



Amélioration
des Soins d'URgence
en EHPAD

ASSURE

Guide

des fiches

Conduites à tenir





FICHES MÉMO LA GESTION D'URGENCE

Fiche A : Modalités de gestion d'une situation urgente ...	04
Fiche B : Les acteurs de l'urgence	05
Fiche C : Appeler le Centre 15	06
Fiche D : Modèle de Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)	07
Fiche E : Modèle de Fiche de Liaison Urgente (FLU)	08
Fiche F : Les directives anticipées	10



FICHES CADRES LA GESTION D'URGENCE

Fiche A : Les urgences vitales	12
Fiche B : Les signes de gravité	13

FICHES CONDUITE À TENIR

Fiche 1 : Résident douloureux	15
Fiche 2 : Chute	16
Fiche 3 : Fièvre	17
Fiche 4 : Plaie	18
Fiche 5 : Hypoglycémie	19
Fiche 6 : épistaxis (saignement de nez)	20
Fiche 7 : Difficulté respiratoire	21
Fiche 8 : Douleur thoracique	22
Fiche 9 : Comportement aigu/Agitation inhabituelle	23
Fiche 10 : Convulsion	24
Fiche 11 : Maux de têtes importants	25
Fiche 12 : Douleurs abdominales	26
Fiche 13 : Arrêt prolongé des selles	27
Fiche 14 : Diarrhées aiguës	28
Fiche 15 : Vomissements	29
Fiche 16 : Peu ou pas d'urines	30
Fiche 17 : Traumatisme crânien	31
Fiche 18 : Grosse jambe chaude	32
Fiche 19 : Crise suicidaire	33



FICHES COMPLÉMENTAIRES

Fiche 1 : La filière gériatrique générale	36
Fiche 2 : La filière gériatrique hospitalière	37
Fiche 3 : Fiche EHPAD	38
Fiche 4 : Grille de retour d'expérience suite à l'hospitalisation d'un résident	41
Flyer : Projet Assure	
Courrier d'information au médecin traitant	



FICHES ANNEXES

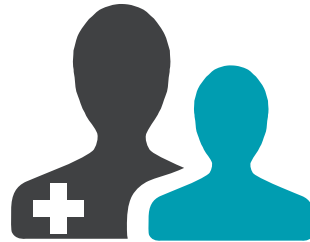
Fiche 1 : Glossaire	48
Fiche 2 : Bibliographie	49
Fiche 3 : Remerciements	50



FICHES MÉMO LA GESTION D'URGENCE

Fiche A : Modalités de gestion d'une situation urgente ...	04
Fiche B : Les acteurs de l'urgence	05
Fiche C : Appeler le Centre 15	06
Fiche D : Modèle de Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) ...	07
Fiche E : Modèle de Fiche de Liaison Urgente (FLU)	08
Fiche F : Les directives anticipées	10

MODALITÉS DE GESTION D'UNE SITUATION URGENTE



IDENTIFICATION D'UN BESOIN DE SOINS URGENTS

PRÉSENCE DE SIGNES DE GRAVITÉ ?

NON

OUI

Appel médecin traitant
ou médecin coordonnateur

ou

IDE d'astreinte

ou

Protocolisation

MÉDECIN SUR SITE

NON

OUI

Soins après
avis médical

Seconde intention

SAMU



Conseil / prescription

Ambulance

IDE d'astreinte

SMUR

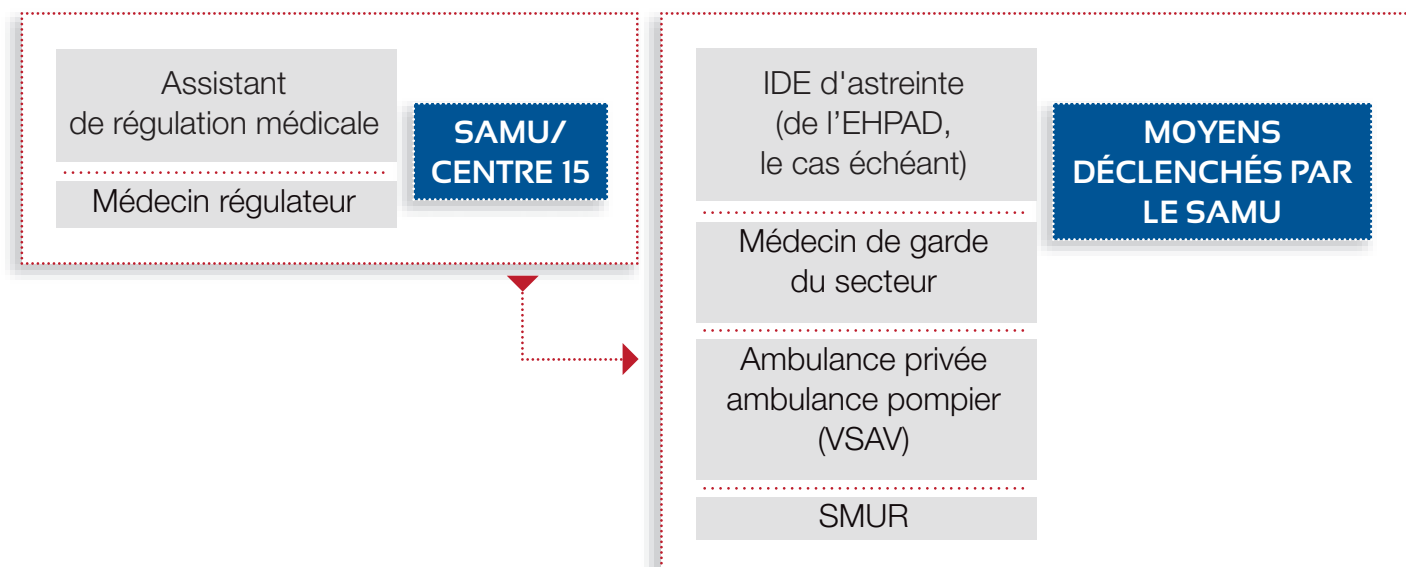
Medecin de garde

URGENCES

LES ACTEURS DE L'URGENCE



APPEL SAMU/CENTRE 15



L'ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE (ARM)

Il est en charge de rassembler tous les éléments administratifs nécessaires pour répondre à la demande de soins. En cas d'urgence immédiate, il peut dépêcher des secours sans délai. Il suit le déroulement des interventions des moyens de secours.

LE MÉDECIN RÉGULATEUR

Il va décider, après un interrogatoire ciblé, de la réponse à la demande de soin urgent. Il peut donner un simple conseil, réaliser une prescription téléphonique à régulariser a posteriori, envoyer un effecteur (IDE, médecin de garde) ou un vecteur d'urgence (ambulance privée ou VSAV, SMUR).

L'IDE D'ASTREINTE

L'IDE d'astreinte, lorsqu'il existe, est souvent mutualisé sur plusieurs EHPAD. Il précise la situation, réalise les premiers soins (protocoles), et évalue le besoin d'un recours médical.

LE MÉDECIN DE GARDE

Il assure la permanence des soins sur un secteur. Il peut se déplacer à la demande du SAMU/Centre 15 et/ou de la **PDSA** (**P**ermanence **D**es **S**oins **A**mbulatoires), dans un délai variant selon les demandes en cours. Après examen du patient, il propose un traitement adapté ou demande au SAMU/Centre 15 le transfert du patient vers un service d'urgence.

L'AMBULANCE

Elle est dépêchée à la demande du SAMU/Centre 15. L'équipage effectue des soins primaires de secourisme (immobilisation, pansement, oxygène...), rend compte au SAMU/Centre 15 de la situation puis transporte le patient vers un service d'urgence.

LE SMUR

Moyen de secours hospitalier médicalisé. L'équipe est constituée d'un ambulancier, d'un(e) IADE/IDE et d'un médecin. Ils sont déclenchés à la demande du SAMU/Centre 15 pour effectuer l'évaluation médicale et réaliser les soins de réanimation nécessaires. Il rend compte au SAMU/Centre 15 et assure si nécessaire le transport vers un service d'urgence.

APPELER LE CENTRE 15



À SAVOIR

Afin de faciliter l'envoi du moyen le plus approprié à la situation, l'assistant de régulation médicale doit constituer un dossier de régulation concernant l'appel et prioriser les appels qui nécessitent un avis médical téléphonique de manière urgente. Afin de prendre une décision médicale appropriée, il est important de connaître le contexte. La réponse du médecin peut en effet être différente en fonction du profil du résident, de son état de santé antérieur, de ses pathologies en cours...

PRÉPARER LES INFORMATIONS AVANT L'APPEL*

PRÉSENTATION DE L'APPELANT :

- Nom
- Fonction
- Adresse EHPAD
- Téléphone

PRÉSENTATION DU RÉSIDENT :

- Nom
- Age
- Sexe
- N° de chambre ou localisation dans l'EHPAD

RECUEILLIR LES DONNÉES DU CONTEXTE DE L'APPEL*

- Les circonstances de survenue du problème de santé
- Quel est le degré d'autonomie fonctionnelle du résident ?
Maladie neurodégénérative ?
- Le traitement habituel (notamment anticoagulants, insuline, médicaments pour le cœur)
- Les principaux antécédents : AVC, convulsions, infarctus, œdème pulmonaire, insuffisance respiratoire, diabète, cancer, intervention chirurgicale récente...
- Allergies
- Des soins palliatifs sont-ils mis en place pour le résident ? Existe-t-il des directives anticipées ?
- Procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA)

*cf. affiche SAED



QUELQUES ELEMENTS CLINIQUES A RECHERCHER

- Coloration de la peau ?
- Présence de sueurs importantes ?
- Respiration plus bruyante que d'habitude ?
- État de conscience habituel ?
- Difficulté à parler ? Paroles non compréhensibles ? Difficulté à répondre aux questions ?
- Ouverture spontanée des yeux ? Lorsqu'on lui parle ou qu'on le touche ?
- Mouvements spontanés (lever les bras et les jambes) ?

PRENDRE LES CONSTANTES

Si les constantes peuvent être prises, il est important de recueillir en priorité : pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, température, dextro, douleur.

Il est également important d'évaluer l'état de conscience.

Les constantes participent à l'identification des signes de gravité (FICHE B des fiches cadres).

SAVOIR IDENTIFIER LES SIGNES DE GRAVITE



Malgré ce qui précède, la prise de constantes est parfois difficile du fait du manque de personnels qualifiés ou de disponibilités du matériel notamment en situation d'urgence. La prise de constantes peut également être faussement rassurante, c'est pourquoi la description clinique peut sembler plus pertinente lors de ces situations d'urgence.

MODÈLE DE FICHE DE LIAISON URGENTE (FLU)

La FLU ne se substitue pas au DLU, c'est une fiche complémentaire renseignée au moment où le résident doit être adressé pour une prise en charge hospitalière en urgence.

MODÈLE DE FLU

(D'APRÈS LA RECOMMANDATION DE LA HAS DE JUIN 2015)

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD VERS LE SERVICE DES URGENCES (SU)



RÉSIDENT(E)

- Nom et prénom :
- Date de naissance :
- Num. chambre/étage :

Liste des Prothèses et Objets Personnels

- Lunettes
- Prothèses dentaires : haut bas
- Prothèses auditives : droite gauche
- Autres :
-
-

CONSTANTES DU PATIENT

- Pression artérielle :
- Fréquence cardiaque :
- Fréquence respiratoire :
- Saturation en oxygène :
- Température :
- Dextro:

ÉTAT DU PATIENT

- Conscient et éveillé Éveillable Non éveillable
- Douleur, si oui localisation
.....
- Date et heure de la dernière prise du traitement habituel :
-
- Date et heure du dernier repas :
-



COORDONNÉES DE L'EHPAD

- Adresse :
-
- Code Postal : [][][][] Ville :
- Tel. [][][][][][][][][][]

NOM ET FONCTION DE L'APPELANT

- Nom :
- Fonction :

PERSONNE INFORMÉE DU TRANSFERT VERS LE SERVICE DES URGENCES

- Samu centre 15 Le service des urgences
- Médecin traitant Entourage Référent
- Personne de confiance
- Nom et prénom :

MOTIF DE TRANSFERT VERS LE SERVICE DES URGENCES

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. Les directives anticipées expriment la volonté de la personne concernant l'arrêt, la limitation ou la poursuite du traitement, notamment en fin de vie. Les directives anticipées s'imposent au médecin sauf dans des cas exceptionnels prévus par la loi.

La loi du 2 février 2016 « créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie » s'inscrit dans la continuité des précédents textes :

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi du 22 avril 2005 (loi Leonetti), relative aux droits des malades et à la fin de vie

THÉMATIQUES	RAPPELS DE LA LOI DU 2 FÉVRIER 2016
Fin de vie et soins palliatifs	Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance.
Nutrition et hydratation artificielles	La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément aux volontés de la personne.
Sédation	A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas prévus par la loi.
Prise en charge de la douleur	Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.
Refus de traitement	Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.
Directives anticipées	Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Le modèle national du formulaire pour le recueil des directives anticipées est joint en annexe.



EN PRATIQUE

- Relever au maximum les directives anticipées
- Les joindre au DLU en cas de recours à l'hospitalisation

Lorsqu'un résident est en fin de vie, mener en amont une investigation pluridisciplinaire sur ses souhaits concernant sa fin de vie



SOMMAIRE

- FICHES CADRES - LA GESTION D'URGENCE
- FICHES CONDUITE À TENIR



FICHES CADRES LA GESTION D'URGENCE

Fiche A : Les urgences vitales	12
Fiche B : Les signes de gravité	13

FICHES CONDUITE À TENIR

Fiche 1 : Résident douloureux	15
Fiche 2 : Chute	16
Fiche 3 : Fièvre	17
Fiche 4 : Plaie	18
Fiche 5 : Hypoglycémie	19
Fiche 6 : épistaxis (saignement de nez)	20
Fiche 7 : Difficulté respiratoire	21
Fiche 8 : Douleur thoracique	22
Fiche 9 : Comportement aigu/Agitation inhabituelle	23
Fiche 10 : Convulsion	24
Fiche 11 : Maux de têtes importants	25
Fiche 12 : Douleurs abdominales	26
Fiche 13 : Arrêt prolongé des selles	27
Fiche 14 : Diarrhées aiguës	28
Fiche 15 : Vomissements	29
Fiche 16 : Peu ou pas d'urines	30
Fiche 17 : Traumatisme crânien	31
Fiche 18 : Grosse jambe chaude	32
Fiche 19 : Crise suicidaire	33

LES URGENCES VITALES

ARRÊT CARDIAQUE

Premiers gestes :

pratiquer un massage cardiaque externe + défibrillateur

SUSPICION AVC

Premiers gestes :

suivre les conseils du SAMU (15)

COMA

Premiers gestes :

mettre en position latérale
de sécurité (PLS)



DÉTRESSE RESPIRATOIRE

Premiers gestes :

installer le résident en position
assise + mettre en place
une oxygénothérapie

HÉMORRAGIE

Premiers gestes :

comprimer les points
de saignement (si accessibles)



Pour ces situations, **NE PERDEZ PAS UNE MINUTE**,
ne faites pas de recherche dans ce guide.



À SAVOIR

Ce guide n'a pas pour vocation à se substituer à la formation **AFGSU** (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence).

La formation **AFGSU** a été introduite en 2006 par le Ministère de la Santé ; elle est obligatoire pour certaines professions de santé et a pour vocation de donner aux professionnels une culture des soins de secours.

Elle est composée de trois modules :

- ① La prise en charge des urgences vitales,
- ② La prise en charge des urgences potentielles,
- ③ Les risques collectifs.



LES SIGNES DE GRAVITÉ

SIGNES DE GRAVITÉ GÉNÉRAUX (NON SPÉCIFIQUES À UNE SITUATION)



☐ SIGNES NEUROLOGIQUES

- État de conscience : difficilement éveillable à comateux (score de Glasgow),
- Convulsions,
- Paralyse (face, membre, moitié du corps).

☐ SIGNES RESPIRATOIRES

- Détresse respiratoire (avec fréquence respiratoire > 25 cycles/min),
- Respiration bruyante,
- Parole difficile, difficulté à aligner trois mots d'affilée,
- Sueurs, cyanose (coloration mauve ou bleutée de la peau, débutant aux extrémités ou au niveau des lèvres).

☐ SIGNES CARDIOCIRCULATOIRES

- Malaises successifs avec perte de connaissance,
- Sueurs, marbrures (marques violacées de la peau), cyanose (cf. ci-contre) ou pâleur extrême,
- Douleur thoracique,
- Hémorragie,
- **Prise d'anticoagulants :**
 - Héparines ou HBPM
 - Anti vitamines K :
 - › Fluindione (Previscan)
 - › Adenocoumarol (Sintrom)
 - › Warfarine (Coumadine)
 - AOD :
 - › Dabigatran (Pradaxa)
 - › Apixaban (Eliquis)
 - › Rivaroxaban (Xarelto)

Si cela est possible, la prise de paramètres permet de rechercher des signes de gravité. La prise de paramètres ne doit être effectuée que par la personne habilitée. Les taux présentés ci-dessous représentent les valeurs standards de ces constantes.

- **Fréquence cardiaque (pouls)** : < 50/min ou > 100/min
- **Pression artérielle** : < 100 mmHg ou > 200 mm Hg aux 2 bras
- **Fréquence respiratoire** : ≤ 10/min ou ≥ 25/min
- **SPO 2 (saturation)** : < 92 % (hors insuffisance respiratoire chronique)
- **Hypothermie / Hyperthermie** (si association avec les signes cités en parallèle) :

≤ 35,0

35,1 – 36,0

36,1 – 38,0

38,1 – 39,0

≥ 39,0

Pour être fiables, les paramètres doivent être pris dans de bonnes conditions. La prise des paramètres n'est pas une priorité. C'est l'identification de l'urgence notamment par les signes cliniques qui prime. Par contre, la connaissance des paramètres cliniques permet de compléter l'appréciation de l'état clinique du patient et notamment sa gravité.

LES SIGNES DE GRAVITÉ

SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

>> Se référer à chaque fiche de conduite à tenir

SCORE DE GLASGOW (DE 3 À 15)*		
OUVERTURE DES YEUX	RÉPONSE VERBALE	RÉPONSE MOTRICE
4 : Spontanée	5 : Orientée	6 : À la demande
3 : À l'appel	4 : Confuse	5 : Adaptée à la douleur
2 : À la douleur	3 : Incohérente	4 : Retrait
1 : Nulle	2 : Incompréhensible	3 : Flexion stéréotypée
	1 : Nulle	2 : Extension stéréotypée (décérébration)
		1 : Nulle

Consignes : pour chaque colonne, attribuer le score correspondant à l'état du résident.

L'addition des trois scores donne le résultat du test.

*15 : Conscience normale, somnolence ou coma léger,
8 et en dessous : grave, coma lourd,
3 : mort cérébrale

ACTIONS



**J'APPELLE LE MÉDECIN
SI PRÉSENT SUR SITE**



**SINON, J'APPELLE DIRECTEMENT
LE SAMU/CENTRE 15**

RÉSIDENT DOULOUREUX

CLARIFIER LE CONTEXTE

ÉTABLIR LE CONTEXTE DE LA DOULEUR

=> Localiser la douleur :

- Céphalées (Cf. Fiche N°11 : Maux de tête important)
- Douleurs à la poitrine (Cf. Fiche N°8 : Douleur thoracique)
- Douleurs abdominales (Cf. Fiche N°12 : Douleurs abdominales)
- Douleurs oculaires
- Douleurs au rachis
- Douleurs à la gorge, douleur thoracique/brachiale, douleur constrictive ? Œdème de la langue/de la gorge/du cou ? Dyspnée ?
-
- Douleur oculaire, état général habituel conservé ? Douleur uni/bilatérale ? Œil/Yeux rouge(s) ou oedématié(s) ? Baisse de la vision soudaine ? Nausées/vomissements associés ? Chirurgie associée récente ?
-
- Rachis/membres supérieurs et/ou inférieurs, traumatisme récent ? Peut-il bouger un membre ? Présence d'une plaie ? Déformation ? Hématome important ? Impotence fonctionnelle ? Résident correctement installé au lit ou au fauteuil ? Coloration cutanée et chaleur locale normales ?
-
- Douleur récente ou chronique ?
-
- Apparition brutale ?
- Moment d'apparition de la douleur ? Circonstances ?
-
- Douleur déjà vécue ? Fréquence ?
-
- Le résident a-t-il reçu des antalgiques ? Selon le protocole éventuel de l'EHPAD, amélioration ou non ?
-
- Type de douleur : Tire ? Serre ? Brûle ? Coup de poignard ?
-

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Douleur entraînant un état d'agitation
- Douleur non calmée par un traitement antalgique

QUE FAIRE ?

Je sécurise

- 1 Je rassure le résident.
- 2 Je relève les constantes.



J'évalue et j'agis

- 3 Je réalise une échelle de la douleur.
- 4 Je localise et spécifie la douleur.
- 5 J'administre un antalgique (si prescription médicale anticipée).
- 6 J'observe la présence de signes de gravité.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.



CHUTE

CLARIFIER LE CONTEXTE

Localisation et contexte de la chute ? (Moment, horaires, lieu, etc.)

.....

.....

.....

.....

- Malaise ?
- Confusion ?
- Douleur ? (Cf. Fiche N°1 : Résident douloureux)
- Plaie ? (Cf. Fiche N°4 : Plaie)
- Troubles de la conscience ? (Cf. Fiche N°9 : Comportement aigu/agitation inhabituelle)
- Le résident est-il resté longtemps au sol ? Combien de temps ?
.....
- Résident diabétique ? Si oui, vérifiez la glycémie*.
.....
- Résident sous anticoagulants ou prenant de l'aspirine*
.....

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

- Déformation d'un membre
- Douleur intense
- Plaie profonde

QUE FAIRE ?

Je sécurise

- 1 Je rassure le résident.
- 2 Je relève les constantes.



J'évalue et j'agis

- 3 J'administre un antalgique (si douleur ET prescription médicale anticipée).
- 4 Je désinfecte et réalise un pansement (si plaie voir fiche N° 4).
- 5 J'observe la présence de signes de gravité.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ Je signale au centre 15 la présence éventuelle d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires*.
- ➔ Je laisse le résident en place, je le couvre en respectant sa position (ne pas mobiliser) en attendant les secours.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.
- ➔ Je rédige la déclaration de chute.

Pas de signes de gravité :

- ➔ Je relève le résident.
- ➔ Je désamorce l'angoisse.
- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.
- ➔ Je rédige la déclaration de chute.

* en violet = rôle IDE



FIÈVRE

CLARIFIER LE CONTEXTE

La température doit être vérifiée systématiquement. **Modalités de prise de la température** : creux axillaire, pli de l'aîne, frontal ou tympanique.

=> Contexte

Quel est le degré d'autonomie du résident ?

.....

.....

Circonstances d'apparition : intervention chirurgicale, chimiothérapie, sondage urinaire, autre ?

.....

.....

- Contexte épidémique (grippe, infections saisonnières) ?
- Contexte de canicule ?
- Notion de maladie incurable, fin de vie, soins palliatifs ?
- Traitement neuroleptique mis en place ? (Syndrome malin)
- Antibiothérapie démarrée dans les 48 h ?

=> Origine de l'infection

- Toux, crachats ?
- Douleurs abdominales, troubles du transit (diarrhées) ?

.....

- Troubles fonctionnels urinaires (brûlures à la miction, envies fréquentes d'uriner, difficultés à uriner ou absence totale de miction) ?
- Maux de tête ?
- Cutanée (plaie chronique, taches anormales, rougeurs et/ou gonflements) ?

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

- Frissons
- Coloration anormale de la peau
- Troubles de la vigilance
- Température < 35° ou > 40°

QUE FAIRE ?

Je sécurise

- 1** Je rassure le résident.
- 2** Je relève les constantes.



J'évalue et j'agis

- 3** Je prends les constantes.
- 4** Hyperthermie : Je découvre le résident, je le rafraîchis, je change le linge si nécessaire.
- 5** En cas de coup de chaleur, je me réfère au plan canicule.
- 6** Je note l'heure de la prise de paracétamol si traitement habituel*.
- 7** J'observe la présence de signes de gravité.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

PLAIE

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Circonstances de survenue de la plaie

- Chute ? (Cf. Fiche N°2 : Chute)
- Malaise
- Objet à l'origine de la plaie ?

=> Recherche de la vaccination contre le tétanos du résident (à transmettre si le résident est adressé aux urgences)

.....

.....

=> Antécédents du patient et traitement, et notamment la recherche d'anticoagulants et d'antiagrégants plaquettaires*

.....

.....

=> Description de la plaie

- Localisation :
- Type :
- Profondeur :
- Douleur :
- Autres signes de traumatisme :
- Suspicion de fracture :

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

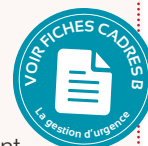
- Plaie importante ou profonde
- Plaie hémorragique (avec saignement continu malgré pansement compressif)
- Doute sur une lésion profonde associée (fracture ?)
- Plaie nécessitant l'intervention d'un médecin pour suture ?*

* en violet = rôle IDE

QUE FAIRE ?

Je sécurise

- 1 Je prends les constantes.
- 2 Je rassure le résident.
- 3 Si le saignement est important, je comprime la plaie.



J'évalue et j'agis

- 4 Si suspicion de fracture, je ne déplace pas le résident.
- 5 J'évalue la nécessité de points de suture*.
- 6 Je nettoie à l'eau.
- 7 Je désinfecte*.
- 8 Je pose un pansement*.
- 9 Je vérifie l'existence d'un traitement anticoagulant ou antiagrégants plaquettaires*.
- 10 J'observe la présence de signes de gravité.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ Si le saignement est actif et abondant, j'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.
- ➔ Je signale au centre 15 la présence d'anticoagulants*.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

HYPOGLYCÉMIE

La glycémie est le taux de sucre dans le sang. La glycémie à jeun est comprise entre 0,70 et 1,10 g/l. On considérera qu'il y a hypoglycémie lorsque le taux de glycémie est inférieur à 0,6 g/L.

CLARIFIER LE CONTEXTE

Penser à l'hypoglycémie devant des signes peu spécifiques tels que : chute, agitation, confusion, sueurs, palpitations, sensation de faim, pâleur, fatigue inhabituelle

Je fais une glycémie capillaire (dextro)

En cas d'hypoglycémie, une enquête est nécessaire, il convient de rechercher des troubles de l'alimentation, la présence de fièvre, une erreur de traitement.

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

- Troubles de la conscience : malaise, perte de connaissance, confusion, coma
- Impossibilité d'avaler

QUE FAIRE ?



Je sécurise

- 1** Je resucré sans attendre per os uniquement si le patient est conscient (se référer au protocole institutionnel, sinon ingestion de sucre : 15 g, soit 3 morceaux), soda ou barre sucrée puis des sucres lents (pain, biscotte, fruits, confiture).
- 2** Si le patient est inconscient, le placer en position latérale de sécurité. S'il ne peut pas avaler, injection de glucagon à raison de 1 mg (Glucagon kit®), en intramusculaire ou sous-cutané par l'IDE ou le médecin*.



J'évalue et j'agis

- 3** Si le résident est sous insuline, je ne fais pas l'injection d'insuline et demande la conduite à tenir à un médecin*.
- 4** Je contrôle la glycémie à 20 minutes, à 30 minutes et 1 heure après le resucrage*.
- 5** Je recherche la présence de signes de gravité.



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle l'IDE ou le médecin si présent.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ J'appelle l'IDE ou le médecin si présent sur site
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.



* en violet = rôle IDE

ÉPISTAXIS (SAIGNEMENT DE NEZ)

CLARIFIER LE CONTEXTE

- Épistaxis spontanée et/ou traumatique
- Hypertension
- Prise d'un traitement anticoagulant et antiagrégant plaquettaire***, recherche du dernier INR (International Normalized Ratio)

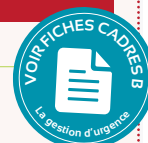
REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

- Contexte de surdosage en AVK***
- Hypertension artérielle >18
- Persistance de l'épistaxis malgré les techniques de compression des narines

QUE FAIRE ?



Je sécurise



- 1 Je rassure le résident.
- 2 Si possible, je place le résident en position assise, tête penchée en avant, pour éviter la déglutition de sang.
- 3 Je mouche en vue d'évacuer les caillots sanguins.
- 4 Je comprime la ou les narine(s) du côté de l'épistaxis, pendant 10 minutes sans relâcher. Si épistaxis des deux côtés, ouvrir la bouche du résident pour qu'il respire.



J'évalue et j'agis

- 5 **J'effectue un tamponnage par alginate type Coalgan®***.
- 6 Je nettoie la bouche du résident.
- 7 J'observe la présence de signes de gravité.



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Les antécédents du résident

Le résident a-t-il des antécédents respiratoires ou cardiaques ?

.....

Notion de soins palliatifs, de fin de vie ?

Notion d'allergies ?

=> Circonstances de survenue

La gêne respiratoire survient-elle en lien avec un repas (fausse route), une chute ou une autre circonstance (y compris choc émotionnel) ?

.....

=> Signes constatés

Le résident respire vite (fréquence respiratoire > 25) ?

Présence d'une toux, de crachats (avec du sang), de bruits anormaux (râles, sifflements) ?

.....

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

Agitation, sueurs

Difficultés à parler

Vomissements

Cyanose (coloration bleue des extrémités)

Pausés respiratoires

Douleurs dans la poitrine

QUE FAIRE ?



Je sécurise



1 J'installe le résident en position assise ou assise.

2 Je rassure le résident et je calme l'anxiété le cas échéant.

3 Je vérifie l'absence de corps étrangers dans la bouche et j'enlève les prothèses dentaires.

4 Je prends les constantes.



J'évalue et j'agis

5 *Si présence d'un concentrateur et si saturation O₂<92, j'administre de l'oxygène 4L/min en attendant les consignes du médecin régulateur*.*

6 *Si insuffisance respiratoire chronique connue au débit : à réévaluer rapidement par le médecin sur site ou le médecin régulateur*.*

7 J'observe la présence de signes de gravité.



J'alerte

Signes de gravité

➔ J'appelle le médecin si présent sur site.

➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**

➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.

➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

➔ Je surveille l'évolution.

➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.

➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

DOULEUR THORACIQUE

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Les antécédents du résident

- Mesure de LATA ? (Limitation et/ou Arrêt des Thérapeutiques Actives)
- Antécédents cardiaques ou respiratoires ?
- Résident porteur d'un pacemaker ou d'un défibrillateur ?

=> Description de la douleur

- Heure de survenue /Type/Durée/Intensité/Déplacement/Circonstances d'apparition de la douleur ?
.....
- Notion de chute avec traumatisme thoracique ?
- Notion d'anxiété ?

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Douleur
- Agitation
- Palpitations
- Gêne à la respiration
- Pâleur
- Antécédents cardiaques (infarctus, embolie pulmonaire)

QUE FAIRE ?



Je sécurise

- 1 J'installe le résident dans la position la plus confortable pour lui.
- 2 Je rassure le résident.
- 3 Je ne lui fais pas faire d'effort.
- 4 Je prends les constantes.

J'évalue et j'agis

- 5 Je réalise une évaluation de la douleur (à l'aide d'une échelle numérique, sinon une échelle visuelle analogique).
- 6 Je surveille.
- 7 J'observe la présence de signes de gravité.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Un avis médical est quand même nécessaire : j'appelle le médecin si présent.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

COMPORTEMENT AIGU / AGITATION INHABITUELLE

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Les antécédents du résident

- Troubles déjà connus ou non ?
-
-

- Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée***

=> Notion de danger

- Y a-t-il une mise en danger du résident, du soignant ou d'un autre résident ?
-

=> Description du trouble du comportement et contexte

- État de conscience ? (score de Glasgow)
-
- Agitation motrice ? (déambule, remue, gestes inhabituels, etc.)
-
- Agitation psychique ? (discours incohérent, délire, désorientation, hallucinations, cris, peurs, appels, etc.)
- Troubles aigus de l'humeur ? (anxiété, peur, agressivité)
- Antécédents similaires ?
- Chute récente ? Traumatisme crânien dans les dernières semaines ?
- Infection aiguë récente/en cours ?
- Changement récent de traitement ?
- Convulsions ayant précédé l'agitation ?
- Dates des dernières selles/urines ?
-
- Recherche d'un facteur déclenchant : globe vésical, douleur, glycémie

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Mise en danger du résident
- Impossibilité de laisser le résident seul
- Confusion

QUE FAIRE ?



Je sécurise



- 1 J'adopte une attitude rassurante, je me mets à hauteur du résident, je ne laisse pas le résident seul.
- 2 Je me protège moi-même : je me place entre le résident et la porte (garder le téléphone professionnel sur soi en cas de besoin) et je m'assure de toujours pouvoir fuir si nécessaire*.
- 3 Si possible, je mets en place une lumière douce, de la musique.
- 4 Je fais le bilan du transit et de la miction (fécalome ? Rétention d'urines ?).
- 5 Si facteur déclenchant contextuel (autre résident, objet, etc) je l'écarte, ainsi que tout objet tranchant ou dangereux.



J'évalue et j'agis

- 6 J'observe la présence de signes de gravité.



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE



CONVULSIONS

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Les antécédents du résident

- Diabète ?
- Traitement ?
- Crises d'épilepsie ?

=> Que faisait le résident ?

- Notion de chute

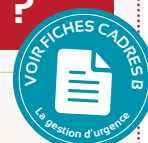
REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Fièvre
- Première crise convulsive
- Répétition des crises
- Paralysie (face, membre, moitié du corps)

QUE FAIRE ?



Je sécurise



Pendant la crise

- 1** Je place le résident en PLS (Position Latérale de Sécurité)
- 2** J'éloigne les objets qui pourraient le blesser

Après la crise

- 3** Je prends les constantes si la crise cesse



J'évalue et j'agis

- 4** Je mesure la glycémie capillaire (dextro)*
- 5** Si hypoglycémie, je me réfère au protocole de l'établissement* (Cf. Fiche N°5 : Hypoglycémie)
- 6** J'observe la présence de signes de gravité



J'alerte

Signes de gravité ou première crise convulsive

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

MAUX DE TÊTE IMPORTANTES

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Antécédents du résident

- Migraineux connu ?
- Photophobie/sensibilité à la lumière ?
- HTA (HyperTension Artérielle) > 18 ?
- Traitement en cours : anticoagulant/antiagrégant ?***

=> décrire la douleur et son mode de survenue

- Localisation : cou, toute la tête, la moitié de la tête ?
-
-

- Installation brutale « en coup de tonnerre » ou progressive ?
-
-

- Notion de chute
- Caractère brutal de la douleur

=> Rechercher des signes associés

- Nausées ou vomissements ?
- Éruption cutanée ?
- Paralysie ?

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Mal de tête intense ayant débuté de façon très brutale
- Troubles de la conscience ou somnolence, trouble du comportement aigu
- Fièvre
- Mal de tête intense juste après une chute avec choc à la tête

QUE FAIRE ?



Je sécurise

1 Je rassure le résident et l'installe dans un environnement calme.

2 Je prends les constantes.



J'évalue et j'agis

3 Je mesure la glycémie capillaire (dextro)*.

4 Si hypoglycémie, je me réfère au protocole de l'établissement* (Cf. Fiche N°5 : Hypoglycémie).

5 Je recherche l'existence d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant*.

6 Je recherche l'introduction d'un nouveau traitement*.

7 Je recherche la présence de signes de gravité.

8 J'administre un antalgique si présence d'une prescription anticipée*.



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.



* en violet = rôle IDE



DOULEURS ABDOMINALES

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Les antécédents du résident

- Antécédents et traitements associés
-
-

=> Signes cliniques

- Nausées ? Vomissements ? (Cf. Fiche N° 15 : Vomissements)
- Présence d'une constipation ou d'une diarrhée ? (Cf. Fiche N° 13 : Arrêt prolongé des selles, Cf. Fiche N° 14 : Diarrhées aiguës)
- Signes urinaires : Recherche d'un globe (difficulté à uriner, présence d'une masse abdominale ou d'une infection ? (urine fréquente et/ou douloureuse). (Cf. Fiche N° 16 : Peu ou pas d'urines)
- Localisation et évaluation de la douleur :
-
-

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Aspect de l'abdomen : ventre dur et ballonné ?
Masse inhabituelle (hernie, etc.)*
- Selles sanglantes rouges ou très noires
- Troubles du comportement associés

QUE FAIRE ?



Je sécurise

- 1 Je rassure le résident.
- 2 Je prends les constantes.
- 3 Si vomissements, je laisse à jeun.



J'évalue et j'agis

- 4 J'administre un antalgique et/ou antispasmodique en cas de douleur récidivante (si prescription anticipée)*.
- 5 Je recherche la présence de signes de gravité.



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

ARRÊT PROLONGÉ DES SELLES

La constipation représente l'absence de selles depuis 3 jours et/ou des difficultés à la défécation.

CLARIFIER LE CONTEXTE

Date des dernières selles ? Nombre de selles depuis une semaine ?

.....

.....

=> De nombreux traitements sont pourvoyeurs de troubles du transit, il conviendra donc de vérifier

- L'absence de traitement ralentisseur du transit, etc.
- La bonne prise des laxatifs déjà prescrits
- La prolongation intempestive d'un traitement antidiarrhéique
- La mise en route d'un nouveau traitement pouvant modifier le transit
- La prise de morphiniques

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

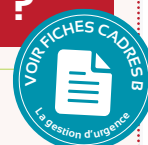
- État fébrile
- Douleur abdominale intense > 6/10
- Ballonnement, absence de gaz
- Nausée et/ou vomissement
- Changement de comportement

QUE FAIRE ?



Je sécurise

- 1 Je prends les constantes.



J'évalue et j'agis

- 2 J'évalue la douleur.
- 3 Je vérifie la souplesse de l'abdomen*.
- 3 J'observe la présence de signes de gravité.



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ **Je délivre un traitement laxatif (si prescription anticipée)*.**
- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

DIARRHÉES AIGUËS

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Description des selles

- Nombre de selles par jour
- Aspect : Liquides/molles/purulentes/glaireuses
- Couleur : Présence de sang rouge ou noir
- Durée depuis laquelle les diarrhées évoluent :

.....

.....

- Retentissement sur le résident, alimentation ? boisson ?

.....

.....

=> Recherche d'une cause à cette diarrhée

- Présence d'une fièvre associée (Cf. Fiche N° 3 : Fièvre)
- Fréquence des selles avant l'épisode
- Recherche d'un fécalome
- Changement récent de traitement, prise d'antibiotiques
- Rechercher un contexte épidémique ou une TIAC (Toxi Infection Alimentaire Collective).

.....

.....

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Troubles de conscience
- Hypotension
- État de choc***
- Notion de persistance***

QUE FAIRE ?

Je sécurise



- 1 J'applique la procédure d'hygiène de l'établissement (précautions complémentaires contact).

J'évalue et j'agis

- 2 Je propose à boire de l'eau ou autres boissons non alcoolisées (si pas de troubles de la vigilance).
- 3 Je recherche la présence de signes de gravité.
- 4 Je recherche d'autres cas parmi les résidents.
- 5 Je transmets l'information.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE



VOMISSEMENTS

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Circonstances de survenue

- En jets, sans effort ? Au changement de position ?
-
-

- Après une chute ? Notion de traumatisme récent ?
-
-

=> Type

- Alimentaire ? Rouge (sang) ? Marron (fécaloïde-odeur de selles) ?
-
-

=> Fréquence

- Nombre d'épisodes de vomissements pour une heure ? Par prise de poste ?
-
-

=> Signes associés

- Douleurs abdominales ? (Cf. Fiche N° 12 : Douleurs abdominales)
- Douleurs thoraciques ? (Cf. Fiche N° 8 : Douleur thoracique)
- Constipation ou diarrhée ? Abdomen ballonné ?
- Troubles de la conscience ?

=> Parmi les antécédents, rechercher

- Une cicatrice abdominale ?
- Une chirurgie récente ?
- Diabète ?
- Notion de chute ?

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Vomissements hémorragiques, sang rouge ou fécaloïde
- Absence de selles depuis plusieurs jours
- Trouble de la conscience
- Fièvre
- Notion de chute

QUE FAIRE ?

Je sécurise



- 1 Si les vomissements persistent, je veille à ce que le résident reste assis.
- 2 Je le place en Position Latérale de Sécurité (PLS) si inconscient.

J'évalue et j'agis

- 3 Si vomissements en jets ou répétitifs, je laisse le résident à jeun.
- 4 J'apprécie si la personne peut remanger ou pas après quelques heures.
- 5 Je recherche la présence de signes de gravité.

J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

PEU OU PAS D'URINES

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Caractéristiques des urines

- Volume, aspect (claires, foncées, purulentes, rouges)
-
-

- Deux troubles principaux à repérer : l'infection urinaire et le globe vésical
-
-

=> Infection urinaire

- La cystite (infection urinaire basse) peut se compliquer en pyélonéphrite (infection du rein), voire en infection généralisée (sepsis).

=> Globe vésical

- ➔ Situation d'urgence très douloureuse (au niveau du bas ventre) et il faut soulager le résident le plus rapidement possible.
- ➔ Miction par regorgement : c'est un écoulement d'urine qui s'échappe par trop-plein de la vessie lorsque celle-ci ne se contracte plus ➔ Cause potentielle
- ➔ Doit être évoqué devant tout épisode d'agitation ou de confusion chez un résident.
- ➔ En cas d'absence d'urines un avis médical est nécessaire avant de poser une éventuelle indication de sondage.

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Déshydratation
- Trouble du comportement

QUE FAIRE ?



Je sécurise



- 1 Je prends les constantes.
- 2 Je fais une bandelette urinaire si réalisable.



J'évalue et j'agis

- 3 Je recherche un globe vésical (masse arrondie au niveau du pubis, tendue et douloureuse). **Si possible, je confirme par un bladder-scan.**
- 4 Je recherche la présence de signes de gravité.
- 5 **Si rétention, évacuation (par l'IDE, sur prescription médicale)*.**



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

* en violet = rôle IDE

TRAUMATISME CRÂNIEN

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Antécédents et éléments à rechercher

- Antécédents et traitements
- Notion de chutes à répétition ?
- Traitement anticoagulant ? Si oui, sortir le dernier **INR** (International Normalized Ratio) du résident, TP ? TCA ?

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

=> Troubles de la conscience (score de Glasgow)

.....

.....

=> Prise médicamenteuse de type

- Anticoagulants
- Anti-vitamine K
- Antiagrégant plaquettaire

=> Autres

- Vomissements
- Troubles du comportement inhabituels
- Plaie ou hématome
- Saignement (bouche, oreilles, nez)
- Paralyse
- Perte de parole

QUE FAIRE ?



Je sécurise

- 1 Je prends les constantes.



J'évalue et j'agis

- 2 Je recherche la présence de signes de gravité.



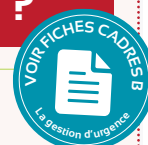
J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin coordonnateur si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ **Je mets en place le protocole surveillance Traumatisme Crânien (toutes les 2h pendant 6h puis toutes les 4h pendant 20h)*.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.



* en violet = rôle IDE

GROSSE JAMBE CHAUDE

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Description de la douleur et mode de survenue

- Début brutal ou insidieux ?
- Fièvre ?
- Préciser si le résident est sujet à des œdèmes chroniques.

.....
.....

- Asymétrie des deux jambes ?
- Évolution :

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

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

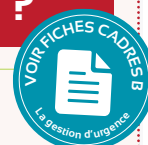
- Tachycardie
- Hypotension
- Douleur vive localisée à la jambe ou au pied ou une douleur thoracique
- Apparition brutale ou rapide (moins de 12h) avec caractère inhabituel
- Signes infectieux
- Fièvre
- Signes respiratoires
- Douleur thoracique associée
- Intensité de la douleur

Un avis médical est nécessaire (sauf situation chronique).

QUE FAIRE ?



Je sécurise



- 1** Je ne mobilise pas le résident ; je ne le lève pas.
- 2** J'installe le plus confortablement possible le résident en calant sa jambe, non couverte.



J'évalue et j'agis

- 3** Je recherche la présence de signes de gravité.
- 4** Je recherche les signes de phlébite (douleur, lourdeur du mollet, gonflement, etc).



J'alerte

Signes de gravité

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

Pas de signes de gravité

- ➔ Je prends un avis médical (médecin sur le site/sur SAMU/Centre 15), hors situation chronique.
- ➔ Je surveille l'évolution.
- ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

CRISE SUICIDAIRE

CLARIFIER LE CONTEXTE

CRISE SUICIDAIRE

Idées suicidaires intenses, projet de suicide pouvant potentiellement survenir dans les 24 à 48h. Chez la personne âgée, le suicide n'a pas de valeur « d'appel au secours » : c'est un risque majeur qui peut justifier une hospitalisation et un recours aux urgences.

=> Antécédents

- Antécédents psychiatriques ?
- Tentative de suicide ?
- Dépression ?
- Évènements de vie :
- Évènements douloureux récents ?
- Entrée en EHPAD ?

=> Evaluation

- Évaluation par la grille RUD (Risque Urgence Dangerosité)
- Questionnement direct : pensez-vous au suicide ? avez-vous envisagé un moyen ?
- Recherche de messages à ne pas banaliser : « vous seriez mieux sans moi, etc. », « je ne sers plus à rien, etc. », « je voudrais partir, etc. »

=> État psychique et humeur

- Changement de comportement ? Mutisme ? Agitation ? Attitude « en dents de scie » ?
- N'a plus de goût à quoi que ce soit ?
- Symptômes dépressifs (idées noires, repli, désintérêt, amaigrissement) ?
- Idées suicidaires exprimées par le résident ?
- Mise en ordre récente de ses affaires ?

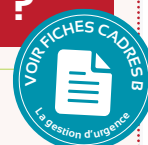
REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- Le résident verbalise ses intentions suicidaires : plainte suicidaire qui ne doit jamais être banalisée
- Il a planifié son suicide
- Le risque de passage à l'acte est avéré

QUE FAIRE ?



Je sécurise



- 1 J'écarte le moyen létal envisagé si celui-ci est accessible (médicaments, fenêtre ouverte, objets dangereux comme la ceinture ou le fil du système d'alarme, objets tranchants, sacs plastiques, etc.)



J'évalue et j'agis

- 2 J'écoute le résident.
- 3 Je suis disponible et j'interromps les autres tâches.
- 4 Je ne laisse pas le résident seul.



J'alerte

- ➔ J'appelle le médecin si présent sur site OU j'oriente vers les services d'accueil d'urgences psychiatriques de proximité pour un examen médical et psychiatrique.
- ➔ **Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.**
- ➔ Je fais une transmission orale ou écrite.
- ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant pour organisation d'un suivi psychiatrique ou psychologique.

CRISE SUICIDAIRE

La grille RUD expose une liste de facteurs à rechercher chez le résident

RISQUES

FACTEURS DE RISQUES PRIMAIRES (1)

Ce sont les facteurs les plus importants. Ils ont valeur d'alarme et ne sont pas présents en temps normal. Ils ont un intérêt de manière individuelle ou mis en lien avec les autres facteurs et sont influencés par la prise en charge..

- ✔ Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique, etc.
- ✔ Communication d'une intention suicidaire
- ✔ Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires
- ✔ Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence

FACTEURS DE RISQUES SECONDAIRES (2)

Ce sont des éléments naturels qui ont démontré statistiquement leur influence sur la fréquence des crises suicidaires. Ils sont peu influencés par la prise en charge et ont un intérêt surtout en association des facteurs 1.

- ✔ Pertes parentales précoces
- ✔ Traumatismes et abus durant l'enfance
- ✔ Isolement social, affectif
- ✔ Problèmes financiers
- ✔ Évènements de vie négatifs significatifs

FACTEURS DE RISQUES TERTIAIRES (3)

Ce sont des événements naturels auxquels on n'échappe pas. En l'absence des facteurs 1 et 2, ils n'ont pas d'incidence.

- ✔ Sexe masculin
- ✔ Sénescence
- ✔ Saison de l'été

URGENCE

=> Avez-vous des idées suicidaires ?

- Fréquence : combien de fois y avez-vous pensé ?
- Durée : lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?
- Éléments dissuasifs : y a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser / de mettre à exécution vos pensées ?
- Où, quand, comment envisagez-vous de vous suicider ?

DANGEROUSITÉ

=> Avez-vous accès à un moyen léthal ?

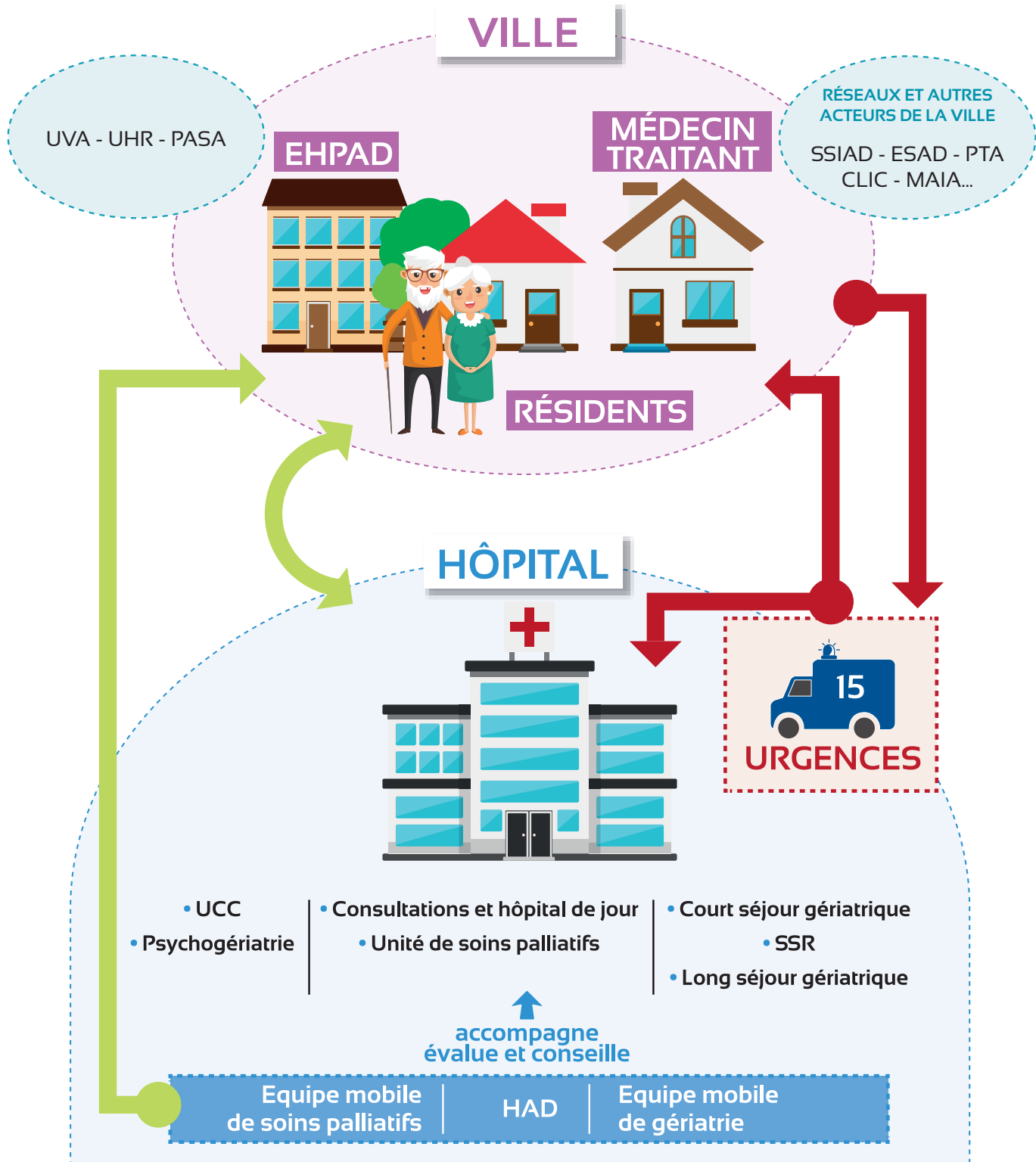
- Accessibilité du moyen envisagé : Oui / Non
- Létalité du moyen: Oui / Non



FICHES COMPLÉMENTAIRES

Fiche 1 : La filière gériatrique générale	36
Fiche 2 : La filière gériatrique hospitalière	37
Fiche 3 : Fiche EHPAD	38
Fiche 4 : Grille de retour d'expérience suite à l'hospitalisation d'un résident	41
Flyer : Projet Assure	
Courrier d'information au médecin traitant	

LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE GÉNÉRALE



LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE HOSPITALIÈRE

STRUCTURE	MISSIONS	MODE D'ENTRÉE MODALITÉS D'INTERVENTION	PLACE DANS LA FILIÈRE
Court séjour gériatrique (CSG)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences. Procéder à une évaluation globale du patient et mettre en œuvre les soins permettant de traiter les différentes pathologies. 	<ul style="list-style-type: none"> Accès direct sans passage par les urgences (à privilégier). Accès après passage par les urgences. Admission programmée ou non programmée. 	<ul style="list-style-type: none"> Noyau dur articulant les autres acteurs de soins de la filière.
Équipe mobile de gériatrie (EMG)	<ul style="list-style-type: none"> Mener une évaluation globale du patient et contribuer au projet de soins individualisé. Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques. Orienter le patient dans la filière gériatrique. Faciliter l'entrée rapide en court séjour dans le cadre d'une intervention en structure d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention sur appel dans l'ensemble des services hospitaliers et notamment les urgences. Intervention sur appel dans les établissements médico-sociaux et/ou du médecin traitant. 	<ul style="list-style-type: none"> Adossement à un court séjour gériatrique. Interface entre la filière de soins, les établissements médico-sociaux et le domicile.
Consultations/hôpitaux de jour	<ul style="list-style-type: none"> Mener une évaluation globale ainsi que des réévaluations régulières. Proposer des bilans et des traitements évitant de recourir à une hospitalisation classique. Proposer une ressource au médecin traitant. Participer à la coordination des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Adressage par le médecin traitant pour la consultation. Accès à l'hôpital de jour conditionné par une consultation. 	<ul style="list-style-type: none"> Interface ville-hôpital.
Soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR)	<ul style="list-style-type: none"> Prévenir, diagnostiquer et traiter les complications et décompensations (hors pathologies aiguës). Mettre en place des soins de rééducation et de réadaptation. 	<ul style="list-style-type: none"> Accès sur accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique. Accès après passage en court séjour ou directement depuis l'établissement médico-social ou le domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'aval après un passage en court séjour.
Unité de soins de longue durée gériatrique (USLD)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une prise en charge globale de la personne. Assurer une surveillance médicale constante. 	<ul style="list-style-type: none"> Admission suite à une hospitalisation ou à un passage en SSR. Accès direct possible depuis le domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'aval après une hospitalisation. Structure adossée à un service hospitalier, avec une médicalisation plus importante que dans un EHPAD.
Psychogériatrie	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge de situations de crise suite à des décompensations. Évaluer la situation. Assurer une prise en charge individuelle et/ou de groupe. 	<ul style="list-style-type: none"> Admission en urgence le plus souvent. Admission programmée. 	<ul style="list-style-type: none"> Structures rares de court séjour. Articulations avec les services d'urgence, les équipes mobiles de gériatrie, les consultations mémoire, le court séjour gériatrique.
Unités de soins palliatifs (USP)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge palliative en tenant compte des spécificités gériatriques. Prendre en charge des symptômes physiques difficilement contrôlables. Assurer un suivi psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> Domicile, EHPAD, ou services hospitaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> Structures rares souvent associées à une équipe mobile de soins palliatifs. Attention il n'y a pas de labellisation filière gériatrique.
Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner les équipes dans la démarche palliative par des actions de formation, de soutien et de concertation avec les équipes. Accompagner et soutenir les proches. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention possible à domicile ou ESSMS. Le médecin traitant conserve la responsabilité des soins sur place. 	<ul style="list-style-type: none"> Rattachée à un établissement de santé et souvent adossée à une unité de soins palliatifs.
Unités cognitivo comportementales (UCC)	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des stratégies compensatoires des déficits. Diminuer l'utilisation des psychotropes et de la contention. Prévenir les situations de crise. Maintenir l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. 	<ul style="list-style-type: none"> Provenance : domicile ou EHPAD. Patients valides sur le plan de la mobilité, mais présentant des troubles du comportement productifs (agressivité, hyperémotivité, hallucinations, agitation, troubles du sommeil importants). 	<ul style="list-style-type: none"> Structure de moyen séjour adossée à un SSR gériatrique. Structure spécifique de la filière « Alzheimer et maladies apparentées ». SSR spécialisé pour la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et présentant des troubles du comportement.
Hospitalisation à domicile (HAD)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des soins qui se distinguent par leur technicité : <ul style="list-style-type: none"> Pansements complexes, Soins de nursing lourds, Nutrition entérale, Soins palliatifs, Chimiothérapie, Traitements anti-infectieux, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Admission à la demande du médecin hospitalier dans le cadre d'un retour à domicile. Admission à la demande du médecin traitant pour un patient dont l'état de santé s'aggrave, ce qui justifierait une hospitalisation (mais préférence de la personne à rester chez elle ou en EHPAD). Admission sous les conditions du Décret n° 2018-430 du 1^{er} juin 2018 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'hospitalisation. Alternative à une hospitalisation dans un établissement de santé.

FICHE EHPAD⁽¹⁾



MISSIONS ET STATUT

Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ont pour mission d'accompagner les personnes âgées fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. **L'EHPAD est considéré comme étant le domicile de la personne âgée.**

La nature juridique des EHPAD peut-être :

- Publique
- Privée à but non lucratif
- Privée commerciale

PUBLIC ACCUEILLI

Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans (dérogation possible selon l'état de santé de la personne) qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Pour des raisons physiques ou cognitives, ces personnes peuvent être partiellement ou totalement dépendantes dans les actes de la vie quotidienne.

Les EHPAD sont à même d'accueillir des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. L'accompagnement au sein des EHPAD doit aussi permettre l'accompagnement de la fin de vie.

MODALITÉS D'ACCÈS

Les personnes âgées sont prises en charge en EHPAD à leur demande ou à celle de leur entourage (en cas d'incapacité de la personne âgée d'émettre un avis clair), à partir de leur domicile ou d'un établissement hospitalier.

Cette orientation est souvent effectuée sur la base d'un avis médical (médecin traitant, médecin spécialiste, médecin hospitalier) et d'un bilan gériatrique (diagnostic médical de préadmission) permettant d'évaluer le niveau de dépendance (sur la base de la grille AGGIR⁽²⁾).

ACCOMPAGNEMENT ET SOINS

Les résidents qui ont besoin d'un accompagnement dans les actes essentiels de la vie (pour le lever, le coucher, la toilette, les repas, etc.) sont aidés par le personnel de l'EHPAD.

Une équipe soignante réalise les soins sous le contrôle d'un médecin coordonnateur. Les soins quotidiens (pansements, mesure de la glycémie, distribution des médicaments...) sont effectués par l'équipe soignante de l'EHPAD.

Le médecin coordonnateur et son équipe s'occupent également de la coordination des interventions des médecins traitants (chaque résident dispose du libre choix de son médecin traitant) et des rendez-vous avec les spécialistes.

(1) Cette fiche a pour objectif d'informer les partenaires participants à la prise en soins quant au fonctionnement interne de l'établissement (ressources humaines, matériel, etc.).

(2) La grille AGGIR (Autonomie, Gériatrie, Groupe Iso — Ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne. Ces six niveaux, les Groupes Iso-Ressources (GIR), permettant de classer les personnes des plus dépendantes (GIR 1) aux moins dépendantes, voire non dépendantes (GIR 6). Le modèle PATHOS évalue les niveaux de soins nécessaires requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

FICHE EHPAD

CHECK-LIST DES RESSOURCES DE L'EHPAD

1) CARACTÉRISATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Statut de l'établissement

- Privé à but lucratif Privé à but non lucratif Public de la fonction publique territoriale
 Public de la fonction publique hospitalière

Spécificités

- PUI Astreinte médicale IDE de nuit mutualisée

2) RESSOURCES HUMAINES

Professionnels




Interviennent au sein des EHPAD, des personnels administratifs, des agents de service, des aides médico-psychologiques (AMP), des aides-soignants, des personnels d'animation, des infirmiers et un médecin coordonnateur. **Le temps de présence du médecin coordonnateur** est fixé par décret en fonction de la capacité de l'EHPAD. Les EHPAD, dans leur grande majorité, **ne bénéficient pas de présence infirmière la nuit**. En moyenne, le ratio d'encadrement total des EHPAD est de 0,57 ETP par place. Chaque EHPAD peut avoir ses spécificités en fonction de son organisation et de son statut.

a. Présence du médecin coordonnateur



	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Médecin coordonnateur	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin
	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM

b. Présence paramédicale

		LA SEMAINE				WEEK-END ET JOURS FÉRIÉS			
		MATIN	JOURNÉE	AM	NUIT	MATIN	JOURNÉE	AM	NUIT
	Cadre de santé, IDEC (ETP)								
	IDE (ETP)								
	AS (ETP)								

(3) D'après le décret du 2 septembre 2011, le temps d'exercice du médecin coordonnateur ne peut être inférieur à :




- un équivalent temps plein de 0,25 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;
- un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;
- un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;
- un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;
- un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.

FICHE EHPAD










c. Représentation des moments « critiques » de la journée en fonction du nombre de professionnels

NOM DE L'EHPAD :








NOMBRE DE RÉSIDENTS :

NB DE PROFESSIONNELS/JOUR			SEMAINE	WEEK-END	NUIT
	IDEC ou cadre	Matin			
		AM			
		Journée			
	Infirmier	Matin			
		AM			
		Journée			
	AS	Matin			
		AM			
		Journée			

3) MATÉRIEL

 OXYGÈNE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 SATUROMÈTRE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 AÉROSOLS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 SAP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 MATÉRIEL D'ASPIRATION	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 CHARIOT OU TROUSSE D'URGENCE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 BLADDERSCAN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 STUPÉFIANTS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 TÉLÉMÉDECINE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4) PARTENARIATS

 CONVENTION ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 RÉSEAU OU ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE ET/OU ÉQUIPE MOBILE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 CMP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 CONVENTION INFIRMIÈRES LIBÉRALES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	 ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
 HAD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

GRILLE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE SUITE À L'HOSPITALISATION D'UN RÉSIDENT

OBJECTIF

Analyser de façon rétrospective la prise en charge d'un résident dans le cadre d'une situation urgente.

MÉTHODE D'UTILISATION DE LA GRILLE :

- Animation d'une réunion d'équipe par le médecin coordonnateur et le cadre de santé
- Posture bienveillante, non culpabilisante et sans jugement
- Analyse pluriprofessionnelle afin de déterminer la pertinence du recours aux urgences à partir d'un cas concret anonymisé survenu récemment dans l'EHPAD et sur la base du dossier du résident
- Concertation (fréquence à définir) avec un référent au sein du service des urgences
- Les items obligatoires apparaissent en gras et permettent une évaluation "flash". L'ensemble des items peuvent être renseignés pour une évaluation plus poussée en équipe pluridisciplinaire.

THÉMATIQUE 1 : CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DE LA SITUATION URGENTE

La situation d'urgence a-t-elle eu lieu de jour ou de nuit ? Sur quelle tranche horaire ?	..... ..... .....
Par quel type de professionnel (AS, IDE...) la situation a-t-elle été découverte ? Quel professionnel a alerté le SAMU/Centre 15 ?	..... ..... .....
Quelle pathologie : (cardiaque, respiratoire, AVC, etc.) ?	..... ..... .....
Le résident a-t-il déjà vécu un transfert dans les mois précédents ?	..... ..... .....
La situation d'urgence est-elle due à une aggravation de l'état de santé ou s'est-elle produite spontanément ?	..... ..... .....
Dans le cas d'une détérioration prévisible, des consignes ont-elles été formalisées (notamment en prévision d'une détérioration pouvant survenir la nuit ou le week-end) ?	..... ..... .....
Quelles étaient les ressources internes au moment des faits (collègues, procédures,...) ou externes pour ce professionnel ?	..... ..... .....
Quels sont les éléments d'évaluation de la situation qui ont conduit au choix d'un transfert aux urgences ?	..... ..... .....
Quels sont les premiers soins qui ont été réalisés ?	..... ..... .....

GRILLE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE SUITE À L'HOSPITALISATION D'UN RÉSIDENT

THÉMATIQUE 2 : PRISE EN COMPTE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées ont-elles été prises en compte dans le choix d'un transfert aux urgences ? Ont-elles été transmises ?	..... ..... .....
Les directives anticipées sont-elles mentionnées dans le DLU ?	..... ..... .....

THÉMATIQUE 3 : MODALITÉS DE TRANSFERT VERS LES URGENCES

Le DLU a-t-il été transmis au service d'urgence ?	..... ..... .....
La FLU a-t-elle été transmise au service d'urgence ?	..... ..... .....
Le transfert a-t-il nécessité le déplacement d'une ambulance ou autre transport ?	..... ..... .....
Le résident avait-il un trousseau ? (linge, produit d'hygiène, etc.)	..... ..... .....

THÉMATIQUE 4 : PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Le résident a-t-il été orienté vers un autre service hospitalier à l'issue de sa prise en charge aux urgences ? Si oui, lequel ? (si plusieurs, préciser le parcours)
--	-------------------------

THÉMATIQUE 5 : MODALITÉS DE RETOUR DU RÉSIDENT

La FLU a-t-elle été retournée à l'EHPAD ?	..... ..... .....
À quel moment le résident (jour, nuit, tranche horaire) a-t-il été transféré vers l'EHPAD ?	..... ..... .....
Avait-il mangé et bu ? Une incontinence ou des escarres sont-elles apparues lors du séjour ?	..... ..... .....

THÉMATIQUE 6 : SUIVI POST-HOSPITALISATION

Le médecin traitant a-t-il été informé de l'hospitalisation de son patient ? Si oui, après combien de temps ?	..... ..... .....
Y a-t-il eu une réhospitalisation à 3 mois ? Une réflexion a-t-elle été menée afin d'éviter le risque de réhospitalisation ?	..... ..... .....

GRILLE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE SUITE À L'HOSPITALISATION D'UN RÉSIDENT

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

<p>A posteriori, l'hospitalisation de ce résident était-elle appropriée ? Aurait-elle pu être évitée ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>La situation critique aurait-elle pu être anticipée ? Comment (stratégie globale de prise en soins, plan de soins personnalisé plus adapté, meilleures transmissions, meilleure coordination avec la filière gériatrique...)?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

BALANCE BÉNÉFICES/RISQUES DE L'HOSPITALISATION

(INDIQUER LE NIVEAU DU BÉNÉFICE ET CELUI DU RISQUE ; LE BÉNÉFICE DOIT ÊTRE SUPÉRIEUR AU RISQUE)

BÉNÉFICE

Majeur Important Modéré Faible

RISQUE

Majeur Important Modéré Faible

SYNTHÈSE

POINTS FORTS EHPAD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POINTS DE VIGILANCE EHPAD

.....

.....

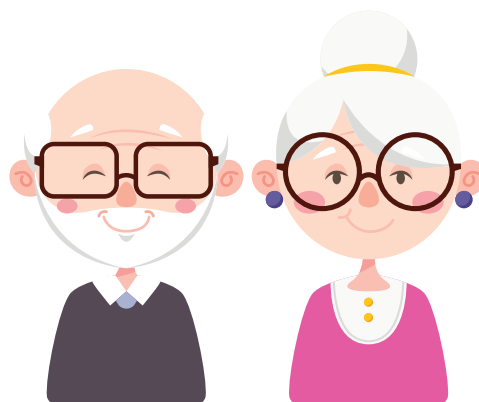
.....

.....

.....

.....

.....





3 CONSTATS

- 1 Services d'urgences **saturés**,
- 2 **Temps d'attente et/ou de transfert** aux urgences **parfois inadapté(s)** pour une personne âgée,
- 3 **Liens insuffisants entre** les EHPAD, les structures d'urgence et les filières gériatriques.

1 MISSION ASSURE

Amélioration des Soins d'URgence en Ehpap



2 OBJECTIFS

- 1 **Le bon soin, au bon moment, par la bonne personne au sein de l'unité la plus adaptée,**
- 2 **Développer les interactions** entre les EHPAD, les structures d'urgence et les filières gériatriques.



3 ACTIONS

- 1 Déployer des **sessions de sensibilisation** auprès des professionnels des EHPAD,
- 2 Diffuser des **kits de sensibilisation** incluant des **outils pédagogiques innovants,**
- 3 Présenter des possibilités **d'entrées directes** pour les résidents.



CONCRÈTEMENT

- 1 **Des équipes soignantes :**
 - a. **Mieux formées au diagnostic de l'urgence relative** et à sa gestion au sein des EHPAD.
 - b. **Plus percutantes et précises** dans la transmission des informations.
- 2 **Un travail de collaboration entre vous et l'EHPAD** permettant d'éviter le passage aux urgences lorsque cela est possible.

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Courrier d'information au médecin traitant

Cher(e) Docteur(e),

Les personnes âgées constituent une patientèle particulière des services d'urgences, en raison de leurs fragilités. Le passage aux urgences peut avoir des conséquences délétères sur l'état physique et cognitif des personnes, dans un contexte d'engorgement des services d'urgences. En parallèle, les hospitalisations non appropriées de personnes âgées sont en constante progression.

Dans ce contexte, le projet ASSURE consiste en la conceptualisation et la mise en place d'une démarche de sensibilisation de tous les EHPAD de la région Hauts-de-France au recours au SAMU / Centre 15, accompagnée d'outils pédagogiques innovants. Ce projet se donne pour objectifs :

- D'améliorer la pertinence du recours aux urgences
- De fluidifier le parcours de soins des personnes âgées
- De prodiguer à chaque personne âgée le juste soin, au bon moment et au bon lieu par la bonne personne

En tant qu'acteur(trice) pivot dans la prise en soins de vos patients, vous avez un rôle clef à jouer dans la coordination des parcours de soins et dans la décision de recours à l'hospitalisation.

Dans ce cadre, vous trouverez dans le flyer ci-joint toutes les informations utiles sur ce projet. Par ailleurs, les médecins coordonnateurs des EHPAD dans lesquels vous êtes amené(e) à intervenir seront formé(e)s tout au long du projet. Ils pourront vous renseigner et jouer le rôle de personne ressource auprès de vous.

Si vous souhaitez plus d'informations, n'hésitez pas à contacter la Cheffe de projet :

Je vous prie d'agréer, Cher(e) Docteur(e),
mes respectueuses salutations,

Pour le comité de pilotage du projet ASSURE

Séverine LABOUE,

Directrice du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
et Cheffe de projet ASSURE





FICHES ANNEXES

Fiche 1 : Glossaire	48
Fiche 2 : Bibliographie	49
Fiche 3 : Remerciements	50

GLOSSAIRE

- AFGSU** : Attestation de formation aux gestes de soins d'urgence
- AOD** : Anticoagulants oraux directs
- ARM** : Auxiliaire de régulation médicale
- AS** : Aide-soignante
- AVC** : Accident vasculaire cérébral
- AVK** : Antivitamine K
- CAT** : Conduite à tenir
- CLIC** : Centre local d'information et de coordination
- CMP** : Centre médico-psychologique
- CSG** : Court séjour gériatrique
- DLU** : Dossier de liaison d'urgence
- EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMG** : Équipe mobile de gériatrie
- EMSP** : Équipe mobile de soins palliatifs
- ESAD** : Équipes spécialisées Alzheimer à domicile
- ESSMS** : Établissement ou service social ou médico-social
- ETP** : Équivalent temps plein
- FLU** : Fiche de liaison d'urgence
- HAD** : Hospitalisation à domicile
- HTA** : Hypertension artérielle
- IADE** : Infirmier anesthésiste diplômé d'État
- IDE** : Infirmier diplômé d'État
- INR** : International normalized ratio
- LATA** : Limitation et arrêt de/des thérapeutiques actives
- MAIA** : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
- NACO** : Nouveaux anticoagulants oraux
- PDSA** : Permanence des soins ambulatoires
- PLS** : Position latérale de sécurité
- PTA** : Plateforme territoriale d'appui
- PUI** : Pharmacie à usage intérieur
- RPU** : résumé du passage aux urgences
- RUD** : Risque Urgence Dangerosité
- SAMU** : Service d'aide médicale d'urgence
- SAP** : Seringue auto projetée
- SMUR** : Service mobile d'urgence et de réanimation
- SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile
- SSR** : Soins de suite et de réadaptation
- SU** : Service d'urgence
- TCA** : Temps de céphaline activée
- TIAC** : Toxi-infection alimentaire collective
- TP** : Taux de prothrombine
- UCC** : Unité cognitivo-comportementale
- USLD** : Unité de soins de longue durée
- USP** : Unité de soins palliatifs
- VSAV** : Véhicule de secours et d'aide aux victimes

BIBLIOGRAPHIE

1) RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES

INSTRUCTION N°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

2) ETUDES ET ARTICLES UNIVERSITAIRES

- Berchet C, Emergency Care Services : Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand, OCDE, 1er août 2015.
- Cohen L., Genisson C, Savary R-P. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, Sénat, n° 685, 2017.
- DREES, Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier, Etudes & résultats, n° 1007, mars 2017
- DREES, Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue, Etudes & résultats, n° 1008, mars 2017
- Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, De Decker L, Le Strat A, Lebatard A, Manigold V, et al. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011 ; 9 (4), 409-15.
- Réseau RESURCA ET Observatoire Régional des Urgences Champagne-Ardenne, Enquête sur les demandes de soins urgents en EHPAD, 2016
- Roldo C, Poussel M, Lejeune C, Ehpads-urgences : un dispositif de télémédecine pour une meilleure prise en charge du résident, techniques hospitalières, janvier-février 2017.
- Rolland Yves, Etude PLEIAD, Gérontopôle de Toulouse
- Mesnier Thomas, Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires, Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, mai 2018.
- Wiel E, Wiel-Fournier V, Mauriaucourt P, Puisieux F, Hubert H. Prise en charge de l'Urgence dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. Enquête régionale dans le Nord-Pas-de-Calais. Revue Geriatrie 2014 ; 39 : 295-307.
- Wiel E, Gosselin P, Wiel-Fournier V, Maisonneuve A, Remont L, Mauriaucourt P, et al. Recours aux Urgences des patients provenant d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes : enquête régionale multicentrique dans le Nord-Pas-de-Calais, Revue Geriatrie, 2018 ; 43

3) GRILLES DE GESTION DES SITUATIONS URGENTES

- RESURCA, Situations urgentes en EHPAD
- ARS Ile de France / SGGIF, Conduites à tenir en situation d'urgence
- Mobiquat, Repérer la crise suicidaire, fiche pratique

4) RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES / GRILLES ET OUTILS

- HAS / ANESM, Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD, Points clés / organisation des parcours, juillet 2015
- HAS, SAED, un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé, octobre 2014
- HAS / ANESM, Dossier de liaison d'urgence, juin 2015
- HAS / ANESM, Fiche de liaison d'urgence, juin 2015
- ANAP, Améliorer les liens ville-hôpital, <http://urgences.anap.fr/publication/1833>
- Grille RUD
- Fiche Urgence PALLIA

REMERCIEMENTS

- Réseau des Urgences de Champagne Ardennes
 - ARS Grand Est
- Membres du comité de pilotage

Séverine LABOUE, Directrice du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
et Cheffe de projet ASSURE

Pr. François PUISIEUX, Chef du Pôle de Gériatrie, CHU Lille

Pr. Eric WIEL, Chef de Pôle Adjoint, Chef de Service
des Urgences Adultes, CHU Lille

Pr. Frédéric BLOCH, Chef du Pôle de Gériatrie, CHU Amiens

Pr. Christine AMMIRATI, Chef du Pôle de l'Urgence, CHU Amiens

Marie-Marguerite DEFEBVRE, Médecin de Santé Publique,
ARS Hauts-de-France

Brigitte CARON, Chargée de Planification Politique Personnes âgées, ARS Hauts de France

Dr. Alain-Eric DUBART, Président du Collège de Médecine
d'Urgence Nord-Pas-de-Calais

Dr Patrick MAURIAUCOURT, Président de l'ORU

Camille BONNEAUX, Chargée de missions projet ASSURE

Benjamin THOMAS, Chargé de missions projet ASSURE

Hélène BAS, Cadre gestionnaire du Pôle de Gériatrie, CHU de Lille

Paola BOSCO, Attachée d'Administration secteur stratégie,
CHU d'Amiens

Dr Christophe BOYER, Praticien hospitalier, SAMU 80

Dr Mouna DAMI, Coordinatrice de l'association des médecins
coordonnateurs de Picardie et Médecin Coordonnateur
à l'EHPAD du CH de Corbie

Dr Luc DELAMARRE, Médecin coordonnateur
de l'EHPAD Marie Marthe à Amiens

Sandrine FAUCHER, Directrice des Soins, CHU d'Amiens

Elise GRARD, Coordonnateur du Pôle Stratégie,
Soins et relations, Clientèle, CHU d'Amiens

Mélanie REGNAULT, Directrice de l'EHPAD Marie Marthe à Amiens

Sabine TIRELLI, Directrice de l'EHPAD Maison Saint Jean à Lille





↑ Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

-- **Projet ASSURE** --

20 rue Henri Barbusse

59120 Loos

☎ 03 62 21 04 00

☎ 03 62 21 04 03

