

GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE

Informations, recommandations ,
outils utiles à la prise en charge des Urgences

GUIDE POUR
LES PROFESSIONNELS DES
EHPAD MORBIHAN

GUIDE

Gestion des situations d'urgence

SOMMAIRE

Contexte et objectif du guide

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées, les représentants de l'urgence, des secours et des acteurs des filières gériatriques de Malestroit-Ploërmel et Vannes-Auray se sont réunis pour l'élaboration de référentiels communs d'aide à la prise en charge des résidents en EHPAD en situation d'urgence.

Ces documents doivent servir d'outils d'aide à la décision aux professionnels des EHPAD quelle que soit leur qualification et l'heure de survenue.

Ils permettent à l'aide d'un questionnaire logique et de constatations objectives, de pouvoir identifier le niveau d'urgence d'une situation et d'en déduire les actions à mener.

FICHES MÉMO

| | |
|--|---|
| fiche mémo 1 : Les appels de secours | 1 |
| fiche mémo 2 : Les acteurs de l'urgence | 2 |
| fiche mémo 3 : Modalité de gestion d'une situation d'urgence | 3 |
| fiche mémo 4 : Appeler le SAMU | 4 |
| fiche mémo 5 : Guide SAED (outil d'aide mnémotechnique) | 5 |
| fiche mémo 6 : Dossier patient remarquable SAMU | 6 |

FICHES CONDUITES À TENIR

| | |
|--|----|
| Les Urgences vitales | 8 |
| Fiche 0 : Repérer les principaux signes de gravité | 9 |
| Fiche 1 : Recommandations générales_Fièvre > 38° | 10 |
| Fiche 2 : Recommandations générales_Agitation | 12 |
| Fiche 3 : Recommandations générales_Chute | 14 |
| Fiche 4 : Recommandations générales_Épistaxis (Saignement du nez) | 16 |
| Fiche 5 : Recommandations générales_Hémorragie | 18 |
| Fiche 6 : Recommandations générales_Grosse jambe chaude | 20 |
| Fiche 7 : Recommandations générales_Plaie cutanée | 22 |
| Fiche 8 : Recommandations générales_Hypoglycémie | 24 |
| Fiche 9 : Symptôme neurologique_Traumatisme Crânien | 26 |
| Fiche 10 : Symptôme neurologique_Perte de connaissance | 28 |
| Fiche 11 : Symptôme neurologique_Suspicion AVC | 30 |
| Fiche 12 : Symptôme neurologique_Céphalée Aiguë | 32 |
| Fiche 13 : Syndrome cardio-respiratoire_Obstruction des voies aériennes supérieures | 34 |
| Fiche 14 Syndrome cardio-respiratoire_Difficulté respiratoire | 36 |
| Fiche 15 : Syndrome cardio-respiratoire_Douleur Thoracique | 38 |
| Fiche 16 : Syndromes digestifs_Douleurs abdominales | 40 |
| Fiche 17 : Syndromes digestifs_Vomissement | 42 |
| Fiche 18 : Syndromes digestifs_Diarrhée | 44 |
| Fiche 19 : Syndromes digestifs_Constipation | 46 |

FICHES INFO ET OUTILS

| | |
|---|----|
| Fiche Outil 1 : Surveillance TC ET CHUTES | 48 |
| Fiche Info 1 : Le secret Partagé | 49 |
| Fiche Info 2 : Le Dossier de liaison urgence | 52 |
| Fiche Info 3 : EHPAD | 53 |
| Fiche Outil 2 Fiche identité EHPAD | 54 |
| Fiche Outil 3 : Trousse de Régulation EHPAD/SAMU | 56 |
| Fiche Info 3 : Les directives anticipées | 58 |
| Fiche Info 4 : Samu Pallia | 59 |
| Fiche Info 5 : Aide à la mise en place de niveau de soins | 60 |
| Fiche Info 6 : Filière gériatrique | 62 |

| | |
|----------------|----|
| FICHES ANNEXES | 64 |
|----------------|----|

LES APPELS DE SECOURS



FICHE MEMO

La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représentent l'étape initiale qui conditionne le déclenchement des moyens de secours adaptés. En France, trois numéros d'urgence sont accessibles à la personne en détresse : 15, 18 et 112. Le 15 est hébergé dans le centre de réception et de régulation des appels (SAMU-CENTRE 15) et le centre de traitement de l'alerte (CTA-CODIS) 18 et 112 du SDIS. Les appels concernant les "urgences santé" doivent être adressées directement au SAMU/Centre 15. Les appels directs au 18/112 concernent plutôt les demandes de secours de diverses natures (incendie/inondations, sauvetage, secours et assistance à personnes etc.)

Quand je compose le "15", l'appel arrive au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA15) du Morbihan (Situé à Vannes). Le premier interlocuteur est l'Assistant de Régulation Médical (ARM). Il collige les renseignements essentiels (adresse, circonstances, état de la victime, antécédents...). L'appel est ensuite transmis à un médecin régulateur urgentiste ou généraliste qui affine et précise la situation médicale. L'ARM donne des conseils et peut selon la situation solliciter le transport du résident vers le service d'urgence ou l'intervention d'une ambulance ou d'un médecin. Selon l'urgence de la situation, il peut demander une équipe médicale préhospitalière (SMUR).

Qu'on appelle le 15 ou le 18, les deux centres se coordonnent pour apporter une réponse la plus adaptée possible.

Le médecin régulateur peut déclencher différents moyens d'intervention. S'agissant des ambulances, un moyen privé ou public (VSAV des sapeurs pompiers) peut-être mobilisé.

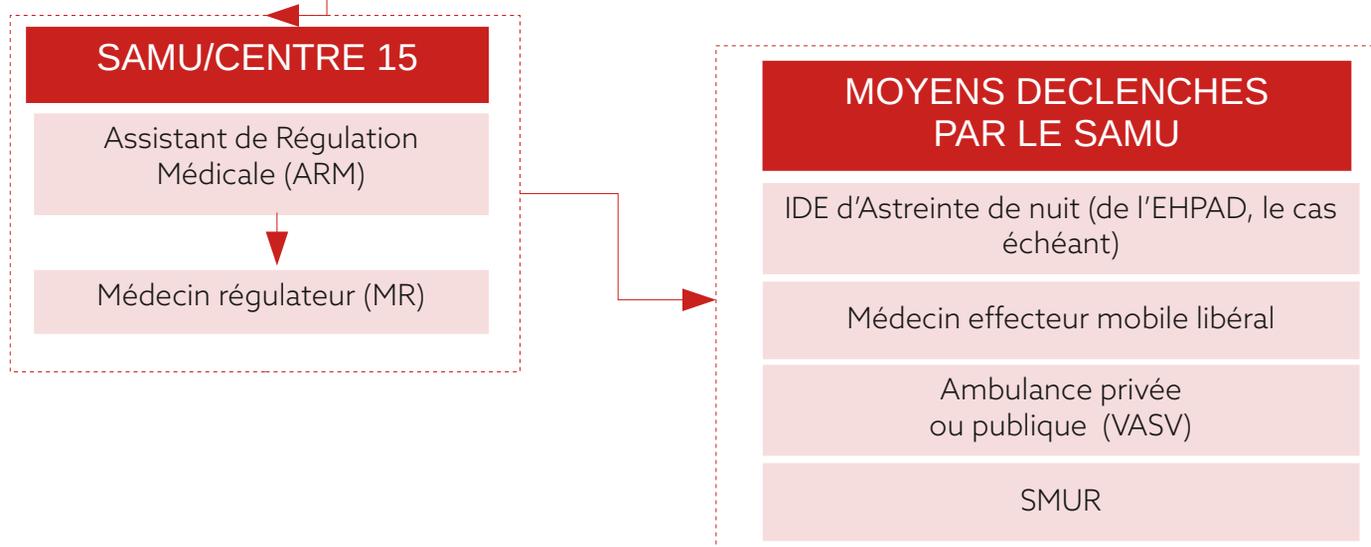
Les deux centres de réception des appels sont interconnectés au sens de la norme NF399 (téléphonie et informatique) pour optimiser la réponse apportée par la chaîne de secours et de soins d'urgence. Cela permet d'assurer le partage des données et des informations de localisation ainsi que le suivi de l'intervention jusqu'à son terme. Le SAMU-CENTRE 15 et le SDIS organisent chacun leurs interventions et assurent la maîtrise et le déclenchement des moyens et jusqu'à la fin des opérations.-Néanmoins c'est au médecin régulateur du SAMU-CENTRE 15 que reviennent toutes les décisions médicales concernant la prise en charge du résident, quel que soit le moyen d'intervention déclenché.

LES ACTEURS DU SAMU/CENTRE 15



FICHE MEMO

APPEL SAMU/CENTRE 15



LES ACTEURS DE LA RÉGULATION

L'ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE (ARM)

Il est le premier interlocuteur de l'appelant. Il est en charge de rassembler tous les éléments nécessaires, il qualifie et priorise la demande et transmet l'appel au médecin régulateur.

LE MÉDECIN RÉGULATEUR

Selon la nature de l'appel (aide médicale urgente ou continuité des soins), l'ARM transmet l'appel à un médecin régulateur urgentiste ou un médecin régulateur généraliste.

Il va décider, après un interrogatoire ciblé, de la réponse à la demande de soin. Il peut donner un simple conseil, décider l'envoi d'un effecteur (médecin effecteur, SOS médecin, IDE, médecin de garde) ou un moyen d'intervention (ambulance privée ou VSAV, SMUR), à la marge réaliser une prescription téléphonique. Si besoin, il peut utiliser les différents outils de communication, dont la vidéo régulation.

LE SMUR

Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation. Equipe hospitalière mobile constituée d'un ambulancier, d'un IADE/IDE et d'un médecin. Elle est déclenchée sur demande du médecin régulateur du SAMU pour intervenir rapidement auprès du résident et réaliser les soins d'urgence et de réanimation nécessaires. Elle rend compte au SAMU et assure si nécessaire le transport vers un service d'urgence avec le concours d'une ambulance privé ou d'un VSAV.

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 résident vers un établissement de soins. Elle peut être privée (TSP) ou publique (VSAV).

LES ACTEURS DE L'EFFECTION

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Selon la nature de l'appel et l'organisation territoriale, le médecin sollicité peut être le médecin traitant, le médecin de garde (permanence en maison médicale ou médecin effecteur mobile) ou SOS médecin ou le centre de soins non programmés (CSNP). Il assure la permanence des soins sur un secteur. Le médecin effecteur mobile et SOS médecin peuvent se déplacer sur demande du SAMU/Centre 15 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 transport du résident vers un service de soins,

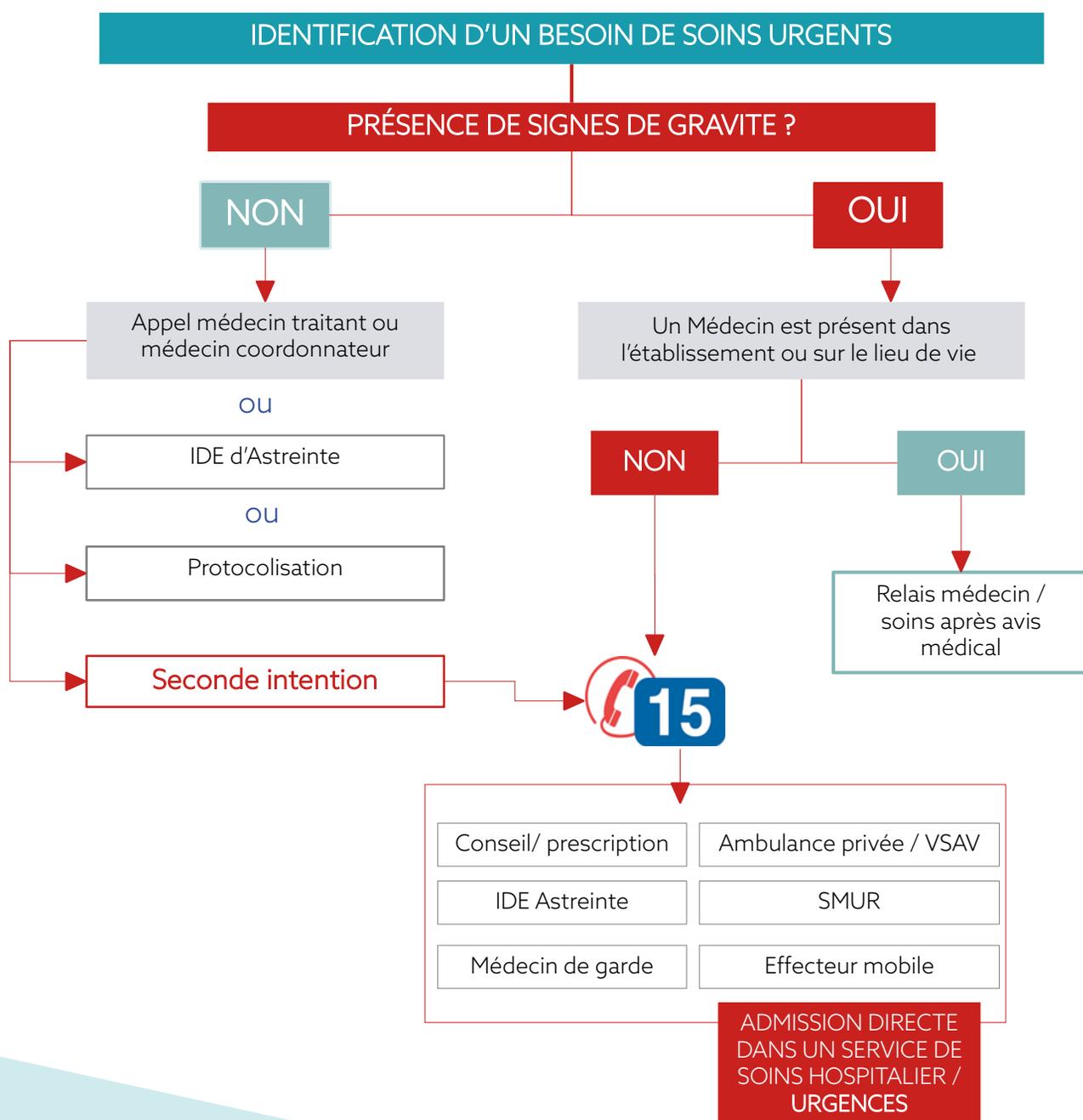
L'IDE D'ASTREINTE DE NUIT

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.

MODALITÉS DE GESTION D'UNE SITUATION URGENTE



FICHE MEMO



APPELER LE SAMU



FICHE MEMO

QUELQUES ÉLÉMENTS CLINIQUES A RECHERCHER

- État de conscience
- Gêne respiratoire avec ou sans détresse, signes de lutte ?
- Coloration de la peau et/ou présence de sueurs importantes ?
- Changement par rapport à l'état habituel ?

1- PRÉPARER LES INFORMATIONS AVANT L'APPEL

IDENTIFICATION DE L'APPELANT

- Nom
- Prénom
- Fonction
- Adresse
- Téléphone

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

- Nom
- Date de naissance
- Niveau de dépendance/degré d'autonomie /GIR
- Sexe
- Téléphone
- Localisation, code porte

À SAVOIR

Afin de faciliter la décision médicale la plus appropriée à la situation, l'assistant de régulation médicale doit constituer un dossier de régulation et prioriser les appels qui nécessitent une réponse urgente. Pour cela, il est important de **connaître le contexte**. La réponse du médecin peut en effet être différente en fonction du profil de la personne, de son état de santé antérieur, de ses pathologies en cours...

Si le résident est capable de s'exprimer, il est préférable de le laisser échanger directement avec le médecin régulateur.

2-RECUEILLIR LES DONNÉES DU CONTEXTE DE L'APPEL

- Les **circonstances** de survenue du problème de santé
- Les principaux **antécédents** (Cf DLU) : AVC, convulsions, infarctus, œdème pulmonaire, insuffisance respiratoire, diabète, cancer, intervention chirurgicale récente, troubles cognitifs ...
- Le **traitement** habituel notamment anticoagulants, insuline, médicaments pour le cœur
- Contexte palliatif éventuel** : Des soins palliatifs sont-ils mis en place pour la personne ? Existe-t-il des directives anticipées ? Fiche SAMU Pallia ? Procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA)

MESURER LES PARAMETRES VITAUX (seulement pour les personnes habilitées)



La mesure des paramètres vitaux étant parfois difficile à réaliser, la description clinique est toujours prioritaire

- Fréquence respiratoire
- Saturation en oxygène
- Fréquence cardiaque
- Pression artérielle
- Température corporelle
- Glycémie capillaire (dextro)
- Douleur
- Etat de conscience. (Ouverture des yeux, réponses verbales et motrices aux stimulations)

FICHE MEMO

LE SAED est un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel. L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis.*

S

Je décris la **Situation** actuelle concernant le résident :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M/Mme, prénom, nom du résident, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les **Antécédents** utiles, liés au contexte actuel :

Le résident a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ...

Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du résident est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours.*

E

Je donne mon **Evaluation** de l'état actuel du résident :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du résident s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma **Demande** (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le résident : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit **reformuler** brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis **conclure** par **sa prise de décision**.

*www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

SAMU/CENTRE 15

« Dossier Patient Remarquable SAMU »

Résident d'EHPAD



FICHE MEMO

Pourquoi créer un Dossier Patient Remarquable (DPR)?

Le DPR permet au régulateur d'avoir instantanément accès lors de la déclinaison de l'identité de la personne aux Dossiers de Régulation Médicale (DRM) et à certaines données administratives et médicales particulières (situation palliative, refus de réanimation ou d'hospitalisation etc.). Il s'agit d'un outil d'aide à la régulation.

Qui peut solliciter l'ouverture d'un DPR ?

- Le médecin traitant ou spécialiste du résident
- Le médecin coordonnateur de l'EHPAD
- Le médecin coordonnateur de l'HAD
- Le médecin hospitalier ou le médecin de l'équipe mobile intervenant auprès du résident (EMGT, EMSP, EMPPA etc.)

Des critères de sélection du résident ?

- Résident en soins palliatifs (Fiches « Samu Pallia »)
- Résident en prise en charge HAD
- Résident présenté par le médecin régulateur
- Résident présenté par le médecin traitant ou spécialiste
- Résident avec directives anticipées formalisées ou exprimant un refus d'hospitalisation
- Résident avec consultations médicales/recours aux urgences itératifs (après validation par le médecin responsable du service)

Qu'est-ce qui peut/doit figurer dans le DPR ? (cf. formulaire)

- Identité du résident (orthographe précise) + date de naissance + Poids
- Adresse précise de l'EHPAD, étage et numéro de chambre + coordonnées téléphoniques
- Identité et coordonnées téléphoniques de la (des) personne(s) ressource(s) éventuelle(s) (aidants, tutelle, professionnels de santé etc.)
- Nom du Médecin traitant
- ATCD notables, pathologie et informations pertinentes, directives anticipées
- Documents transmis (PJ) (notamment pour fiches « SAMU Pallia » et « HAS »)
- Dossier de Régulation Médicale affiliés au patient

Comment transmettre la demande d'ouverture d'un « dossier patient remarquable » ?

Par e-mail dans une boîte sécurisée à l'adresse suivante :

coordonnateur.samu56@ghba.fr

L'identification du résident en « personne remarquable » sera par la suite renseignée dans le logiciel de régulation du SAMU Centre 15.

Quand et comment mettre à jour cette fiche ?

En cas de changement important dans l'état de santé de la personne ou d'évolution de ses souhaits concernant sa prise en charge

Envoyer les informations à jour par mail aux adresses ci-dessus,

Lors du décès : envoyer l'information par e-mail au SAMU Centre 15 via les mêmes adresses.

SAMU/CENTRE 15

« Dossier Patient Remarquable SAMU » Résident d'EHPAD



FICHE MEMO

Date de la 1ère fiche :

Date de mise à jour :

RÉDACTEUR

| | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|
| Nom | | Téléphone | |
| Prénom | | Rue | |
| Statut/Profession | | Code Postal/Ville | |

PATIENT

| | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|
| Nom | | Téléphone | |
| Prénom | | Rue | |
| Date de naissance | | Code Postal/Ville | |

PERSONNE A PRÉVENIR

| | |
|-----------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Téléphone | |

MÉDECIN TRAITANT

| | |
|-----------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Téléphone | |

PERSONNE DE CONFIANCE DÉSIGNÉE OUI NON

| | |
|-----------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Téléphone | |

Accord de la personne pour transmettre les informations : OUI NON NE PEUT COMMUNIQUER

Suivi HAD OUI NON Si oui laquelle :

Connu de l'EMSP ou EMGT OUI NON Si oui laquelle :

| | |
|---|--|
| PATHOLOGIE PRINCIPALE | |
| Diagnostics associés à prendre en compte | |
| ATCD Notables | |
| Souhaits exprimés par la personne ? (Traitements, sédation, hospitalisation, décès à domicile...) | |

Directives Anticipées OUI NON Où se trouvent-elles ?

| |
|---|
| Résumé de la situation et/ou commentaires |
|---|

LES URGENCES VITALES



ARRET CARDIAQUE

Premiers gestes :

Débuter des compressions thoraciques et poser le
Défibrillateur

SUSPICION AVC

Premiers gestes :

Suivre les conseils du SAMU
(15)

COMA

Premiers gestes :

Mettre en position latérale de
sécurité (PLS)



DETRESSE RESPIRATOIRE

Premiers gestes :

Installer la personne en position
assise + mettre en place une
oxygénothérapie si possible

HEMORRAGIE

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**

A SAVOIR

Ce guide n'a pas pour vocation à se substituer à la formation AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes de 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

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





REPÉRER LES PRINCIPAUX SIGNES DE GRAVITE

Fiche
0

Méthode ABCDE

A

VOIES AÉRIENNES SUPERIEURES

LIBRES OU OBSTRUEES ?

Si obstruction totale Manœuvres de désobstruction immédiate

A RISQUE D'OBSTRUCTION ? :

Position latérale sécurité si trouble de la conscience

B

RESPIRATION

Fréquence respiratoire > 25 ou < 8

Signes de lutte (tirage, balancement)

Sueurs cyanose

Respiration bruyante

Incapacité à parler

C

CIRCULATION

Fréquence cardiaque > 120 ou < 50

Marbrures, sueurs, pâleur intense

Tension artérielle systolique < 100 mmHg ou > 200 mmHg

Douleur thoracique non traumatique

D

NEUROLOGIQUE

Troubles de la conscience

Echelle AVPU*

Convulsions

E

EXAMEN

Douleur intense ALGOPLUS > 3

Plaie hémorragique

| | | | |
|---|--------------|--------------|---|
| A | Alert | Consciente | La victime a conscience de ce qui se passe autour d'elle. |
| V | Verbal | Parole | La victime répond aux commandes verbales. |
| P | Pain | Douleur | La victime réagit aux stimuli douloureux. |
| U | Unresponsive | Sans réponse | La victime ne réagit pas aux stimuli douloureux. |



Recommandations générales

FIÈVRE > 38.5°C

1

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

► Rechercher les signes de gravité – **Voir fiche 0**

► Il faut noter

- L'heure de la prise de T° élevée et le mode de prise (rectal, auriculaire, creux axillaire, pli de l'aîne, etc.). Revérifier toujours une deuxième fois la température par une nouvelle prise en ayant découvert le résident

► Rechercher les signes associés :

- Déshydratation (vérifier les apports hydriques des jours précédents)
- Céphalées **voir fiche n°12**
- Des frissons, marbrures
- Toux, encombrements, expectoration
- Douleurs abdominales, diarrhée, vomissements
- Des signes urinaires fonctionnels

Signes de gravité



L'IDE et le 15

Absence de signes de gravité



L'IDE pour l'évaluation

- Apprécier la température de la pièce, la rafraîchir si besoin.
- Ne pas couvrir le résident, voir le découvrir.
- Faire boire le résident s'il est conscient et sans risque de fausse route



Recommandations générales

FIÈVRE > 38.5°C

1

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité – **Voir fiche 0**
- ▶ Rechercher les signes de choc septique
 - Mesurer la Pression artérielle, marbrures, etc.
- ▶ Rechercher une cause simple
 - Faire systématiquement une bandelette urinaire, vérifier la prise de neuroleptique ou la mise sous antibiotique depuis moins de 48h.
- ▶ Noter l'heure de prise du paracétamol si traitement habituel

Signes de gravité



Le 15

Et poser une voie veineuse
selon les recommandations
du 15

Absence de signes de gravité



Le Médecin traitant
ou le Médecin Co
Surveiller en attendant

- ▶ Donner 1g de PARACETAMOL per os si prescription anticipée en vérifiant qu'il n'y ait pas eu de prise dans les 4 heures précédentes, évaluer l'efficacité à 30 minutes.



Recommandations générales

AGITATION

*Comportement perturbant inhabituel -
Appel à l'aide d'un résident (problème
physique ou moral)*

2

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

► Rester calme, dans un environnement rassurant, accepter un certain degré d'agitation

- Lumière douce (ni obscurité ni plein éclairage), Prothèses auditives en place,
- Parler avec douceur en se mettant à sa hauteur, rassurer et faire diversion (chant, histoire, comptine...),
- Si besoin de déambuler : balade brève dans le couloir ou proposer d'aller aux toilettes,
- Proposer à boire +/- à manger en l'aidant si besoin,
- Contact physique si accepté par le résident (prendre la main, réconforter...), Vérifier les constantes,
- Vérifier miction et transit intestinal

► IMPORTANT :

- Ne pas attacher
- Ne pas laisser seul ou enfermer
- Ne pas être autoritaire ou agressif
- Ne pas sermonner, punir le résident

Devant ces troubles inhabituels



L'IDE



Recommandations générales

AGITATION

*Comportement perturbant inhabituel -
Appel à l'aide d'un résident (problème
physique ou moral)*

2

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Ne jamais donner de calmant sans prescription médicale
- ▶ Rechercher une cause dans le dossier médical :
 - Pathologies en cours, douleurs diverses, modification récente de traitement
 - Dans les transmissions soignantes : le transit, les mictions, l'alimentation, l'hydratation, le poids, un évènement personnel ou concernant la résidence, une chute récente
- ▶ Rechercher une cause auprès du résident :
 - Une douleur
 - Un trouble de la glycémie capillaire au doigt (dextro) voir [fiche n°8](#)
 - Un globe vésical voir [fiche n°16](#)
 - Une absence de selles >3 jours voir [fiche n°19](#)
 - Une déshydratation : pas de boisson, fièvre, langue sèche et faire boire si besoin
 - Une variation tensionnelle
 - Une désaturation entre autre une orthopnée (désaturation couché améliorée en position assise)

**Si anomalies aux
questions précédentes**



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co
ou le 15 si indisponibles**

**Si persistance
des troubles inhabituels
mais en l'absence
de signes de gravité**



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co
Le signaler dans
les transmissions**



Recommandations générales

CHUTE

Le résident est retrouvé au sol

3

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Rechercher les signes de gravité – **Voir fiche 0**
- ▶ En cas de signes de gravité, de déformation d'un membre ou de douleur intense, installer le résident sur le lieu de la chute confortablement sans le déplacer
- ▶ Observation initiale au sol
- ▶ Noter l'heure, estimer le temps passé au sol
- ▶ Rechercher des facteurs de gravité propres à la chute
 - Traumatisme crânien (TC) **voir fiche n°9**
 - Déformation d'un membre
 - Plaie ou hématome importants **voir fiches n° 5 et 7**
 - Zone spontanément douloureuse ou retrouvée à la palpation Impotence fonctionnelle d'un membre, douleur cervicale Temps passé au sol >1h
- ▶ Noter l'heure du dernier repas en cas d'hospitalisation

Signes de gravité



L'IDE
et si indisponible
Médecins ou 15

Absence de signes de gravité **Relever le résident**



L'IDE
Remplir la fiche de
déclaration de chute
Mettre en place
une surveillance



Recommandations générales

CHUTE

Le résident est retrouvé au sol

3

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Recontrôler l'ensemble des éléments précédents
- ▶ Rechercher les signes de gravité – **Voir fiche 0**
 - Suspicion de fracture
 - Impotence fonctionnelle d'apparition brutale ou paralysie apparue au décours de la chute
 - Plaie importante ou saignement abondant [voir fiches n°5 et 7](#)
- ▶ Signaler la prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant
- ▶ Noter l'heure du dernier repas en cas d'hospitalisation

Signes de gravité



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co
ou le 15 si indisponibles**

Absence de signes de gravité

Mettre en place la fiche
de surveillance TC et chute
jusqu'à évaluation médicale
Voir fiche outils surveillance



Recommandations générales

ÉPISTAXIS

Saignement de nez

4

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Mettre le résident en position assise, en lui maintenant la tête penchée en avant.
- ▶ Faire moucher le résident fortement narine par narine.
- ▶ Pincer les deux narines à la racine du nez pendant 15 min sans relâcher
- ▶ Prendre la tension et le pouls

Si l'épistaxis persiste
après compression



L'IDE

Maintenir la pression sur la narine
en attendant son arrivée,
Noter sur les transmissions



CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Si le saignement persiste malgré la compression, faire moucher le patient de façon énergique et bilatérale puis placer un tampon dans chaque narine : compresse au mieux de l'Alginate (Type COALGAN[®]).
- ▶ Nettoyer la bouche du résident
- ▶ Rechercher la prise de médicament :
 - Anticoagulant : Héparine, Calciparine, HBPM, NACO (Pradaxa[®], Xarelto[®], Eliquis[®])
 - Anti-vitamine k (Sintrom[®], Previscan[®], Coumadine[®])
 - Sortir le dernier INR
 - Antiagrégant plaquettaire (Aspirine, Plavix[®]).
 - AINS
- ▶ Rechercher une pathologie hémorragique connue

**Si le saignement est abondant
ou persiste malgré les bons gestes,
ou si signes de gravité**



Le 15
en attendant le Médecin
repandre la compression
des deux narines à la racine du nez



Recommandations générales

HÉMORRAGIE

5

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Laisser un soignant près du résident et aller chercher le chariot d'urgence.
 - Le résident évacue du sang par la bouche (sang rouge ou noir) : Mettre le patient en position demi assise au lit s'il est conscient ou en décubitus latéral de sécurité (PLS) si trouble de la conscience.
 - Le résident évacue du sang par voie basse (sang rouge ou noir) : anus, vagin, méat urinaire : Allonger le résident et mettre une protection sèche.
 - Pour tout saignement cutané (plaies, varices) : Maintenir une compression et appeler l'ide

Signes de gravité
ou hémorragie
abondante



Le 15 et l'IDE

Absence de signes de gravité
ou hémorragie
de faible abondance



L'IDE pour
l'évaluation



Recommandations générales

HÉMORRAGIE

5

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Instaurer une surveillance des constantes et du saignement.
- ▶ Vérifier la provenance du sang, les pathologies en cours.
- ▶ Vérifier si prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant.
 - Le résident évacue du sang par la bouche (sang rouge ou noir)
 - Crachats sanglants : rechercher une toux, des douleurs abdominales ou thoraciques, de la fièvre.
 - Vomissements de sang : notion d'alcoolisme, de cirrhose, cancer digestif ou pulmonaire etc.
 - Le résident évacue du sang par l'anus (sang rouge ou noir) :
 - Évaluer s'il s'agit d'un saignement hémorroïdaire bref à la suite d'une défécation ou d'un saignement abondant ou persistant.
 - La résidente évacue du sang par le vagin :
 - Après vérification que le sang est bien d'origine vaginale, évaluer la quantité.
 - Le résident évacue du sang par le méat urinaire :
 - Prélever un ECBU
 - Si présence d'une sonde urinaire : notion d'arrachage

Signes de gravité



Le 15
Poser une voie
Veineuse selon
recommandation du 15

Sans signes de gravité saignement de faible abondance



Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co



Recommandations générales

GROSSE JAMBE CHAUDE

Jambe douloureuse, rouge

6

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Apprécier l'augmentation de volume par rapport au côté opposé. Ne pas mobiliser le résident.
- ▶ Installer le résident confortablement et caler la jambe atteinte.
- ▶ Prendre la température
- ▶ Rechercher les signes de gravité spécifiques :
 - Une respiration rapide associée à un pouls supérieure à 100
 - Une douleur vive localisée à la jambe ou au pied ou une douleur thoracique.
 - Une apparition brutale des troubles (moins de 12 heures), une désorientation récente, un retour d'hospitalisation.

Dans tous les cas



L'IDE
et si indisponible
Médecins ou 15



Recommandations générales

GROSSE JAMBE CHAUDE

Jambe douloureuse, rouge

6

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité – **Voir fiche 0**
- ▶ Rechercher signes de gravité spécifiques
 - Gêne respiratoire et/ou désaturation en O_2 /Tachycardie >120
 - Hypotension
 - Douleur thoracique et/ou douleur vive localisée à la jambe ou au pied. Une brutalité d'apparition des troubles (moins de 12 heures).
 - Un retour d'hospitalisation, une désorientation récente.
- ▶ Rechercher
 - Des antécédents de phlébite, d'érysipèle, de traitement anticoagulant
 - Un diabète
 - Une insuffisance cardiaque
 - Une intervention chirurgicale, un alitement, un traumatisme récent, un cancer
 - Une porte d'entrée infectieuse (ulcère de jambe, cor infecté, un soin pédicure récent etc.)

Signes de gravité



Le 15

Absence de signes de gravité



Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co



Recommandations générales PLAIE CUTANÉE

7

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ **Rechercher les signes de gravité – Voir fiche 0**
 - Décollement cutané:
 - Un coup, ou une contention, peuvent entraîner un décollement cutané avec mise à nu des tissus sous-jacents (graisse – muscle – os)
 - Il s'agit d'une urgence de soins infirmiers
- ▶ **Plaie franche : si saignement comprimer la plaie**
 - Si suspicion de fracture, ne pas déplacer le résident sinon l'allonger pour éviter un malaise.
- ▶ **Si plaie du scalp : risque hémorragique+++ voir fiche n°5**
- ▶ **Saignement d'une varice des membres ou d'une fistule de dialyse :**
 - Allonger le patient en surélevant le membre et comprimer.

Signes de gravité



L'IDE ou Médecin
et le 15 si indisponibles
Maintenir la compression
sur la plaie

Absence de signes de gravité généraux ou spécifiques



L'IDE



Recommandations générales PLAIE CUTANÉE

7

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité – **Voir fiche 0**
- ▶ Vérifier si traitement anticoagulant
- ▶ Si le saignement est abondant :
 - Maintien d'une compression et mise en place d'une surveillance pour prévenir le choc hémorragique en attendant l'arrivée des secours.
- ▶ **Décollement cutané** : cicatrisation, reposer proprement la zone décollée sur la zone à vif, recouvrir d'un tulle gras ou urgotul®.
- ▶ **Plaie franche** : Comprimer la plaie

Si traitement inefficace



Le 15
maintenir la compression
sur la plaie et
pratiquer les premiers
gestes d'urgence

Si traitement efficace

Nettoyer la plaie,
faire un pansement.
La suture devra être faite
dans un délai de 6 heures

- ▶ Si plaie du scalp : risque hémorragique +++ voir fiches annexes et fiche 5
- ▶ Saignement d'une varice des membres ou d'une fistule de dialyse
 - Allonger le patient en surélevant le membre et comprimer la plaie en attendant l'arrivée des secours.
- ▶ Vérifier si le vaccin antitétanique est à jour.



Recommandations générales

HYPOGLYCÉMIE

Malaise chez un patient diabétique

Glycémie inférieure à 0,6g/l ou 3,4 mmol/l

8

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Chez un patient diabétique
- ▶ Suspicion d'hypoglycémie :
 - Si brutalement malaise, chute, agitation, confusion, fatigue inhabituelle, sueurs, palpitations, sensation de faim anormale
- ▶ Devant une forte présomption d'hypoglycémie :

Résident inconscient



Mettre en Position
Latérale de Sécurité
Appeler le 15
Et prévenir l'IDE

Résident conscient



L'IDE
En l'absence de troubles
de la déglutition,
resucrage par la bouche
par sucre rapide
(morceaux de sucre
ou jus de fruit)



Recommandations générales

HYPOGLYCÉMIE

Malaise chez un patient diabétique

Glycémie inférieure à 0,6g/l ou 3,4 mmol

8

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

► Faire une glycémie capillaire au doigt

Résident inconscient



Appeler le 15

Préparer :

- la pose d'une voie veineuse périphérique avec du G 10%, G5% ou du NaCl 0,9%.
- 20mL de G30%

Si la VVP est impossible,

- Aller chercher du
GLUCAGEN® 1mg

Informez le Médecin régulateur
de la disponibilité du traitement
en voie intramusculaire

Résident conscient



En l'absence de troubles
de la déglutition
resucrage per os
et contrôle glycémique

Recherche de l'origine
de l'hypoglycémie

**Transmission au Médecin
Traitant**

- Dans tous les cas,
- Mettre sous surveillance, reconstrôler la glycémie
- Rechercher l'origine de l'hypoglycémie : enquête (température, alimentation etc.)



Symptômes neurologiques **TRAUMATISME CRÂNIEN**

*Plaie ou hématome de la tête et
chute ou choc sur la tête*

9

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Observation initiale et surveillance
- ▶ Rechercher les signes de gravité généraux **voir fiche 0**
- ▶ Rechercher des facteurs de gravité propres au TC :
 - Perte de connaissance **voir fiche 10**
 - Trouble de la conscience, perte de conscience initiale brève
 - Plaie ou hématome
 - Saignement (bouche, oreilles, nez)
 - Une douleur du cou
- ▶ **Signaler :**
 - Une paralysie, une perte de parole ou une impotence fonctionnelle d'un membre
 - Un vomissement et/ou une céphalée
 - Un trouble brutal du comportement
 - Patient sous anticoagulant

Signes de gravité



**L'IDE ou Médecin
et le 15**

Absence de signes de gravité généraux ou spécifiques



L'IDE

- ▶ Protocole de Surveillance TC
 - Toutes les 2 heures pendant 6h
 - Puis toutes les 4h pendant 20 h
- Voir fiches annexes



Symptômes neurologiques **TRAUMATISME CRÂNIEN**

*Plaie ou hématome de la tête et
chute ou choc sur la tête*

9

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité généraux voir fiche 0
- ▶ Rechercher :
 - Des antécédents neurochirurgicaux
 - Une prise médicamenteuse
 - Anticoagulant : Héparine, Calciparine, HBPM, NACO (Pradaxa[®], Xarelto[®], Eliquis[®])
 - Anti-vitamine K (Sintrom[®], Previscan[®], Coumadine[®]) et sortir le dernier INR
 - Antiagrégant plaquettaire (Aspirine, Plavix[®]).
- ▶ Vérifier la surveillance débutée par les AS/AMP
- ▶ Protocole de Surveillance TC voir fiches annexes
 - Toutes les 2 heures pendant 6h : Glasgow si possible, taille, symétrie et réaction pupillaire, pouls, tension, fréquence respiratoire, température, saturation en O₂, motricité...
 - Puis toutes les 4h pendant 20h

**Prise d'antiagrégants, d'anticoagulants,
ou apparition de signes de gravité
lors de la surveillance**



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co
ou le 15**



Symptômes neurologiques

PERTE DE CONNAISSANCE

Patient qui respire sans notion de chute

10

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ En l'absence de reprise immédiate de conscience :
- ▶ Rechercher les signes de gravité voir fiche 0
- ▶ Laisser le résident au sol et l'allonger
- ▶ Libérer les voies aériennes
- ▶ Enlever ce qui est dans la bouche dont les prothèses dentaires, car risque de les avaler
- ▶ Mise en position latérale de sécurité (PLS)
- ▶ Donner l'alerte et revenir surveiller le résident jusqu'à l'arrivée des secours

Signes de gravité



Le 15
et l'IDE de l'EHPAD
pour transmettre
l'information

En cas de reprise de
connaissance immédiate,
prendre les paramètres vitaux



L'IDE pour
transmission



Symptômes neurologiques

PERTE DE CONNAISSANCE

Patient qui respire sans notion de chute

10

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité généraux voir **fiche 0**
- ▶ Vérifier les paramètres vitaux dont la glycémie capillaire au doigt (Dextro)
- ▶ Si hypoglycémie voir **fiche n°8**
- ▶ Si paralysie voir **fiche AVC n° 11**
- ▶ Si mouvements convulsifs :
 - Vérifier si prescriptions anticipées et les appliquer chez un épileptique connu

Si le médicament est inefficace ou en l'absence de prescription



Le 15 et prévenir le Médecin Traitant ou Le Médecin Co

En cas de reprise de connaissance immédiate, prendre les paramètres vitaux



Revoir avec le Médecin Traitant ou le Médecin Co pour la conduite à tenir

- ▶ Si douleurs thoraciques ou pouls irréguliers voir **fiche n°15**
- ▶ Réaliser un ECG si possible et rechercher les ECG précédents



Symptômes neurologiques **SUSPICION AVC**

11

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

RAPPEL

*Brutale paralysie ou faiblesse d'un membre,
et/ou un trouble du langage
et/ou une déformation de la bouche
et/ou un déficit visuel
et/ou des vertiges d'apparition brutale*

- ▶ Rechercher les signes de gravité voir fiche 0
- ▶ Libérer les voies aériennes supérieures.
- ▶ Retirer le dentier.
- ▶ Laisser le résident en position allongée stricte. Ne pas le faire marcher.
- ▶ Si trouble de conscience, si vomissement mettre en position latérale de sécurité (PLS).
- ▶ Noter l'heure de début du trouble ou bien l'heure où le résident a été vu normal pour la dernière fois.
- ▶ Laisser à jeun (ni aliment, ni boisson, ni traitement) pour éviter les fausses routes.

Score FAST

Face = paralysie de la face > Faire sourire

Arm = déficit / engourdissement du bras et / ou jambe

Speech = aphasie / dysarthrie > Faire répéter « le soleil brille »

Time = heure précise de début des symptômes



Dans tous les cas

**Le 15 et l'IDE de l'EHPAD
pour transmettre l'information
Chaque minute compte...**



CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

RAPPEL

*Brutale paralysie ou faiblesse d'un membre,
et/ou un trouble du langage
et/ou une déformation de la bouche
et/ou un déficit visuel
et/ou des vertiges d'apparition brutale*

- ▶ Vérifier la Pression Artérielle et le pouls, la température et faire une glycémie capillaire au doigt (Dextro)
 - En cas d'Hypoglycémie, « re sucrer » le résident selon protocole hypoglycémie [voir fiche n°8](#)
- ▶ Vérifier le traitement du résident et la dose prise.
- ▶ Rechercher la prise d'anticoagulant et/ou d'antiagrégant.
- ▶ Regarder s'il existe un ATCD d'AVC et/ou d'épilepsie

Score FAST

Face = paralysie de la face > Faire sourire

Arm = déficit / engourdissement du bras et / ou jambe

Speech = aphasie / dysarthrie > Faire répéter « le soleil brille »

Time = heure précise de début des symptômes



**Même pour des symptômes
transitoires ou persistants**

**Le 15
Chaque minute compte...**



Symptômes neurologiques

CÉPHALÉE AIGUË

Mal de tête inhabituel

12

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Rechercher les signes de gravité, voir fiche 0
- ▶ Prendre la Pression Artérielle
- ▶ Prendre la température
- ▶ Mettre le résident dans une pièce calme et peu éclairée
- ▶ Rechercher des signes associés récents :
 - Douleurs d'un œil, trouble visuel, larmoiement
 - Chute (jusqu'à un mois auparavant)
 - Trouble de l'équilibre, de la marche
 - Propos incohérents apparus de manière récente ou brutale
 - Paralysie ou faiblesse d'un membre
 - Vomissements
 - Pression artérielle systolique supérieure à 200 mmHg.

Signes de gravité



le 15

Absence de
signes de gravité



L'IDE pour
l'évaluation



Symptômes neurologiques

CÉPHALÉE AIGUË

Mal de tête inhabituel

12

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité généraux voir **fiche 0**
 - Si Pression Artérielle > 200/110
- ▶ Rechercher des troubles visuels, douleurs thoraciques, douleurs abdominales, signes neurologiques...
 - Si hypertendu connu
- ▶ Vérifier les paramètres vitaux dont glycémie capillaire au doigt (Dextro)
- ▶ Si hypoglycémie voir **fiche n°8**
- ▶ Si paralysie voir **fiche AVC n° 11**
- ▶ Si mouvements convulsifs :
 - Vérifier si prescription anticipée et l'exécuter chez un épileptique connu

Si le médicament est inefficace ou en l'absence de prescription



Le 15 et prévenir le Médecin Traitant ou le Médecin Co

Si le médicament est efficace



Revoir avec le Médecin Traitant ou le Médecin Co Pour la conduite à tenir



Symptômes cardio respiratoire

OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

13

CE QU'IL FAUT FAIRE

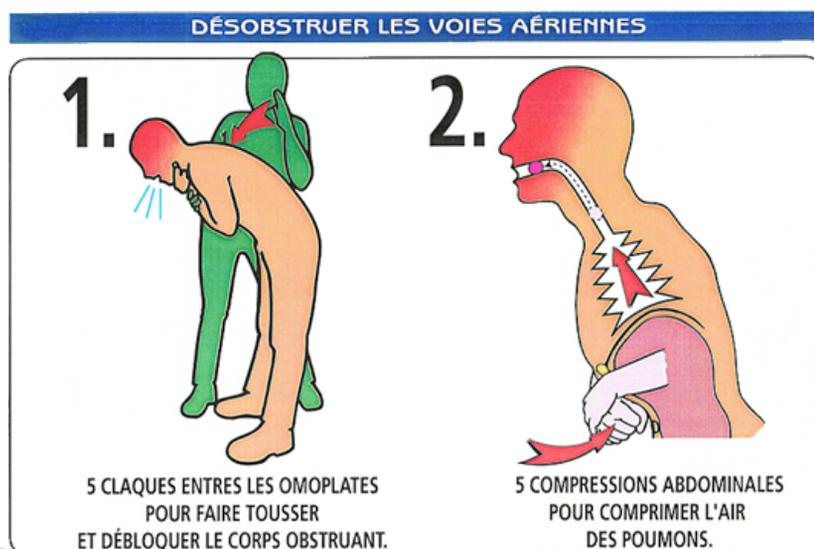
AS/AMP/IDE

- ▶ L'obstruction est partielle : le sujet tousse
 - Respecter la position spontanée du résident
 - Respecter cette toux
 - Surveiller, ne faire aucun geste
- ▶ L'obstruction est totale : impossibilité de parler, de respirer, de tousser
 - C'est **une urgence vitale** sans aucun matériel
 - Débuter par des **claques dorsales*** (jusqu'à 5 claques) **1**
 - Si échec, la **manœuvre de Heimlich*** n'importe où, par n'importe qui **2**

En cas d'obstruction totale



le 15





CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP/IDE

1. Effectuer 5 claques dorsales

- Laisser le résident dans sa position
- Se placer sur le côté et légèrement en arrière du résident
- Soutenir le thorax avec une main
- Pencher le résident vers l'avant
- Donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates avec le talon de la main ouverte



2. Si échec, Effectuer jusqu'à 5 fois la manœuvre de Heimlich

- Entourer la taille de ses bras, mettre une main en poing au creux de l'estomac. Saisir son poing et appliquer une brusque pression en remontant.
 - **Sujet debout** : se placer derrière le résident
 - **Sujet en fauteuil** (non verticalisable) : se placer derrière le dossier du fauteuil
 - **Sujet couché et obèse** : effectuer jusqu'à 5 compressions thoraciques



Le résident ne reprend pas sa respiration et perd conscience



Le résident est inconscient, il reprend sa respiration



Le résident est conscient, il reprend sa respiration



Malgré les manœuvres, il s'agit d'un arrêt cardiaque
Débuter immédiatement les compressions thoraciques
Rappeler le 15

le 15

S'il est inconscient : PLS
Surveillance continue en attendant l'arrivée des secours
O² avec masque à haute concentration (15 l/mn).

nettoyage de bouche si nécessaire
et transmission au Médecin Traitant ou au Médecin Co



CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

RAPPEL

La tachypnée = respiration rapide (> 20/mn)

La bradypnée = respiration lente (< 10/mn)

La polypnée = respiration rapide (> 20/mn) et superficielle

L'orthopnée = difficulté respiratoire en position allongée

- ▶ Ne pas perdre son sang-froid (ça augmente l'angoisse du malade)
- ▶ Mettre le résident en position assise, le rassurer. .
- ▶ Vérifier l'absence d'obstruction buccale ou nasale.
- ▶ Rechercher contexte et signes d'accompagnement :
 - Dyspnée apparue au cours d'un repas **voir fiche 13**
 - Douleurs thoraciques **voir fiche 15**
 - Ventilation bruyante
 - Crachats sales, mousseux...
 - Fièvre (prise de température) **voir fiche 1**
- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**

Signes de gravité



Le 15
puis l'IDE

Absence de
signes de gravité



L'IDE



CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

► **Rechercher les signes de gravité spécifiques**

- Dyspnée apparue au cours d'un repas **voir fiche n°13**
- Douleurs thoraciques **fiche n°15** > ECG
- Ventilation bruyante > Saturation
- Crachats sales, mousseux... > Aspiration
- Fièvre et/ou frissons > prise de température

► **Si saturation en O² < 90% (hors insuffisance respiratoire chronique)**

- Objectif de saturation entre 94 et 98% sous oxygène : oxygénothérapie au masque à haute concentration (15 l/mn ou le maximum possible).

► **Si insuffisance respiratoire chronique connue avec décompensation**

- Oxygénothérapie au masque à haute concentration (15 l/mn ou le maximum possible) à réévaluer rapidement par le Médecin régulateur du SAMU.

Signes de gravité



le 15

Absence de signes de gravité



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co
ou le 15**



DOULEUR THORACIQUE

*Douleur d'apparition brutale
siégeant au niveau du thorax*

15

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Préciser les caractéristiques de la douleur
 - Heure de début
 - Douleur qui serre autour de la poitrine (= constrictive)
 - Irradiation (*propagation*) de la douleur dans les bras et/ou dans le cou, et/ou dans les mâchoires
 - Notion de traumatisme, choc ou chute, dans les heures qui précèdent l'apparition de la douleur
 - Antécédents de douleurs identiques
- ▶ Décrire les signes d'accompagnement
 - Nausées, vomissements, palpitations, sueurs, difficultés respiratoires, anxiété, confusion ou troubles récents du comportement

Signes de gravité



**Le 15 et l'IDE de
l'EHPAD pour
transmission**

Absence de signes de gravité



**l'IDE /le Médecin Co
le 15 s'ils ne peuvent
pas venir rapidement**



Symptômes cardio respiratoire

DOULEUR THORACIQUE

*Douleur d'apparition brutale
siégeant au niveau du thorax*

15

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ En cas de signes de gravité voir **fiche 0**, d'ATCD de pathologie coronarienne, ou si la douleur est constrictive ou irradiée,
Appeler le 15 rapidement
 - Si prescription anticipée et protocolisée, faire valider par le Médecin régulateur du 15 puis l'appliquer.
 - Si matériel disponible faire un ECG.
- ▶ En l'absence de signes de gravité : si traumatisme récent, choc ou chute, rechercher des signes en faveur d'une douleur de paroi :
 - Localisation précise de la douleur, majorée par la pression,
 - Hématome en regard
 - Fracture de côtes probable
 - Sans traumatisme récent, surveillance des constantes.
- ▶ Dans tous les cas :
 - Évaluer la douleur (Algoplus), si prescription anticipée et en l'absence de prise dans les 4 dernières heures : donner 1g de PARACETAMOL per os et évaluer l'efficacité à ½ heure.
 - Installer confortablement le résident et le surveiller

**Absence de soulagement
dans l'heure ou apparition
de signes de gravité**



Le 15

**Absence de
signes de gravité**



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co**

- ▶ En attendant le Médecin, si matériel disponible, faire un ECG.
- ▶ Rechercher les antécédents cardiaques et respiratoires et sortir la liste du traitement en cours.



Symptômes digestifs

DOULEURS ABDOMINALES

*Douleurs d'apparition brutale
siégeant au niveau du ventre*

16

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Allonger le résident au calme.
- ▶ Mesurer la température.
- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Rechercher les signes de gravité spécifiques :
 - Vomissement (alimentaire, bilieux, fécaloïde...) à plusieurs reprises (Quantité, aspect, mêlé de sang rouge ou noir) **voir fiche n°17**
 - Absence de selles depuis plus de 3 jours **voir fiche n°19**
 - Diarrhée récente (quantité, fréquence, aspect) **voir fiche n°18**
 - Sang (rouge ou noir) dans les selles **voir fiche n°5**
 - Urines rouges ou caillots, miction impossible (rétention d'urine) **voir fiche n°5**
 - Pâleur extrême, ictère (peau jaune)
- ▶ Rechercher les éléments associés :
 - Gonflement et/ou cicatrices abdominales, stomie, masse abdominale, agitation ou somnolence

Signes de gravité



Le 15

Absence de
signes de gravité



l'IDE



Symptômes digestifs

DOULEURS ABDOMINALES

*Douleurs d'apparition brutale
siégeant au niveau du ventre*

16

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité voir fiche 0 Prendre le pouls et la TA aux deux bras
- ▶ Prendre les pouls fémoraux.
- ▶ Rechercher les signes de gravité spécifiques :
 - Le ventre est dur, ou ballonné (de manière inhabituelle) La douleur augmente à la palpation
 - Présence d'un fécalome ou d'un globe vésical voir fiche n°20
 - Masse inhabituelle (hernie)
 - Douleur thoracique associée voir fiche n°16
- ▶ En l'absence de signes de gravité,
 - Constipation depuis plus de 3 jours, voir fiche n°20
 - Pas de constipation : 1 comprimé de SPASFON LYOC[®] sublingual,
 - Si la douleur se calme prendre rendez-vous avec le Médecin le plus rapidement possible.
- ▶ Toujours vérifier l'existence d'un protocole personnalisé sur les douleurs récurrentes. Si présent, l'appliquer en l'absence de signes de gravité.

Signes de gravité



Le 15

Si traitement efficace



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co**

- ▶ En attendant le Médecin, rechercher les antécédents chirurgicaux et vasculaires et sortir la liste des traitements en cours



Symptômes digestifs

VOMISSEMENT

Émission d'aliments digérés, de bile ou de glaire par la bouche

17

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Nettoyer la bouche à l'eau claire, enlever les prothèses.
- ▶ Prendre la température.
- ▶ Installer le résident en position assise. Si impossible, le mettre en Position Latérale de Sécurité (PLS) et le faire respirer doucement.
- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Rechercher des signes spécifiques
 - Notion de Traumatisme Crânien **voir fiche n°9**
 - Présence dans le vomissement de sang rouge ou noir, de selles **voir fiche n°5**
 - Notion de douleurs abdominales **voir fiche n°16**
 - Notion de douleurs thoraciques **voir fiche n°15**
- ▶ En l'absence de signes de gravité, rechercher une cause simple :
 - Toux en quintes, fausse route
 - Repas pris trop rapidement ou trop copieux,
 - Ingestion d'alcool
 - Constipation importante (date des dernières selles)
 - Diarrhée associée (gastro-entérite)
 - Contrariétés psychologiques, angoisse

Signes de gravité



L'IDE
Et si indisponible
Médecins ou 15

Absence de signes de gravité



Prévenir l'IDE et poursuivre la surveillance pendant 24h (Pouls, tension, température, vomissement, diarrhée, protocole prévention de la déshydratation)



Symptômes digestifs

VOMISSEMENT

Émission d'aliments digérés, de bile ou de glaire par la bouche

17

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Rechercher les signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Rechercher des signes spécifiques
 - Notion de Traumatisme Crânien **voir fiche n°9**
 - Présence dans le vomissement de sang rouge ou noir, de selles voir **fiche n°5**
 - Notion de douleurs abdominales **voir fiche n°16**
 - Notion de douleurs thoraciques **voir fiche n°15**
- ▶ Rechercher d'autres causes simples :
 - Prise d'un nouveau traitement émétisant
 - Chimiothérapie
 - Fécalome (surveillance des selles)
- ▶ Rechercher d'autres cas identiques (résidents et personnel) faisant craindre une Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC)
- ▶ Poursuivre la surveillance pendant 24 heures :
 - Pouls, tension, température, vomissement, diarrhée.
- ▶ Prévenir la déshydratation :
 - En cas de vomissements répétés et constatés, appeler le Médecin

Signes de gravité



le Médecin Traitant
ou le Médecin Co
ou le 15 si indisponibles

Absence de signes de gravité



Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co

- ▶ En attendant le Médecin, si matériel disponible, faire un ECG.
- ▶ Rechercher les antécédents cardiaques et respiratoires et sortir la liste des traitements en cours



Symptômes digestifs

DIARRHÉE

Plus de 4 selles liquides /jour

18

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Vérifier l'absence de signes de gravité **voir fiche 0.**
- ▶ Prendre la température.
- ▶ Noter la fréquence, l'aspect, l'odeur des selles.
- ▶ Noter s'il existe un ou des vomissements et ce que le résident a mangé.
- ▶ Appliquer rigoureusement le protocole d'hygiène habituel.
- ▶ Vérifier s'il y a d'autres cas dans l'établissement.
- ▶ Ne pas oublier de vérifier la date des dernières selles normales :
 - Une diarrhée cache souvent un fécalome.
 - Faire boire, pour éviter la déshydratation.

Signes de gravité



L'IDE

Absence de signes de gravité



Mettre en place
une surveillance et
signaler à **L'IDE**



Symptômes digestifs

DIARRHÉE

Plus de 4 selles liquides /jour

18

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Vérifier les signes de gravité **voir fiche 0.**
- ▶ Vérifier l'absence de constipation dans les jours précédents.
- ▶ Vérifier l'aspect des selles :
 - Présence de morceaux durs dans une diarrhée (fécalome ?), sang, glaires
- ▶ Noter si le résident vomit
- ▶ Vérifier ce que le résident a mangé aux repas de la journée, si cela est possible
- ▶ Vérifier le traitement (nouveau traitement, antibiotique etc...)
- ▶ Vérifier les signes de déshydratation (pli cutané, yeux creusés, langue rôtie, sécheresse buccale)
- ▶ Mettre en place un protocole de réhydratation en fonction du nombre de selles
- ▶ Rechercher d'autres cas dans l'établissement :
 - Au delà de 3 cas, suivre le protocole Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC)
 - Ne pas donner de loperamide (imodium[®]) ou du diosmectite (smecta[®]) systématiquement
- ▶ **Le signaler au Médecin Traitant :**
 - Si douleurs abdominales, **voir fiche n°16**
 - Si vomissement, **voir fiche n°18**
 - Si suspicion de fécalome, **voir fiche n°19**

**Si signes de gravité, plus de 6 selles de suite
et/ou signes de déshydratation sévère**



**Le Médecin Traitant ou le Médecin Co
ou le 15 si indisponibles**



Symptômes digestifs

CONSTIPATION

*Absence de selles >3 jours et/ou
difficultés de défécation (bouchon)*

19

CE QU'IL FAUT FAIRE

AS/AMP

- ▶ Vérifier la fréquence habituelle des selles.
- ▶ Vérifier l'absence de diarrhée dans les jours précédents.
- ▶ Rechercher des traces de selles dans les protections (suspicion de FÉCALOME).
- ▶ Rechercher une douleur abdominale.
- ▶ Rechercher l'existence de vomissements, de nausées voir fiche n°18.
- ▶ Troubles cognitifs : changement de comportement ?

Le FÉCALOME est fréquent chez les personnes âgées

Dans tous les cas



L'IDE



Symptômes digestifs

CONSTIPATION

Absence de selles >3 jours et/ou difficultés de défécation (bouchon)

19

CE QU'IL FAUT FAIRE

IDE

- ▶ Vérifier que l'abdomen est souple.
- ▶ Vérifier l'absence de signes de gravité **voir fiche 0**
- ▶ Vérifier sur la feuille de traitement :
 - Si traitement laxatif : a-t-il été donné ?
 - Si nouveau traitement ? Est-il ralentisseur du transit ex : neuroleptique...
 - Si prolongation intempestive d'un traitement anti diarrhéique ?
 - Si les constantes sont bonnes et le ventre souple
- ▶ Tenter une extraction fécale au doigt.
Si productif :
- ▶ Faire un NORMACOL[®] et quantifier le résultat (+, ++, +++)
Si pas de résultat :
- ▶ Signaler au Médecin Traitant et/ou au Médecin Coordonnateur pour suites à donner.

Signes de gravité



**Le Médecin Traitant
ou le Médecin Co
ou le 15 si indisponibles**



FICHE DE SURVEILLANCE TC ET CHUTES

Outil

1

FICHE OUTIL

- ▶ Nom et prénom du résident :
- ▶ Heure de la découverte du résident :
- ▶ Heure estimée de la chute :

| Nom du personnel | | | | | | | |
|------------------|----|-----|-----|-----|------|------|------|
| Temps | 0h | +2h | +4h | +6h | +10h | +14h | +18h |
| Horaire | | | | | | | |
| Conscience | | | | | | | |
| Vomissement | | | | | | | |
| Pouls | | | | | | | |
| TA | | | | | | | |
| T° | | | | | | | |
| FR | | | | | | | |
| Saturation en O2 | | | | | | | |
| Zone douloureuse | | | | | | | |



LE SECRET MEDICAL PARTAGE

Encadrement juridique

Info

1

FICHE INFO

Définition du secret médical partagé

L'article L. 1110-4.II du code de la santé publique pose le principe de ce partage d'informations annoncé par les textes législatifs et réglementaires.

Des professionnels peuvent échanger des informations uniquement dans le cas où ils participent tous à la prise en charge d'une même personne. Les informations échangées doivent être nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins du patient, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Élargissement encadré du secret partagé

L'article R. 1110-1 du code de la santé publique reprend ces obligations et les complète en ajoutant que les informations transmises doivent entrer dans le périmètre des missions des professionnels de santé ou du secteur médico-social ou social.

Ces critères encadrent ainsi cette ouverture du secret médical partagé et soulèvent la nécessité que les professionnels maîtrisent les domaines de chacun afin d'éviter une transmission inappropriée d'informations.

Le secret partagé est ainsi élargi mais n'est pas imposé aux professionnels. En effet, il leur est laissé l'opportunité de refuser de transmettre des informations.

L'usage du verbe "pouvoir" démontre que la transmission d'informations est une faculté laissée au libre arbitre du professionnel sauf si son refus risque de porter atteinte à son obligation de **continuité des soins**.

Les professionnels concernés par le secret partagé

Les professionnels de santé qui sont mentionnés dans la 4^e partie du code de la santé

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| • Médecin | • Infirmier | • Opticien-lunetier |
| • Chirurgien-dentiste | • Ergothérapeute | • Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées |
| • Sage-femme | • Psychomotricien | • Diététicien |
| • Pharmacien | • Orthophoniste | • Aide-Soignant |
| • Préparateur en pharmacie | • Orthoptiste | • Auxiliaire de puériculture |
| • Masseur-kinésithérapeute | • Manipulateur d'électroradiologie médicale | • Ambulancier |
| | • Audioprothésiste | • Assistant dentaire |

Les autres professionnels (9 catégories) pour lesquels une liste précise a été établie (art. R. 1110-2 CSP)

- | | |
|---|---|
| • Assistant de Service Social. | • Assistant maternel et assistant familial. |
| • Ostéopathe, chiropracteur, psychologue et psychothérapeute non professionnel de santé par ailleurs, aide médico-psychologique et accompagnant éducatif et social. | • Non-professionnel de santé salarié des établissements et services et lieux de vie et d'accueil. |
| • Éducateur et aide familiale, personnel pédagogique occasionnel des accueils collectifs des mineurs. | • Non-professionnel de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie. |
| • Mandataire judiciaire à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code. | • Non-professionnel de santé membre d'une équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie |

L'institution d'une telle liste nous permet d'en conclure que : Le partage d'informations entre un professionnel de santé et un professionnel qui ne figure pas sur cette dernière n'est pas permis et que, s'il devait avoir lieu, serait considéré comme une violation du secret médical.



LE SECRET MEDICAL PARTAGE

Encadrement juridique

Info

1

FICHE INFO

Des règles différentes selon les conditions d'exercice

L'article R. 1110-3 du code de la santé publique est venu opérer une distinction selon que le professionnel de santé est membre ou non d'une équipe de soins.

Scénario 1 : Le professionnel de santé n'est pas membre d'une équipe de soins

S'il souhaite échanger des informations dans le cadre du suivi d'un même patient avec un professionnel de l'autre catégorie ou avec ceux de la quatrième partie du code, le patient ou son représentant légal doit en être **informé au préalable**.

L'information préalable doit être attestée par la remise d'un **support écrit** au patient par la personne qui a **recueilli le consentement**.

Il peut être sous forme électronique et doit indiquer les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie.

Le patient doit avoir connaissance :

- De la nature et de la catégorie des informations devant faire l'objet de l'échange,
- Soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément défini.
- Il devra également lui être précisé la nature des supports utilisés pour ce partage d'informations ainsi que les mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès.

Le consentement du patient ou de son représentant légal est alors recueilli par tout moyen y compris par forme dématérialisée sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence.

- Il est prévu que le consentement du patient soit recueilli lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant.
- L'obtention du consentement du patient figurera dans son dossier médical.
- Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il a une durée limitée à la prise en charge du patient.

Ces mesures ont ainsi vocation à préserver la volonté du patient ainsi que le secret médical tout en permettant de faciliter le partage d'informations entre des professionnels de santé qui ne sont pas membres d'une équipe de soins : le patient est mis au cœur de la prise de décision permettant cet échange.

Scénario 2 : Le professionnel de santé est membre d'une équipe de soin

Il convient de préciser deux cas de figure :

- **L'échange d'informations** entre des professionnels de santé et des professionnels de l'autre catégorie ;
- **Le partage d'informations** entre des professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code.

Lorsqu'un échange d'informations a lieu entre des professionnels de santé et des professionnels de l'autre catégorie, il faut également en informer au préalable le patient.

- En revanche, il n'existe pas d'obligation de transmettre la nature des informations et l'identité du destinataire.
- Toutefois, une limitation supplémentaire est ajoutée en invitant les professionnels de l'une ou l'autre catégorie à prendre en compte des recommandations qui seront élaborées par la Haute Autorité de Santé avec le concours des ordres professionnels et qui devront définir les catégories d'informations qui leur sont accessibles.



LE SECRET MEDICAL

PARTAGE

Encadrement juridique

Info
1

FICHE INFO

Dans le cas d'un partage d'informations entre des professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code, le patient n'aura pas à en être informé au préalable (ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe). Toutefois, le patient doit être informé de son droit de s'opposer à la transmission d'informations le concernant tel qu'il est prévu par l'article L1110-4 du Code de la santé publique.

Les différents cas de figure énoncés par les textes

Catégorie 1 : Professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du Code de la santé.

Catégorie 2 : Professionnels de la liste établie au sein de l'article L.1110-2 du Code de la santé publique.

| Professionnel exerçant seul | | Professionnel membre d'une équipe de soins | |
|--|--|--|--|
| Echange d'informations Entre les professionnels de catégorie 1 | Échange d'informations Entre les professionnels de catégorie 1 et 2 | Echange d'informations Entre les professionnels de catégorie 1 | Échange d'informations Entre les professionnels de catégorie 1 et 2 |
| Information préalable du patient mais pas d'obligation légale de préciser la nature et le destinataire | Information préalable du patient sur : -la nature des informations devant faire l'objet de l'échange --l'identité du destinataire et la catégorie dont il relève ou sa qualité au sein d'une structure | Pas d'information préalable du patient en cas d'échange d'informations | Information préalable mais pas d'obligation de transmettre l'objet de l'échange et l'identité du destinataire Transmission encadrée par mes recommandations rédigées par l'HAD et le conseil de l'ordre |

Définition de la notion d'équipe de soins (article L.1110-12)

C'est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes et qui :

- Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

L'article D. 1110-3-4 du même code vient préciser quelles sont les structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale concernées.

Références juridiques :

Code de la santé publique (Légifrance) : Article L. 1110-4.II ; Article R. 1110-1 ; Article R. 1110-3 ; Article L.1110-2 ; Article L. 1110-12 ; Article L.312-1 ; Article D. 1110-3-4 ; Décret n° 2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut particulier du corps des accompagnants éducatifs et sociaux et du corps des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière

Sources : www.macsfr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/secret-partage



LE DOSSIER DE LIAISON URGENCE_DLU

Info
2

FICHE INFO

Le DLU sert de support de communication au soignant pour ses échanges téléphoniques avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15.

SITUATION 1 : Intervention d'un médecin de garde ou du SAMU dans l'Ehpad

Le recto de la **FLU (fiche aller)** est rempli par un soignant de l'Ehpad, dès la demande d'intervention, soit en version papier, soit en version numérique sur le DPI, logiciel de soins.

Le DLU et le recto FLU (fiche aller) sont remis au médecin assurant la prise en charge de l'urgence en main propre.

En cas de transfert du résident vers un SAU, une version papier du DLU accompagne le résident dans l'enveloppe contenant les documents de liaison du résident (Directive Anticipée, Fiche SAMU Pallia etc.).

SITUATION 2 : Transfert d'un résident en SAU sans passage d'un médecin dans l'Ehpad

Le recto de la **FLU (fiche aller)** est rempli par un soignant de l'Ehpad, dès la demande d'intervention, soit en version papier, soit en version numérique sur le DPI, logiciel de soins.

Avant toute décision de transfert d'un résident vers un SU, il est recommandé de contacter la régulation du SAMU/Centre 15.

Au besoin, le Centre 15 déclenche l'envoi d'un moyen de transport pour le transfert du résident vers le SU et contacte le SU.

La version papier du DLU accompagne le résident dans l'enveloppe contenant les documents de liaison du résident (Directive Anticipée, Fiche SAMU Pallia etc.)

SITUATION 3 : Retour du résident du SAU vers l'Ehpad, en l'absence d'hospitalisation complète

Le SAU informe par téléphone l'Ehpad du retour du résident et de son heure probable d'arrivée.

Le verso de la **FLU (fiche retour)** est complété et ses documents annexes accompagnent le résident dans l'enveloppe contenant les documents de liaison du résident.

Le CR d'hospitalisation est adressé au médecin traitant dès que possible (par courrier ou messagerie sécurisée et poussé sur le DMP).

Point de vigilance : Après le retour des urgences, il est important d'actualiser, si besoin, le DLU.

NB : Le DLU doit être systématiquement **poussé dans le DMP (Mon espace santé) hors situations d'urgences.** Selon les modalités d'organisation du secteur, une version électronique du DLU peut être envoyée au SAU ou au SAMU via une messagerie sécurisée ou consultée via le DMP.

Document de liaison d'urgence

Date de dernière mise à jour : _____

Résident
Nom d'usage, prénom : _____ Date de naissance : _____
Nom de naissance : _____

Ehpad (nom, adresse, tél., tél. fax) : _____ **Contact 24 h/24 à l'Ehpad**
Tél. : _____

Médecin traitant (nom, pr., en, réf., adresse) : _____

Statut de l'entourage
Nom, prénom : _____
Lien de parenté : _____
Établissement de soins de proximité (nom, adresse) : _____

Médicaments
 Diabète Coagulation Saignements
 Autre : _____

Pathologies en cours/traitement personnalités

Situations particulières
 État post-opératoire État de choc Dépendance
 Obésité Maladie infectieuse Impair de conscience
 Allergie Autre : _____

État psychique
 Instabilité Crainte Dépendance
 Agité Opposé Risque suicidaire
 Hallucinations Confusion
 Visuel Auditif L'usage

Détails des risques
 DMP OMS Dépendance Risque Coagulation
 Mémoire Autre : _____

Départements/régions
 Anesm Anesm Anesm Anesm Anesm

Annexes
 Risque de chute Risque de déshydratation
 Risque de malnutrition Risque de troubles rénaux

Commissaires

CHECK-LIST des documents annexes au DLU
 Attestation de la carte VISA
 Attestation de médecin
 Procédure de la carte d'identité
 Carte AGIR (à jour)
 Procédure des Directives Anticipées
 Procédure des autorisations en cours
 Tableau d'administration des médicaments
 Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec datation de la dernière et NNT (si AVK)
 Compte rendu de la dernière hospitalisation
 (si besoin)
 Fiche de soins (actes médicaux)
 Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, paramètres, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
 Carnet de suivi du patient ou de l'opérateur implanter
 Carte de groupe sanguin (à jour)
 Liste des supports en soins* de l'équipe

* Carte de soins de l'équipe, procédure médicale et signature (dentiste et infirmier), matériel dentaire, orthodontique, soins dentaires, soins dentaires, PUI, protocole de soins, etc.

© 2015 HAS - Anesm - SAMU - Centre 15



FICHE INFO

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 territorial, autonome ou hospitalier
- Privée à but non lucratif
- Privée à but lucratif

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/ou d'une démarche personnelle** et d'un bilan gériatrique (diagnostic médical de préadmission) permettant d'évaluer le niveau de dépendance (sur la base de la grille AGGIR).

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 de 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.



Fiche d'identité EHPAD

Check List des ressources de l'EHPAD

Outil
2

FICHE OUTIL

1. CARACTÉRISATION DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'EHPAD :

NOMBRE DE RÉSIDENTS :

Statut de l'EHPAD

- Public autonome Fonction publique hospitalière
 Fonction publique territoriale Privé à but non lucratif Privé lucratif

Spécificités

- PUI Astreinte médicale IDE de nuit mutualisé

2. RESSOURCES HUMAINES

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"/> AM |

b) Présence paramédicale

| | La Semaine | | | | Week-end et jours Fériés | | | |
|----------------------------|------------|---------|----|------|--------------------------|---------|----|------|
| | Matin | Journée | AM | Nuit | Matin | Journée | AM | Nuit |
| IDE (ETP) | | | | | | | | |
| AS (ETP) | | | | | | | | |
| Cadre de santé, IDEC (ETP) | | | | | | | | |



Fiche d'identité EHPAD

Check List des ressources de l'EHPAD

Outil
2

FICHE OUTIL

c) Matériel

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|--|--|--|
| OXYGENE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | SATUROMETRE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | AEROSOLS | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| SERINGUE AUTO PROJETÉE (SAP) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | MATERIEL D'ASPIRATION | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | TELEMEDECINE (Smartphone/Tablette...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| BLADDERSCAN | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | STUPEFIANTS | | | |
| TROUSSE DE REGULATION SAMU (Modèle Filière) | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | LIEU DE STOCKAGE : | |

d) Partenariats/conventions

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| Infirmier.e en Pratique Avancée (IPA) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Equipe Mobile de Gériatrie Territoriale (EMGT) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Centre Médico- Psychologique(CMP) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Convention Infirmières Libérales | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | HAD | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Equipe Mobile de Psychiatrie de la personne Agée (EMPPA)/Equipe mobile de liaison Daumézou | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Equipe Mobile d'Hygiène (EMH)/ Infirmier Hygiéniste | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Astreinte IDE de nuit | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | | | Nom porteur et N° de téléphone Astreinte IDE : | |

La fiche identité EHPAD complétée et ses mises à jour sont à transmettre au SAMU coordonnateur.samu56@ghba.fr



Trousse de Régulation EHPAD /SAMU Modèle Filières gériatriques

Outil
3

FICHE OUTIL

La trousse de télé-régulation EHPAD/SAMU préconisée (dont la liste a été validée avec l'**OMEDIT Bretagne**), n'est pas un chariot d'urgence mais bien un trousseau commun minimum afin de gérer des situations non programmées de manière différée via la régulation du SAMU avant une évaluation médicale ou paramédicale sur place (hospitalisations et passages aux urgences évitables). Contrairement au chariot d'urgence, la trousse est plus simple à harmoniser, plus facile à essayer et sera surtout accessible à tous et à tout moment avec un contenu connu du régulateur. **Elle permet de connaître les médicaments et les dispositifs médicaux disponibles au moment de l'urgence** pour le professionnel de l'EHPAD et/ou pour un effecteur mobile (HAD, IDE d'astreinte, médecin de garde etc.).

DISPOSITIFS MÉDICAUX

| Denomination produit | Quantité préconisée | Catégorie |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Gants Nitrites S/M/L | 4 paires | Divers |
| Compressees stériles 7,5*7,5 | 3 paquets | Divers |
| Sparadrap (rouleau) | 1 | Divers |
| Ciseau Jesco | 1 | Divers |
| Kit de sonde urinaire Ch14 | 1 | Divers |
| Bandelettes réactives pour urines | 1 | Divers |
| Pansement Américains | 1 | Plaie |
| Bande Velpeau | 2 | Plaie |
| Set de suture | 1 | Plaie |
| Fil de suture 3-0 courbe | 2 | Plaie |
| Sutures cutanées adhésives stériles | 1 | Plaie |
| Agrafeuse | 1 | Plaie |
| Canule de Guedel (1 orange / 1 verte) | 2 | Urgence |
| Masque Haute Concentration (MHC) | 1 | Cardio-respiratoire |
| Lunettes à oxygène | 1 | Cardio-respiratoire |
| Masque Aerosol | 1 | Cardio-respiratoire |
| Sonde Aspi trachéale 14/10 | 2 | Cardio-respiratoire |
| Canule de Yankauer | 1 | Cardio-respiratoire |

**+ Prévoir un accès à l'oxygène en interne :
Prises murales, bouteille ou concentrateur**

| Denomination produit | Quantité préconisée | Catégorie |
|----------------------|---------------------|----------------------------|
| Garrots | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Cathlon 18G | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Cathlon 20G | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Cathlon 22G | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Perfuseur 3 voies | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Prolongateur 3 voies | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Posiflow | 1 | Voix Veineuse Périphérique |
| Tegaderm | 3 | Voix Veineuse Périphérique |
| Seringue LUER 20 ml | 2 | Divers |
| Seringue LUER 10ml | 2 | Divers |
| Seringue LUER 1 ml | 2 | Divers |
| Aiguilles vertes 21G | 4 | Divers |
| Aiguilles roses 18G | 4 | Divers |
| Aiguilles oranges | 4 | Divers |



Trousse de Régulation EHPAD /SAMU Modèle Filières gériatriques

Outil

3

FICHE OUTIL

MEDICAMENTS

| Denomination produit | Quantité préconisée | Catégorie |
|--|---------------------|----------------------------|
| Solution injectable NaCl 500ml | 1 | Voix Veineuse Périphérique |
| Solution injectable G5% 500ml | 1 | Voix Veineuse Périphérique |
| Ipratropium 0,5mg/ 2ml | 4 | Cardio-respiratoire |
| Terbutaline 5mg/2ml | 4 | Cardio-respiratoire |
| Salbutamol sup. en flacon pour inhalation 100ug/dose | 1 | Cardio-respiratoire |
| Natispray | 1 | Cardio-respiratoire |
| Ampoule Furosemide 20mg/2ml | 4 | Cardio-respiratoire |
| Furosemide 40mg/cp | 3 | Cardio-respiratoire |
| Nicardipine 20mg/cp | 2 | Cardio-respiratoire |
| Ampoule de Scopolamine Butylbromure 20mg/ml (SCOBUREN) | 2 | Cardio-respiratoire |
| Patchs transdermique de Scopolamine (1mg/72h) | 3 | Cardio-respiratoire |
| AVK Vitamine K 2mg/0,2ml sol buv et inj - Optionnel | 3 | Cardio-respiratoire |
| Naco Apixaban 2,5mg cp (Eliquis) - Optionnel | 2 | Cardio-respiratoire |

+ Avoir de la Morphine disponible dans une armoire sécurisée en salle de soins

| Denomination produit | Quantité préconisée | Catégorie |
|--|---------------------|----------------------------|
| Anapen 0,5mg/0,5ml | 1 | Urgence |
| Ampoule Rivotril 1mg/1ml | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Methylprednisolone 40mg/2ml | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| Ampoule Midazolam 5mg/5ml | 2 | Voix Veineuse Périphérique |
| RACECADOTRIL 100mg/gélule (en alternative au Smecta) | 2 | Divers |
| PHLOROGLUCINOL 8mg/cp orodispersible | 4 | Divers |
| Amoxicilline 1g/sachet | 6 | Divers |
| Cetirizine 10mg/cp | 4 | Divers |
| Paracétamol 500mg/cp | 4 | Divers |
| Loxapine sol. buv. 25mg/ml en gouttes flc de 30ml | 1 | Divers |
| Alprozolam 0,25mg/cp | 2 | Divers |
| Biseptine flacon | 1 | Divers |

LIEU DE STOCKAGE



LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Info

4

FICHE INFO

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 : L'urgence vitale ; et lorsque les directives anticipées sont manifestement non conformes à la situation médicale. Auquel cas, le médecin rend sa décision dans le cadre d'une procédure collégiale.

Dans le cadre où les Directives anticipées ne pourraient être complétées, il est possible de mettre en évidence une décision collégiale* sur la poursuite des soins au sein du dossier patient. En l'absence de directives anticipées, la parole du résident prévaut.

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 Léonetti), relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Les directives anticipées font partie des informations qui doivent disponibles et transmis au moment de l'urgence

| THEMATIQUES | RAPPELS DE LA LOI DU 2 FEVRIER 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. |

EN PRATIQUE

- ▶ Relever au maximum les directives anticipées
- ▶ Les joindre au DLU en cas de recours à l'hospitalisation
- ▶ Lorsqu'une personne âgée est en fin de vie, mener en amont une investigation pluridisciplinaire sur

LA PROCÉDURE COLLEGALE*

- La procédure collégiale est par définition une procédure qui se réalise en collégialité soit qui est assurée de façon collective.
- Elle doit obligatoirement être mise en place avant toute décision de limitation ou d'arrêt de traitement, lorsqu'une personne en fin de vie est hors d'état d'exprimer sa volonté. La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un médecin appelé en tant que consultant.
- Cette décision prend en compte les souhaits exprimés par le patient antérieurement, en particulier par le biais des directives anticipées si elles ont été rédigées, l'avis de la personne de confiance, si elle a été désignée, celui de la famille ou à défaut l'un de ses proches



SAMU PALLIA

Info

5

FICHE INFO

Cette fiche s'adresse à des personnes âgées prises en charge dans le cadre d'une situation palliative et est remplie par un médecin (MT, MEDCO, EMSP, HAD etc.). Elle a pour objectif d'informer un médecin intervenant en situation d'urgence (régulateur, effecteurs SAMU, médecin de garde, SAU etc.).

La Fiche SAMU PALLIA fait partie des documents qui doivent être disponibles et transmis au moment de l'urgence

Elle peut-être au chevet du patient dans une enveloppe à domicile, dans le dossier du patient en EHPAD, sur le DMP et même directement déclaré à la régulation du SAMU ou de la permanence des soins (classier disponible à la régulation du SAMU/ Centre 15). Elle peut être transmis directement au SAMU :

coordonnateur.samu56@ghba.fr

Fiche SAMU PALLIA BRETAGNE
Pour les personnes en situation palliative et palliative terminale. Version 2 : 2016-04

Il est indispensable de faire précéder la rédaction de cette fiche par un temps de coordination ou de concertation avec le patient, ses référents et l'ensemble de l'équipe soignante.
Cette fiche n'est pas une prescription.

Date de la 1^{ère} fiche de signalement : [] Statut du rédacteur : []
Date de la mise à jour (le cas échéant) : []

Rédacteur * (Nom-prénom) : [] Téléphone : []
Accord de la personne concernée pour la transmission des informations : Oui Non Impossible
DMP patient créé Oui Non Ne sait pas Pièces jointes consultables sur le DMP Oui Non

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE : Sexe : Masculin Féminin

Nom : [] Prénom(s) : []
Nom de jeune fille : [] Né(e) le : []
Adresse : []
Téléphone 1 : [] Téléphone 2 : []

Personne de confiance :
Nom-Prénom : [] Lien : []
Téléphone 1 : [] Téléphone 2 : []

Personne à prévenir :
Nom-Prénom : [] Lien : []
Téléphone 1 : [] Téléphone 2 : []

Connaissance du **DIAGNOSTIC** par le PATIENT : Oui Non Partiellement Non applicable
Connaissance du **DIAGNOSTIC** par la FAMILLE : Oui Non Partiellement Non applicable
Connaissance du **PRONOSTIC** par le PATIENT : Oui Non Partiellement Non applicable
Connaissance du **PRONOSTIC** par la FAMILLE : Oui Non Partiellement Non applicable

Facteurs de fragilité du domicile – Contexte environnemental :
[]

Souhaits exprimés quand à la prise en charge sanitaire et/ou à la fin de vie :
[]

Existence de directives anticipées : Oui Non En pièce jointe Sur le DMP A domicile
Décès souhaité à domicile : Oui Non dans la mesure du possible pas communiqué
Services d'hospitalisation possible de rempli :
[]

Fiche SAMU PALLIA BRETAGNE
Pour les personnes en situation palliative et palliative terminale. Version 2 : 2016-04

Page 2

Nom Prénom du patient : []
Date de naissance : []
Date de mise à jour : []

INFORMATIONS MEDICALES :
Pathologie principale :
[]

Antécédents significatifs, allergies, histoire de la maladie, symptômes prédominants, objectifs thérapeutiques:
[]

Objectif prioritaire curatif : Oui Non NA
Objectif prioritaire soins de confort : Oui Non NA
Soins palliatifs terminaux : Oui Non NA

Procédure de limitation/Arrêt de traitement validée dans le cadre d'une réflexion collégiale : Oui Non

Traitement en cours à la date de la mise à jour (joindre éventuellement la dernière ordonnance) :
[]

Complications possibles / Protocoles anticipés : (préciser si produits disponibles à domicile = DJ)
[]

EQUIPE SOIGNANTE HABITUELLE : (Nom-Prénom / Structure le cas échéant)

| | Disponible pour appel | Jour | Nuit |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| MEDECIN TRAITANT : | | | |
| Localité : [] | Téléphone : [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CABINET INFIRMIER : | | | |
| Localité : [] | Téléphone : [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MEDECIN SPECIALISTE : | | | |
| Localité : [] | Téléphone : [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MEDECIN DE SOINS PALLIATIFS : | | | |
| Localité : [] | Téléphone : [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MEDECIN HAD : | | | |
| Localité : [] | Téléphone : [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



FICHE INFO

QUESTIONNAIRE DE RENÉE SEBAG LANÖÉ

Ce questionnaire est destiné à se poser les questions nécessaires à une prise de décision médicale de juste soin en accord avec les souhaits du résident, de sa personne de confiance et/ou de la famille.

Ce questionnement se fait en équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur pour être intégré au projet de soins et au projet de vie du résident.

Il doit être refait à chaque changement important de l'état clinique et doit être notifié dans le DLU pour permettre aux urgentistes de respecter au mieux le projet de soins du résident en situation d'urgence.

Grille de questionnement pour faciliter la décision de niveau de soin du résident.

1. Quelle est la maladie principale du patient ?
2. Quel est son degré d'évolution ?
3. Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
4. Est-il facilement curable ou non ?
5. Y-a-t-il eu une répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses ?
6. Que dit le malade, s'il peut le faire ?
7. Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?
8. Quelle est la qualité de son confort actuel ?
9. Qu'en pense la famille ?
10. Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?
11. Quel est son état nutritionnel ?



AIDE A LA MISE EN PLACE DE NIVEAU DE SOINS

Info

6

FICHE INFO

RÉFLEXION ÉTHIQUE ET NIVEAU DE SOINS

Prévention de l'obstination déraisonnable en gériatrie : réflexion en équipe autour de l'abstention thérapeutique

Les décisions concernant la fin de vie se font par le biais de concertations pluridisciplinaires, concertations qui peuvent être accompagnées d'outils d'aide à la décision. Ces outils aident entre à déterminer un niveau de soins, c'est-à-dire le niveau d'intervention dans le cadre d'une situation d'urgence.

Les conduites à tenir peuvent être mise en place même en l'absence de réflexion sur le niveau de soin. Cependant celui-ci permet une meilleure prise en charge dans un contexte d'urgence. La décision éthique du niveau de soins a pour but d'aider à la prise de décision d'intervention médicale ou non.

La détermination ou le changement de niveau d'intervention doivent avoir lieu dans le cadre d'une réflexion argumentée de décisions d'éthique. Cette décision doit être explicitée dans le dossier de soins ou le dossier médical par les personnes qui sont amenées à la prendre. Elle est retranscrite par le niveau d'intervention sur la feuille de prescription. Elle doit être collégiale et doit comporter au moins l'avis de 2 personnes avec accord du médecin traitant.

Le résident ainsi que la personne de confiance, le référent ou le tuteur doivent en être informés. En situation d'urgence seul le médecin sur place reste décisionnaire de la prise en charge en fonction des circonstances. Il peut s'aider du niveau de soins. Le niveau de soins, s'il est défini, doit figurer dans le dossier de liaison d'urgence (DLU).

La grille de questionnement éthique de Renée Sebag Lanoë est un outil précieux, pratique et rapide qui peut être utilisé pour aider à cette prise de décision du niveau de soins. Elle est remplie en équipe pluridisciplinaire et en dehors de l'urgence (avec prise en compte des Directives Anticipées et de l'entourage). Ces éléments peuvent être explicités par écrit ou en niveau de soins chiffré ce qui facilite le repérage par des personnels extérieurs en situations d'urgence.

EXEMPLE DE NIVEAU DE SOINS

Le niveau de soin peut être explicité par écrit ou en niveau chiffré ce qui facilite le repérage par des personnels extérieurs en situation d'urgence

Le Niveau 1 constitue le niveau "par défaut", en l'absence de détermination de niveau. Il correspond à une prise en charge maximale en termes d'interventions techniques chez un patient présentant un problème de santé quel qu'il soit, afin de préserver sa survie.

Le Niveau 2 souligne l'existence d'un problème médical ou éthique, avec une discordance faisant pencher la balance plutôt en faveur d'une intervention importante. Soit il s'agit de la famille d'un patient qui demande peu d'interventions alors que la personne est en bon état général et pourrait bénéficier d'interventions médicales importantes. Soit il s'agit d'une situation médicale pour laquelle le bénéfice d'une intervention agressive est fortement douteux mais où le patient et son entourage sont demandeurs d'une intervention maximaliste.

Le Niveau 3 montre une situation où le patient est dans un état stabilisé mais précaire pour lequel, en cas d'aggravation, pourrait se poser le bénéfice d'une intervention médicale. La prise en charge avec consensus du résident, de la personne de confiance ou du référent, et de l'équipe soignante, serait plutôt de gérer sur place les symptômes aigus dans la mesure où le patient est confortable mais peut nécessiter des interventions techniques programmées pour améliorer le confort du patient.

Le Niveau 4 correspond aux situations crépusculaires pour lesquelles le décès est attendu, ou imminent. Le consensus tient compte du désir du résident, de ses directives anticipées, de la personne de confiance ou du référent, et de l'équipe soignante. Il s'agit de privilégier le confort avant tout, de ne pas être interventionniste et de favoriser le décès dans la structure.



LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE HOSPITALIÈRE

Info

7

FICHE INFO

| STRUCTURE | MISSIONS | MODALITES D'ENTREE |
|---|---|--|
| Court séjour gériatrique (CSG) | 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. | Favorise les admissions directes afin d'éviter les passages aux urgences. Accès après passage par les urgences. Admission programmée ou non programmée. |
| Équipe mobile de gériatrie (EMG) | 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. | Intervention sur appel dans l'ensemble des services hospitaliers et notamment les urgences. Intervention sur appel des médecins généralistes et/ou médecin coordinateurs, dans les établissements médico-sociaux. |
| Consultations/ hôpitaux de jour (HDJ) | 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. | Adressage par le médecin traitant pour la consultation. Accès à l'hôpital de jour sur sollicitation du médecin traitant ou sur orientation d'un médecin spécialiste |
| Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR/ SSR) | Prévenir, diagnostiquer et traiter les complications et décompensations (hors pathologies aiguës). Mettre en place des soins de rééducation et de réadaptation. | Admission sur orientation de l'équipe gériatrique Accès après passage en CSG ou médecine ou directement depuis l'établissement médico-social ou le domicile. |
| Unité de soins de longue durée gériatrique (USLD) | Assurer une prise en charge globale de la personne. Assurer une surveillance médicale constante. | Admission suite à une hospitalisation ou à un passage en SSR. Accès direct possible depuis le domicile. |



LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE HOSPITALIÈRE

Info

7

FICHE INFO

| STRUCTURE | MISSIONS | MODALITES D'ENTREE |
|---|--|--|
| Unité d'hospitalisation psychiatrie de la personne âgée | 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. | Admission en urgence sur demande d'un médecin Admission programmée. |
| Equipe Mobile de Psychiatrie de la personne Agée | Repérer, évaluer et orienter Informé, accompagner, venir en soutien des professionnels Favoriser le maintien à domicile et éviter les hospitalisations en urgence | Accès à l'EMPPA en deuxième recours sur sollicitation du CMP et du médecin traitant et/ou médecin coordinateur |
| Unités de soins palliatifs (USP) | Assurer la prise en charge palliative en tenant compte des spécificités gériatriques. Prendre en charge des symptômes physiques complexes Assurer un suivi psychologique | Domicile, EHPAD, ou services hospitaliers. |
| Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) | 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. | Intervention possible à domicile ou ESSMS. Le médecin traitant conserve la responsabilité des soins sur place. |
| Unités cognitivo-comportementales (UCC) | Mettre en place des stratégies d'adaptation aux troubles Diminuer l'utilisation des psychotropes et de la contention. Prévenir les situations de crise. Maintenir l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. | 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). |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | Assurer des soins qui se distinguent par leur technicité : Pansements complexes, Soins de nursing lourds, Nutrition entérale, Soins palliatifs, Chimiothérapie, Traitements anti-infectieux, etc. | 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 1er juin 2018 |

GLOSSAIRE

FICHE ANNEXE

AFGSU : Attestation de formation aux gestes de soins d'urgence

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

ARM : Assistante de régulation médicale

AMP : Aide Médico Psychologique

AS : Aide-soignante

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVK : Antivitamine K

ATCD : Antécédents

CAT : Conduite à tenir

CESU : Centre d'Enseignement des soins d'Urgence

CMP : Centre médico-psychologique

CNSP : Les centres de soins non programmés

CRRA15 : Centre de Réception et de Régulation des Alertes du 15

CSG : Court séjour gériatrique

CSP : Code de Santé Publique

CTA-CODIS : Centre de Traitement de l'Alerte-Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

DLU : Dossier de liaison d'urgence

DMP : Dossier Médical Partagé

DPI : Dossier Patient Informatisé

DPR : Dossier Patient Remarquable

DRM : Dossier de Régulation Médicale

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines

ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

EMGT : Équipe Mobile de Gériatrie Territoriale

EMH : Équipe Mobile d'Hygiène

EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs

EMPPA : Équipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée

ETP : Équivalent temps plein

EVA : Evaluation de la douleur

FR : Fréquence respiratoire

FLU : Fiche de liaison d'urgence

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation à domicile

HDJ : Hôpital de Jour

HBPM : Héparines de bas poids moléculaire

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'État

IDE : Infirmier diplômé d'État

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

INR : International normalized ratio

LATA : Limitation et arrêt de/des thérapeutiques actives

MR : Médecin régulateur

MEDCO : Médecin Coordinateur

NACO : Nouveaux anticoagulants oraux

PLS : Position latérale de sécurité

PUI : Pharmacie à usage intérieur

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SAP : Seringue auto projetée

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SMR : Soins Médicaux et de réadaptation (ancien SSR)

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SAU : Service d'accueil des urgences

SU : Service d'urgence

TA : Tension Artérielle

TC : Traumatisme Crânien

TSP : Transport Sanitaire et Particulier

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

FICHE ANNEXE 2

Références Juridiques

- Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Pacte de Refondation des Urgences 2019
- Projet de loi "Ma Santé 2022" en lien avec les conclusions du Ségur de la Santé 2021
- Code de la santé publique (Légifrance) : L'Article L. 1110-4.II ; L'Article R. 1110-1 ; L'Article R. 1110-3 ; Article L.1110-2 ; L'Article L. 1110-12 ; L'Article L.312-1 ; L'Article D. 1110-3-4
- Décret n° 2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut particulier du corps des accompagnants éducatifs et sociaux et du corps des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière

Guides gestion des situations urgentes

- Programme ASSURE
- ARS Ile de France / SGGIF, Conduites à tenir en situation d'urgence

Recommandations de bonnes pratiques, Grilles et Outils

- 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
- Grille de Questionnement Éthique, Renée Sebag Lanoë « Soigner le Grand Age », Ed Desclee et brouwer, Paris 1992
- Fiche Urgence SAMU PALLIA BRETAGNE (ARS Bretagne/ CARESP)
- Méthode ABCDE , James K. Styner, 1976
- Echelle de glasgow, Jennett et Teasdale,1974,
- Echelle Avpu :Acronyme pour déterminer le niveau conscience d'une victime. Alerte (Conscient), verbal(Parole), Painful(Douleur), Unresponsive (Sans réponse)
- ALOGOLOPLUS : Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée

REMERCIEMENTS

FICHE ANNEXE

- ❖ Directions du Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique et de la Clinique des Augustines
 - ❖ Groupement Hospitalier Loos Haubourdin porteur de la démarche ASSURE
 - ❖ Régulation du SAMU Centre 15 du Morbihan
 - Dr. Xavier BAREGE, Responsable médical du Centre 15
 - Gwénaëlle HIPPOLYTE, Coordinatrice ARM, SAMU56
 - Dr. Hubert MOSER, Médecin Généraliste, Président_ADPCS 56
 - ❖ Centre d'Enseignements des Soins d'Urgences 56
 - Dr. Bertrand BOULANGER, Responsable CESU 56
 - Régis LORGUILLOUX, Coordinateur CESU 56
 - ❖ Médecins Gériatres Responsables des deux filières gériatriques
 - Dr. Marc FRESIL, Responsable médical Filière gériatrique_CHBA VANNES
 - Dr. Raphaël GRANGE, Responsable médical Filière gériatrique _Clinique des Augustines
- ❖ Membres des groupes de Travail "Situations d'urgences en EHPAD ou à domicile" et groupes thématiques
 - Valérie BERTRAND, Infirmière libérale, Vice - présidente_URPS infirmiers
 - Julie BILOIS, Coordinatrice_France Alzheimer Morbihan
 - Mathilde BRIERE, Coordinatrice de parcours_DAC Est Morbihan
 - Adeline BUREAU, Infirmière libérale et coordinatrice_Pôle santé Brocéliande à Mauron
 - Dr. Patrick CELLIER, Médecin coordinateur_Résidence du Parc Saint Avé
 - Anne CHALUMEAU, Cadre coordinatrice de Pôle Gériatrie_GHBA
 - Loezia CREQER, Chef de service_FAM de Baden
 - Dr. Laurence GAILLARD, Médecin généraliste,Médecin DAC, CPTS Vannes
 - Caroline GENEAU, IDEC référente EHPAD-SSIAD_HAD de Vannes
 - Michèle ROLLAND-GICQUEL, Gestionnaire de parcours_Clinique des Augustines
 - Caroline GOUGEON, Responsable_SAAD Vitalliance
 - Michel GUILLEVIN, Représentant des usagers_CPTS d'Auray
 - Dr. Eric HENRY, Médecin Généraliste-Auray, Vice-Président_CPTS d'Auray
 - Valérie JEANNE, Directrice déléguée_CH de Ploërmel
 - Myriam LE GOFF, Responsable de la coordination territoriale_DAC Est Morbihan
 - Caroline LE LEZ, Directrice_EHPAD du Parc Saint Avé
 - Elodie LEGROS-DIBOUES, Cadre de santé Coordinatrice_HAD de Ploërmel
 - Marie-Claude MABECQUE, Directrice_EHPAD Elven
 - Dr. Aurèle MIGNOT, Gériatre_CHBA
 - Stéphanie NORMAND, Cadre responsable_HAD de Vannes
 - Manon NUGRE, Responsable de secteur_SAAD Vitalliance
 - Jessica PAVIOT, Infirmière libérale_Concoret
 - Dr. Mathieu PERENNES, Médecin Responsable_HAD Ploërmel
 - Valer POTTIN, Responsable du pôle vie sociale et habitat_Adapei Morbihan
 - Dr. Delphine RENVOIZE, Gériatre Equipe Mobile de Gériatrie Territoriale
 - Sylvain STARCK, Directeur régional_Harmonie Ambulance
 - Brieux TAMIC, Infirmier Clinique des Augustines
 - Dominique TANGUY, Responsable_SSIAD, ESA et Accueil de Jour Auray
 - Sarah TROBOË, Coordinatrice de parcours_DAC Est Morbihan
 - Morgane VANDAMME, Infirmière coordinatrice_FAM Baden

MODÈLES FORMULAIRES

FICHE ANNEXE

- Directives Anticipées : Modèle HAS *
- Dossier de Liaison d'Urgence : Modèle HAS*
- Fiche de liaison d'Urgence : Modèle HAS*
- Fiche SAMU Pallia : Modèle CARESP Bretagne*
- Trousse Régulation EHPAD/ SAMU : Modèle inter-filière gériatrique/SAMU 56*
- Fiche de Surveillance : Modèle inter-filière gériatrique*
- Dossier patients remarquables : Modèle SAMU 56*
- Fiche Identité EHPAD : Modèle interfilière gériatrique/SAMU 56*

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

* Documents disponibles en version numérique

CONTACTS

 Filière Gériatrique Vannes -Auray
Centre Hospitalier Bretagne Atlantique
20 Bd Général Maurice Guillaudot, 56000 Vannes

 Félyse LAUNAY
Coordinatrice du Projet

 06 76 97 79 32

 felyse.launay@ch-bretagne-atlantique.fr

 Filière Gériatrique Malestroit-Ploërmel
Clinique des Augustines
4, Faubourg Saint Michel, 56140 Malestroit

 Noémie CHAGNON
Coordinatrice du Projet

 06 73 90 83 75

 nchagnon@ghsa.fr

 **FILIÈRES GÉRIATRIQUES**
Brocéliande Golfe Atlantique


Clinique des Augustines

 **BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

 **ars**
Agence Régionale de Santé
Bretagne

