les mesures particulières à prendre pour assurer l'intégrité physique et la sécurité d'un résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Réévaluer les pratiques et les connaissances.

Harmoniser les pratiques :

- Programme de formation du personnel soignant. Formation continue pour faire évoluer les pratiques. Formations pluri-disciplinaires, intra et inter-équipes, pour favoriser les échanges de pratiques et d'expériences, à partir de cas concrets ; elles renforcent la motivation. Développement professionnel continu (DPC). Cibler les services à forte prévalence comme prioritaires, par exemple les services d'urgences où peuvent se développer des escarres très rapidement. Montrer la dimension de prévention dans les métiers de santé. Former les vacataires.
- Séance d'information et de sensibilisation aux risques avec les partenaires ; partager les pratiques et les protocoles avec les structures ou professionnels d'amont et d'aval ; fiches de liaisons. Exemple des escarres qui surviennent chez un résident d'EHPAD à l'occasion de son passage dans un service d'urgences ou de médecine.
- Uniformiser les pratiques entre les différents services de l'institution, avec notamment l'utilisation de la même échelle d'évaluation du risque.

Tutorat ou accompagnement pour l'apprentissage des bonnes pratiques en cas de réticence à une formation présentielle. L'utilisation de l'informatique peut être un objectif annuel individuel.

Formations proposées par les Unions régionales des professionnels libéraux (URPS) en soirée, éligibles à la validation du DPC, par exemple sur « Plaies et handicap ».

Patients et entourages partenaires

Patient ou résident partenaire de la démarche. Sensibiliser au risque, communiquer sur les actions mises en place. Education thérapeutique.

Implication des familles, par exemple pour apporter du matériel adéquat, mobiliser souvent ou pour évaluer les facteurs de risque.

Aménagement du domicile. Adapter l'environnement, notamment l'éclairage.

Protocole de sortie. Anticiper l'organisation du retour à domicile.

Evaluation du risque individuel

Intégration dans le dossier d'une évaluation systématique (*check-list*) des facteurs de risque à l'arrivée, permettant de programmer des actions ciblées dans le projet de soins. Evaluation pluri-professionnelle, à compléter par chaque membre de l'équipe avec son plan d'actions. Améliorer les transmissions avant l'admission en établissement. Intégrer le programme universel contre les chutes (PUC) dans le plan de soins. Intégrer des échelles d'évaluation dans le dossier du patient.

Réévaluation à chaque changement, mouvement ou modification de l'état clinique (par exemple une grippe) ET à intervalles réguliers (par exemples 14 jours en service de soins de suite et réadaptation (SSR), voire chaque semaine en service de médecine, 1 fois par mois sur un lieu de vie), pour adapter les actions. Formaliser le calendrier de réévaluations. Cibler les personnes à

risque ; se focaliser sur les chuteurs réguliers. Revoir les prescriptions de barrières ; discuter la balance bénéfices/risques d'une contention. Cibler les actions ; par exemple les chutes graves surviennent surtout la nuit. Suivi de l'indice de masse corporelle (IMC).

Afficher les facteurs de risque. Améliorer et formaliser la traçabilité pour une meilleure communication entre partenaires, par exemple avec l'application mobile MobiSoins destinée aux SSIAD.

Vigilance en ce qui concerne l'environnement et correction des facteurs de risque, ce qui nécessite un dialogue avec les familles (par exemple pour le choix de pantoufles), une prescription par le médecin traitant, un partenariat avec les prestataires, par exemple pour avoir un stock de matériel d'essai. Organiser les consultations spécialisées, par exemple chez l'ophtalmologue pour une prescription de lunettes adaptées.

Travail d'équipe

Organiser des **binômes**, par exemple infirmier (IDE) / aide-soignant, pour une démarche pluriprofessionnelle.

Valoriser l'alerte. Débanaliser la chute grave ou l'escarre : ce n'est pas inéluctable. Agir dès l'apparition d'une rougeur. Organiser la réaction à une alerte dans l'unité par une procédure ; prévoir un temps dédié.

Partage. Motiver, impliquer, pour un objectif commun. Utiliser les réunions pour faire un focus sur une thématique. Les échanges favorisent une remise en question des habitudes. Croiser les emplois du temps des professionnels à temps partiel et de jour/nuit pour que tous participent aux réunions.

Protocoles élaborés en groupe (par exemple piloté par une IDE de coordination en SSIAD) ; arbres décisionnels courts adaptés à la typologie des patients ; utiliser les outils dans un même objectif. Intégration des procédures au dossier du patient, par exemple les échelles de mobilité ou de nutrition à remplir à intervalles définis réguliers ; surveillance de la nutrition. La formalisation facilite la continuité des soins, notamment entre anciens et nouveaux membres de l'équipe. Intégrer la démarche aux pratiques quotidiennes ; mise en œuvre des procédures.

Tracer les prescriptions et le plan de soins. Audit de traçabilité à l'entrée par tous à tour de rôle.

Impliquer les intervenants extérieurs, notamment les médecins traitants ; le médecin coordonnateur en EHPAD peut faire le relai avec ses collègues de ville. Faire appel à l'HAD à domicile ou en EHPAD pour le traitement des escarres. Faire appel à une équipe mobile pluriprofessionnelle « Plaies et cicatrisation », par exemple plaiesetcicatrisation@ch-melun.fr dans le sud de la Seine-et-Marne.

Moyens disponibles

Équipement en matériel adapté et formation interdisciplinaire des équipes (de tous les services) à leur utilisation. Réactivité pour adapter le matériel. Mutualisation des moyens au sein d'une institution, voire d'un GHT. Matériel à disposition de tous, tous sont légitimes, laisser la possibilité d'oser. Demander au prestataire des algorithmes de choix du matériel et des modes d'emploi. Location longue durée de matériel qui est ainsi entretenu par le prestataire.

Nommer un référent pour la gestion du matériel et le faire participer à l'équipe projet. Rôle de l'ergothérapeute pour une utilisation à bon escient ; par exemple préférer les protecteurs de hanches aux casques pour la prévention des complications liées aux chutes.

Allocation de temps. Moyens consacrés à la prévention, notamment la mobilisation.

Dossier commun informatisé accessible à tous. Outils accessibles à tous. Logiciel Lantichute MSA <http://www.msa24-47.fr/lfy/lantichute-msa> avec des statistiques automatisées.

Impliquer l'équipe d'hôtellerie pour la nutrition, par exemple préparer des goûters adaptés en

gériatrie.

Achat groupé de chaussures ou de bas de contention (prescription impossible en cas d'hospitalisation). Chaussures et vêtements adaptés. Vestiaire social, ressource ou recyclerie ; centrale d'achats pour les usagers ; cellule de prêt. Prévoir l'achat de matériel par la famille avant l'entrée en institution. Intervenant extérieur pour la mise à disposition de chaussures remboursées par l'Assurance-maladie.

Lumière automatique auprès des lits. Tapis de marche élaboré par une start-up.

Freins à la démarche de dépistage et prévention des chutes et escarres

La démarche

Manque d'implication de la direction et des cadres. Manque de moyens en personnel dédié au pilotage et au suivi de la démarche. Déjà de nombreux groupes à mettre en place comme pour la gestion des risques ou la lutte contre la douleur. Difficultés d'actions dans les petites structures par impossibilité de mutualisation des moyens et manque de fonctions supports comme un service Communication.

Lourdeur des outils ; négocier avec l'éditeur de logiciel pour améliorer l'ergonomie. Perte de temps à recréer des outils plutôt que partager l'expérience d'autres équipes. Trop de réunions.

Manque de suivi, de persévérance ; difficile d'assurer le suivi au domicile ; difficile de maintenir la dynamique au long cours. Manque de moyens pour la communication, par exemple l'impression de plaquettes à destination des usagers ou des professionnels. Absence de diffusion de la démarche à toutes les unités de la structure pour harmoniser les pratiques. Insuffisance d'implication des para-médicaux et de reconnaissance de leurs actions.

Les évaluations ne doivent pas être vécues comme un jugement.

Audit trop compliqué. Balance faisabilité / utilité. La démarche de dépistage et prévention du risque d'escarres est plus facile à mettre en œuvre, avec un plan d'action plus faisable, que celle du risque de chutes graves, dont l'audit serait à simplifier, même si sa réalisation complète produit des résultats intéressants car elle aide à la conception du plan d'actions.

Une fusion/restructuration entraîne une désorganisation et l'éclatement des équipes ; elle est souvent associée à une restriction des moyens.

Les professionnels

Turn-over, renouvellement rapide des équipes (jusqu'à 27% par an), appel à des vacataires ou des intérimaires. Cela implique des besoins accrus en formation.

Absence d'esprit, de culture ou de dynamique d'équipe. Absence de motivation du personnel, manque d'implication des professionnels de soins, manque d'adhésion des médecins à la démarche et à l'utilisation des outils. Manque de participation des professionnels libéraux.

Manque de communication, notamment entre les différents intervenants au domicile ; insuffisance de traçabilité. Manque d'informations médicales en SSIAD. Via-Trajectoire (logiciel d'orientation) n'est pas renseigné, la présence d'une escarre n'est pas signalée.

Manque d'information et de formation, notamment sur les facteurs de risque. Les procédures ne sont pas lues. Les discours et les pratiques diffèrent, en particulier au domicile. Idées délétères et a priori, par exemple que les escarres ou les chutes sont une fatalité, qu'une rougeur n'est pas un début d'escarre. Réticence à utiliser le système informatique. Les diplômes obtenus par validation des acquis de l'expérience (VAE) entraînent des manques de formation théorique à la physiopathologie.

Une seule personne référente. Isolement. Départ du pilote. Trop lourd à porter seul, tout le monde doit être impliqué.

Manque de temps (initial) ou de personnel. En SSIAD une intervention à domicile dure 30 minutes. Difficile de consacrer du temps à une réunion d'équipe, en particulier pour les professionnels de terrain.

Manque de reconnaissance de la démarche de prévention. Les soins sont mieux valorisés que les actions de prévention au quotidien (mobilisation) ; on gagne plus d'argent à avoir des

escarres. Par exemple les coques de hanches sont intégrées dans le forfait de soins alors qu'elles sont à changer après une chute.

Le matériel

Environnement inadapté, en particulier au domicile.

Matériel insuffisant ou mal utilisé : rédiger des procédures ou des mémos. Le matériel usé n'est pas remplacé : voir avec le prestataire pour améliorer la maintenance. Le matériel est stocké sans être utilisé par méconnaissance de son existence.

Financement insuffisant de matériel par la structure et par les familles ; au domicile parfois report à la fin du mois du renouvellement des dispositifs.

Manque de services supports. Manque d'outils faciles à utiliser. Le système d'information complique la traçabilité, ce qui induit des transmissions orales. Logiciel inadapté.

Les patients et leurs familles

Outils de sensibilisation des familles et des équipes à développer.

Troubles cognitifs des patients. Spécificités par types de patients qui nécessitent des approches différentes selon la typologie des patients.

Demande de contention par les familles. Manque d'implication des familles. Absence d'alliance entre l'équipe et la famille.

Difficile de modifier l'environnement au domicile alors que les personnes âgées souhaitent garder leur tapis ou leurs pantoufles.

Intérêt pour vos patients / pour votre équipe

Confort des patients et du personnel. La prévention diminue la charge de travail et améliore la qualité de vie au travail. « Mieux vaut prévenir que guérir ». Donne envie de poursuivre. Donne du temps pour se consacrer à autre chose. Diminution de la douleur et des hospitalisations, préserve l'autonomie des patients.

Participe à établir une relation de confiance entre résident/patient, professionnel de santé et famille/aidant. Le suivi individuel fait que le patient se sent pris en compte. La démarche et les résultats obtenus rassurent les usagers. Les résultats sont visibles.

Valorisation du travail en équipe et de chaque professionnel. La formation en équipe et la dynamique qui découle de la démarche diminuent le turn-over. Valorisant pour l'organisation.

Notion de risque mieux documentée et partagée par les professionnels. Améliore la vigilance des équipes. Améliore la déclaration des chutes. Le signalement précoce de rougeur conduisant à des actions rapides évite les complications. Liens entre chute, contention, nutrition, manutention.

Diminue le coût des prises en charge. Montrer le bénéfice en ressources épargnées (temps et argent) grâce à la prévention, après l'investissement de départ.

Participer à une démarche d'amélioration du dépistage et de la prévention de risques pour les patients renforce la cohésion de l'équipe, mobilise et fédère les professionnels grâce à un projet commun autour d'une réflexion et des actions communes. La mobilisation de tous motive et maintient la dynamique dans le temps.

Principaux conseils à une équipe qui souhaite rejoindre le programme

Garder en perspective la balance entre bénéfices et risques des actions, notamment en cas de polyopathologies. Privilégier la bienveillance, par exemple en cas de déambulation.

Rien ne remplace l'intervention humaine, y compris les petites actions quotidiennes, par exemple pour veiller aux changements de position.

Impliquer tous les acteurs : toutes les catégories de professionnels, les usagers et leurs aidants. Valoriser le travail fourni et le chemin parcouru, **communiquer**, afin de maintenir l'engagement de tous.

Accompagner le changement d'organisation. Se coordonner avec les partenaires d'amont et d'aval du parcours du patient pour harmoniser les pratiques. Formaliser la démarche.

Créer ses propres outils à partir de ceux proposés dans les campagnes de l'ARS ou par l'INPES¹. Utiliser la vidéo « Les dix commandements pour éviter les chutes » de l'Hôpital de Brire-Comte-Robert <https://www.youtube.com/watch?v=ZJDZJ1puhdk> pour sensibiliser tous les nouveaux recrutés.

¹ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>

Annexes

Enquête de prévalence du risque d'escarre

Données unité/secteur (à ne remplir que pour le 1^{er} patient/résident)

Activité sanitaire: MCO, SSR, PSY, SLD, HAD et/ou Activité médicosociale : EHPAD, FAM, MAS, SSIAD, Autre

Spécialité (ne concerne que le Sanitaire ou les Mixtes) :

MCO : Médecine autre que la Gériatrie, Chirurgie, Réanimation, Gériatrie aigue, MCO Autre

SSR : SSR Gériatrie, SSR Neurologie, SSR Cardio, SSR Orthopédie, SSR Autre

Service/unité :

Date de l'enquête

1- Données par patient ou résident

1	Première lettre du nom et première lettre du prénom	
2	Age (nombre)	
3	Sexe	Féminin, Masculin
4	GIR (pour les EHPAD : 1, 2, 3, 4, 5, 6), NC si non connu	
5	Date d'entrée (ou de réadmission) dans l'unité/service	

2- Evaluation du risque d'escarre

Traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation

1	Traçabilité de l'évaluation du risque escarre à l'arrivée dans les délais définis dans l'unité/service	Oui/Non
2	Traçabilité de la réévaluation du risque escarre selon les modalités définies dans l'unité/service (Non Applicable en cas de DMS < fréquence de réévaluation)	Oui/Non/NA

Evaluation du risque d'escarre le jour de l'enquête

3	Echelle d'évaluation validée utilisée Braden, Norton, Gonesse, Waterlow, Autre (si autre précisez)	
4	Score de risque (nombre)	
5	Patient ou résident à risque de développer une escarre le jour de l'enquête (score + jugement clinique) ²	Oui / Non

Si Q5
Oui

Evaluation des pratiques de prévention le jour de l'enquête (à ne renseigner que pour les patients identifiés à risque le jour de l'enquête)

² Question obligatoire

6	Mobilisation tracée	Oui/Non/ Partiellement
7	Supports :	
	a. matelas adapté	Oui/Non
	b. accessoires adaptés	Oui/Non/Non requis

3- Patient porteur d'escarre(s) le jour de l'enquête

Si Q1
Oui

1	Présence d'escarre(s) le jour de l'enquête ¹	Oui/Non
2	Nombre d'escarre(s) ¹	
Q3 à Q6 instances à créer à partir du nombre saisi dans Q2		
3	Localisation des escarres : Sacrum, Talon droit, Talon gauche, Trochanter, Ischion, Occiput, si Autre préciser	
4	Stade de 1 à 4	
5	Date de découverte de l'escarre dans l'unité	
6	Escarre acquise dans l'unité ou importée ³	Acquise, Importée

³ « Si date de découverte de l'escarre dans l'unité est > à date d'entrée dans l'unité Q6 = acquise »

Suivi du plan d'actions pour améliorer la prévention des escarres

Suivi du plan d'actions pour améliorer la prévention des escarres



Tous les champs marqués d'une * sont à saisir obligatoirement

Département / Secteur d'activité

1. Département : *

1.1 Nom de l'établissement *

2. Secteur d'activité : *

- Secteur médico social
- Secteur sanitaire

Plan d'actions

3. Le dépistage du risque d'escarre est formalisé *

- Oui
- Non
- En cours

4. Des formations sont organisées pour repérer le risque d'escarre *

- Oui
- Non
- En cours

5. Les actions de prévention sont formalisées *

- Oui
- Non
- En cours

6. Une aide à la décision pour le choix du(es) supports (matelas, sur-matelas, coussins) est formalisée (ex. arbre décisionnel) *

- Oui
 Non
 En cours

7. Avez-vous adapté votre parc de supports (achat, fabrication locale, location...) depuis juin 2015 ? *

- Oui
 Non
 En cours
 Non justifié

8. Des professionnels ont été formés à l'utilisation des supports (matelas, accessoires) *

- Oui
 Non
 En cours

Si Oui, merci de préciser le nombre de personnes formées depuis l'enquête de prévalence de juin 2015 *

9. Avez-vous organisé la traçabilité de la mobilisation ? *

- Oui
 Non
 En cours

Si Oui ou En cours Précisez l'outil de traçabilité *

- Dossier du patient informatisé – partie médicale
 Dossier du patient informatisé – partie paramédicale
 Dossier du patient papier – partie médicale
 Dossier du patient papier – partie paramédicale
 Autre

Si Autre, Précisez : *

10 – Participeriez-vous à une prochaine enquête de prévalence régionale du risque d'escarre ? *

- Oui
 Non

11. Commentaire

Imprimer

Suivant

Direction de la stratégie

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

iledefrance.ars.sante.fr