

Situations

URGENTES

EN EHPAD



Gravité

Circonstanciel

Urodigestif

Neurologique

Cardio-respiratoire

CONDUITES À TENIR PRATIQUES



Réseau des Urgences
Champagne-Ardenne

Situations

URGENTES

EN EHPAD



CONDUITES À TENIR PRATIQUES

Ce guide a été créé pour vous aider à mieux aborder les situations de soins d'urgence de vos résidents, en l'absence d'une présence immédiate d'un médecin à vos côtés.

Ces situations sont souvent compliquées, angoissantes et l'objet de ce guide est de vous permettre de mieux les appréhender.

Le guide est constitué de deux parties :

- Une première qui contient des informations générales, introduisant la problématique et l'organisation des soins en situation d'urgence,
- Une seconde partie sous forme de fiches pratiques destinées à vous guider dans votre démarche.

Ce travail s'inscrit dans une démarche générale menée par le RESURCA pour améliorer l'identification, la prise en charge et le parcours patient des situations urgentes en EHPAD.

Afin de faciliter sa bonne utilisation, il est souhaitable que cadre et/ou médecins coordonnateurs de chaque EHPAD proposent une formation aux agents. Pour cela un outil pédagogique de présentation est à votre disposition en téléchargement sur le site du RESURCA www.resurca.com/ehpad-urgences.

Des séquences de formation ultérieures sont souhaitables, privilégiant la simulation sous la forme de mises en situation pratiques. Ces séquences ne peuvent qu'améliorer la mise en confiance des personnels face à l'urgence.

Les services d'urgences peuvent jouer un rôle central dans ces actions de formations sous la forme d'un partenariat à créer avec leurs EHPAD de proximité.

Le guide vous est proposé sous la forme d'un classeur afin que vous puissiez y insérer des documents institutionnels propres à votre EHPAD, mais également pour permettre de le faire progresser dans le temps.

Nous sommes à votre écoute pour poursuivre la dynamique de ce projet.

Pour toute question ou suggestion : contact@resurca.com

TABLE DES MATIÈRES

Le contexte	4
La démarche territoriale en Champagne-Ardenne	4
Modalités de gestion d'une situation urgente (acteurs, organisation de jour / PDS)	5
Les acteurs de l'urgence : missions et fonctionnement	6
Appeler le Centre 15	7
Le Dossier de Liaison Urgences (DLU)	8
Fiche de Liaison Urgente (FLU)	9
FICHE TYPE	10
Expérimentations pour faciliter la gestion des situations urgentes	11
Le groupe projet	13
Glossaire	14
I FICHE 0 Identifier les signes de gravité	17
I FICHE 00 CAT devant un arrêt cardio-respiratoire	19
I FICHE 1 CAT devant un résident douloureux	23
I FICHE 2 CAT devant une chute	25
I FICHE 3 CAT devant une fièvre	27
I FICHE 4 CAT devant une plaie	29
I FICHE 5 CAT devant un malaise chez le diabétique	31
I FICHE 6 CAT devant un malaise	33
I FICHE 7 CAT devant un saignement de nez (épistaxis)	35
I FICHE 8 CAT devant une difficulté respiratoire	39
I FICHE 9 CAT devant un douleur thoracique	41
I FICHE 10 CAT devant un trouble du comportement aigu ou une agitation inhabituelle	45
I FICHE 11 CAT devant une convulsion, des mouvements anormaux	47
I FICHE 12 CAT devant des maux de tête (céphalées)	49
I FICHE 13 CAT devant des douleurs abdominales	53
I FICHE 14 Arrêt des selles	55
I FICHE 15 CAT devant des vomissements	57
I FICHE 16 CAT devant des diarrhées aiguës	59
I FICHE 17 CAT devant peu ou pas d'urine	61

LE CONTEXTE

La population des 75 et plus représente 9,1% de la population française et 14 à 15% des consultants des services d'urgences. Parmi ces derniers 9 à 38% proviendrait des EHPAD.

Les problématiques de démographie médicale et le désengagement partiel des médecins libéraux de la permanence des soins ambulatoire concourent à un recours aux structures d'urgences plus fréquent pour assurer la prise en charge des résidents d'EHPAD et répondre à leurs besoins de santé.

Pour autant, les structures d'urgences ne semblent pas des lieux adaptés pour accueillir ces patients souvent fragiles, poly-pathologiques et présentant des troubles des fonctions supérieures.

La littérature montre que ces passages aux urgences, adaptés ou non, peuvent avoir un effet délétère notamment en terme de morbi-mortalité chez ces patients âgés, dont la durée de passage est toujours allongée comparativement à la population générale.

LA DÉMARCHE TERRITORIALE EN CHAMPAGNE-ARDENNE

En 2016, le Réseau des Urgences Champagne-Ardenne a souhaité inscrire à son programme de travail l'amélioration du lien entre les EHPAD et les structures d'urgences.

L'objectif de cette démarche est d'améliorer l'identification, la prise en charge et le parcours patient des situations urgentes en EHPAD.

Un groupe de travail associant IDE, infirmière coordinatrice, cadre de santé, directeur, médecin généraliste, médecin coordonnateur, urgentistes et représentant de l'ARS a été constitué.

Ce travail a été mené en partenariat avec le Réseau régional de gérontologie et soins palliatifs (REGECAP).

Le groupe a identifié plusieurs thématiques de travail :

■ Bon accueil du patient âgé aux urgences

(particularités, conditions, identification des problématiques spécifiques aux PA, connaissance des moyens et fonctionnement de l'EHPAD),

■ Partage d'information entre Urgences et EHPAD

(DLU, CR de passage, consignes, contacts téléphoniques...),

■ Bon usage du recours aux urgences

identification du motif, formation des personnels/ outils pour les EHPAD, régulation de l'accès, filière gériatrique.

A l'issue de cette démarche, plusieurs outils et moyens de communication ont été élaborés :

■ Une communication par voie d'affiches a été diffusée vers les Centres 15, les Structures d'accueil d'Urgences et les EHPAD,

■ Ce guide a été diffusé à tous les EHPAD du territoire Champagne-Ardenne,

■ Un outil de formation a été proposé aux directions et médecins coordonnateurs des EHPAD pour accompagner l'utilisation de ce guide,

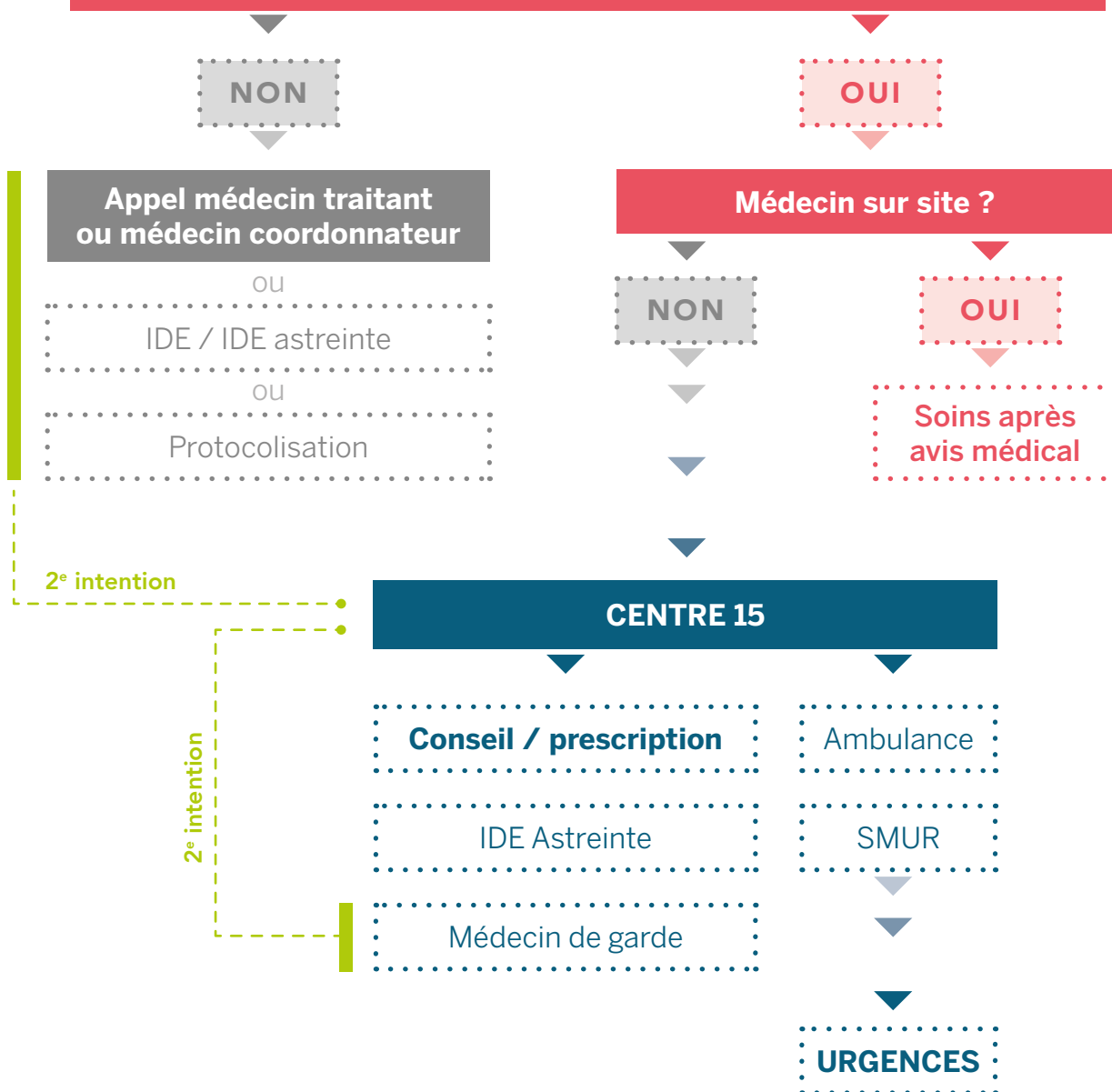
■ L'ensemble des outils et des informations sur cette démarche est mis à disposition sur le site internet du RESURCA www.resurca.com/ehpad-urgences.

MODALITÉS DE GESTION D'UNE SITUATION URGENTE

(ACTEURS, ORGANISATION DE JOUR / PDS)

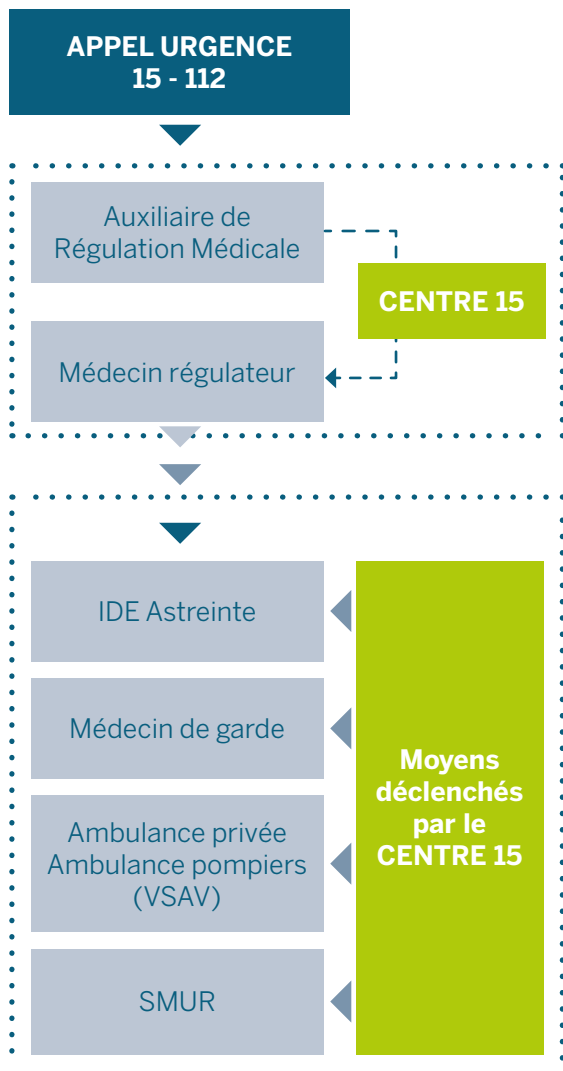
BESOIN DE SOINS URGENTS

PRÉSENCE DE SIGNES DE GRAVITÉ ?



LES ACTEURS DE L'URGENCE

MISSIONS ET FONCTIONNEMENT



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

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

L'IDE d'astreinte, souvent mutualisé sur plusieurs EHPAD, précise la situation, réalise des premiers soins (protocoles) et évalue le besoin à un recours médical.

Le médecin de garde assure la permanence de soins sur un secteur. Il se déplace à la demande du CENTRE 15, dans un délai variant selon les demandes en cours. Après examen du patient, il propose un traitement adapté ou demande au CENTRE 15 le transfert du patient vers un service d'urgence.

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

Le SMUR est un moyen de secours hospitalier, médicalisé. L'équipe est constituée d'un ambulancier, d'un IDE et d'un médecin. Ils sont déclenchés à la demande du CENTRE 15, pour effectuer l'évaluation médicale d'un patient et réaliser les soins de réanimations nécessaires à son état. Il rend compte au CENTRE 15 et assure ensuite si nécessaire le transport vers un service d'urgences.

APPELER LE CENTRE 15

Afin de faciliter l'envoi du moyen le plus approprié à la situation, l'auxiliaire de régulation médicale doit constituer un dossier de régulation concernant l'appel et prioriser les appels qui nécessitent un avis médical téléphonique de manière urgente.

Afin de prendre une décision médicale appropriée, il est important de connaître le contexte. La réponse du médecin peut en effet être différente en fonction du profil du patient, de son état de santé antérieur, de ses pathologies en cours...

PRÉPARER LES INFORMATIONS AVANT L'APPEL

PRÉSENTATION DE L'APPELANT

- nom
- fonction
- adresse EHPAD
- téléphone

PRÉSENTATION DU PATIENT

- nom
- âge
- n° de chambre ou localisation dans l'établissement

RECUEILLIR LES DONNÉES DU CONTEXTE DE L'APPEL

- Les circonstances de survenue du problème de santé.
- Le résident est-il grabataire ? Dément ?
- Le traitement habituel (notamment anticoagulants, insuline, médicament pour le cœur...)
- **Les principaux antécédents** : AVC, convulsion, infarctus, œdème pulmonaire, insuffisance respiratoire, diabète, cancer, notion d'intervention chirurgicale récente...
- Des soins palliatifs sont-ils mis en place pour le résident ? Existe-t-il des directives anticipées ?

SAVOIR IDENTIFIER LES SIGNES DE GRAVITÉ

Ce sont ces signes qui sont sans doute le plus difficile à préciser et notamment par téléphone. La prise de constantes est parfois difficile du fait du manque de personnels qualifiés ou de disponibilités du matériel notamment en situation d'urgence. La prise de constantes peut également être faussement rassurante, c'est pourquoi, la description clinique semble plus pertinente lors de ces situations d'urgence.



QUELQUES ÉLÉMENTS CLINIQUES À RECHERCHER

- Couleur de la peau : blanche ? bleue ? rouge ?
- Ouverture des yeux spontanément ? Lorsqu'on lui parle ou le touche ?
- Présence de sueurs importantes ?
- Mouvements spontanés (lever les bras et les jambes) ?
- Respiration plus bruyante que d'habitude ?
- Difficulté à parler ? Paroles non compréhensibles ? Difficultés à répondre aux questions ?

PRENDRE LES CONSTANTES

Si les constantes peuvent être prises, il est important de recueillir sans doute en priorité : température, glycémie, saturation (SpO₂), fréquence respiratoire, pouls, tension artérielle. Les constantes participent à l'identification des signes de gravité (FICHE 0).

LE DOSSIER DE LIAISON URGENCES (DLU)

Introduit en 2008 dans le cadre des dispositifs du plan canicule, le DLU se présente comme un **document type destiné à améliorer l'accès aux données** du dossier patient et la continuité des soins.

Le DLU doit rassembler **les informations indispensables et actualisées à la prise en charge paramédicale et médicale** du patient en cas de besoin de soins urgents.

Avec l'informatisation du dossier patient des EHPAD, ce DLU devient d'usage plus fréquent, car son édition est paramétrable au sein des logiciels et **permet ainsi une information actualisée**.

Pour autant, son contenu reste hétérogène et de qualité très inégale. Il est constitué parfois d'une trentaine de pages, rendant la recherche de l'information utile compliquée.

Le groupe de travail a souhaité se positionner sur le contenu nécessaire dans le cadre d'une prise en charge hospitalière dans le contexte de l'urgence.

DLU : RECOMMANDATIONS SUR LE CONTENU UTILE

- **Données sociodémographiques :** état civil, médecin traitant, personnes à contacter.
- **Antécédents, allergies.**
- **Traitement en cours.**
- **Evaluation des besoins fondamentaux** (ou grille AGGIR).
- **Projet de prise en charge :** souhait du résident en termes d'avenir, notion de prise en charge de type palliative, directives anticipées.
- **Numéro de téléphone direct** de la personne au sein de l'EHPAD en capacité de donner des renseignements sur le résident.



FICHE DE LIAISON URGENTE (FLU)

La FLU ne se substitue pas au DLU, c'est une fiche complémentaire renseignée en urgence au moment où le patient doit être adressé pour une prise en charge hospitalière en urgence. Adaptée des recommandations de la HAS de juin 2015, le groupe de travail propose le contenu suivant :

FICHE DE LIAISON URGENTE

Rempli par **Date/heure**
(nom, prénom, fonction)

IDENTITÉ DU RÉSIDENT :

MOTIF ET HISTOIRE DE L'ÉVÈNEMENT JUSTIFIANT LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE :

CONSTANTES :

POULS	TENSION ARTÉRIELLE (MAX/MIN)	T°C	FRÉQUENCE RESPIRATOIRE	SATURATION (SPO2)	GLYCÉMIE	POIDS RÉCENT

Conscient et éveillé Eveillable Coma, inconscient

Douleur récente, localisation

Date et heure de la prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

COMMENTAIRES :

PROTHÈSES ET OBJETS PERSONNELS :

Lunettes

Autres dispositifs ou objets personnels :

Prothèses dentaires :

haut bas

Prothèses auditives :

droite gauche

FICHE TYPE

DÉCRIRE LES PARAGRAPHES, LEUR SENS, LEUR UTILISATION



PRÉCISER LE CONTEXTE

Éléments permettant de rassembler les informations nécessaires pour décrire la situation lors de l'appel au CENTRE 15



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

Signes spécifiques d'alerte de la situation, permettant de préciser la conduite à tenir au CENTRE 15



AGIR

Préconisations spécifiques à la situation :

- Premiers soins à réaliser
- Conduite à tenir en l'absence de signes d'alerte ou de gravité
- Conduite à tenir en présence de signes d'alerte ou de gravité

TITRE DE FICHE

NUMÉRO DE FICHE

CAT DEVANT UN
RESIDANT DOULOUREUX

FICHE
N°1

La douleur est souvent difficile à évaluer, d'autant plus en EHPAD où la communication avec les patients est difficile. Cependant, elle représente un symptôme, un signe d'alerte. Afin d'identifier les situations urgentes, voici quelques informations à recueillir.



PRÉCISER LE CONTEXTE

- La douleur est-elle récente ou chronique ?
- La douleur est-elle apparue brutalement ?
- Que faisait le patient quand la douleur est apparue ? Notion de chute ?
- Le patient a-t-il déjà ressenti ce type de douleur ? Fréquemment ?
- Le patient a-t-il reçu des antalgiques selon le protocole éventuel de l'EHPAD, amélioration ou non ?
- Est-il possible de préciser le type de douleur :
 - Cela tire ? Serre ? Brûle ? Comme un coup de poignard ?
- Quel est la localisation de la douleur :
 - Céphalée, la tête (cf. feuille suspicion AVC)
 - Poitrine (cf. feuille douleur thoracique)
 - Abdominale (cf. feuille douleur abdominale)
 - Rachis
 - Membres supérieur et/ou inférieur, Peut-il bouger le membre ? Préciser la présence d'une plaie, d'une déformation, d'un hématome important...



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

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



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Rassurer le patient ■ Si la douleur persiste, délivrer un antalgique suivant protocole (prescription médicale anticipée) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du centre 15

CIRCONSTANCIEL

EXPÉRIMENTATIONS POUR FACILITER LA GESTION DES SITUATIONS URGENTES

PROJET MÉDICAL DE TÉLÉMÉDECINE DANS LE DÉPARTEMENT DE L'AUBE

Le Centre Hospitalier de Troyes en association avec le SAMU 10 met en place une démarche afin de s'équiper d'un système mobile de télémédecine en lien avec les Unités Sanitaires (US) des prisons de l'Aube, ainsi que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

CONDITIONS DE RECOURS À LA TÉLÉMÉDECINE

Quatre situations ont été identifiées :

- **Consultation de diagnostic**
visant à proposer un plan de prise en charge en lien avec le médecin traitant,
- **Acte prévu et programmé** aux termes du plan de prise en charge mis en place avec le patient,
- **Acte non prévu et non programmé** dans le cadre du plan de prise en charge mis en place avec le patient,
- **Situation d'urgence après appel de la régulation CENTRE 15** pour les suspicions de pathologies ou situations suivantes et pour les seuls patients résidents en US ou en EHPAD : infarctus du myocarde, arythmies cardiaques, AVC, anomalies de la glycémie et troubles anxio-dépressifs de la personne âgée.

HISTORIQUE ET PLANNING PRÉVISIONNEL DU PROJET DE TÉLÉMÉDECINE

- **Un groupe de travail regroupant les différents acteurs de ce projet** a rédigé un cahier des charges correspondant aux besoins qui a permis de lancer un appel d'offre public. Une société de développement a été sélectionnée pour mettre en œuvre le projet.
- **Deux établissements pilotes ont été choisis** : l'US de Villenaux la Grande et l'EHPAD Sainte Bernadette de Troyes.
- **Le matériel de télémédecine** a été mis en place pendant l'année 2016 et une phase test est engagée depuis le mois de septembre 2016.
- **La mise en production** pour les deux établissements concernés est prévue le 2 janvier 2017.
- **Une évaluation** est prévue en mars 2017.
- **Projet pour les années suivantes** : extension à l'ensemble des US de l'Aube (3) et à l'ensemble des EHPAD de l'Aube.

OBJECTIFS

La mise en place de la télémédecine ne remet aucunement en question nos principes de régulation en ce qui concerne la détresse vitale avérée, ni le "simple" conseil médical relevant de la PDS. L'objectif est de pouvoir réguler toutes les situations intermédiaires, avec pour intérêt éventuel de limiter les transports sanitaires inutiles, ou de les temporiser.

Cette nouvelle modalité de régulation devrait pouvoir limiter le flux de patients dans les services d'urgences, tout en préservant le confort et les soins d'un certain nombre de patients des US et des EHPAD du département de l'Aube.

DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL D'IDE D'ASTREINTE SUR PLUSIEURS EHPAD

En novembre 2014, l'ARS a lancé un appel à projet d'astreinte d'infirmières de nuit mutualisées entre plusieurs EHPAD, pour une durée de 3 ans. Cinq EHPAD ont été retenus sur le département de la Marne. Il s'agit de l'EHPAD Arc en Ciel de Vitry le François, la Villa Beausoleil de Loisy sur Marne, l'EHPAD de Thiéblemont, Les Jardins de Sermaize à Sermaize les Bains et la Maison de retraite Domrémy à Maison en Champagne. Le CH de Vitry est désigné comme étant l'établissement, porteur du projet.

OBJECTIFS

Assurer la prise en charge des urgences relatives la nuit en mettant en œuvre un processus spécifique aux besoins de la personne âgée hébergée et offrir aux équipes des EHPAD un sentiment de sécurité et de réconfort face à des situations difficiles.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du nouveau dispositif a permis de repenser l'organisation, de rassurer les équipes de nuit avec la mise en place de « fiches réflexes ». Un guide de 15 fiches a été élaboré par les cadres des cinq EHPAD et validé par les médecins coordonnateurs.

Le recrutement des infirmières d'astreintes s'est effectué sur la base du volontariat. Ce sont 14 infirmières qui constituent l'équipe d'astreinte.

L'infirmière débute son astreinte à 20 heures et la termine à 6 heures, heure d'arrivée de l'infirmière de jour dans la plupart des EHPAD.

Elle a, à disposition, un téléphone et un véhicule professionnel si elle le souhaite. En cas d'urgence, les équipes de nuit s'appuient sur les fiches réflexes pour faire appel soit au CENTRE 15, soit à l'infirmière d'astreinte. Cette dernière peut donner un avis ou un conseil par téléphone ou se déplacer en fonction de l'état de santé du résident.

La traçabilité des actions entreprises est réalisée à partir d'une fiche d'intervention remplie par l'infirmière d'astreinte en cas d'appel ou de déplacement ou par l'IDEC de l'EHPAD en cas d'appel au CENTRE 15.

Chaque EHPAD envoie un suivi mensuel au CH de Vitry qui transmet la synthèse à l'ARS. Un bilan est réalisé avec les cinq EHPAD tous les 6 mois.

PREMIERS RÉSULTATS

Après un an d'expérimentation, le bilan est de 57 appels de l'équipe de nuit dont 27 pour des conseils téléphoniques auprès des infirmières d'astreintes et 26 appels directs au CENTRE 15 après s'être référé aux fiches réflexes.

Il y a eu 8 déplacements d'infirmières d'astreintes et 16 hospitalisations. Le principal motif est la chute avec plaies ou douleurs.

Même si ce dispositif ne permet pas d'éviter totalement les hospitalisations, il permet une certaine sécurité et rassure les équipes de nuit.

LE GROUPE PROJET

Isabelle BAAL

- IDEC
- EHPAD Le village
Châlons-en-Champagne (51)

Thomas BABILLOT

- Directeur
- EHPAD Sarrail
Châlons-en-Champagne (51)

Mélinda BARTHELEMY

- Assistante direction
- EHPAD KORIAN
Sermaize-les-bains (51)

Emmanuelle BAUDRILLART

- Cadre de Santé
- REGECAP

Marie-Christine BOBLIQUE

- Cadre de santé
- EHPAD CH
Vitry-le-François (51)

Aurélie CANONIGA

- IDEC
- EHPAD St-Germain-la-Ville (51)

Monique COCHET

- EHPAD Sarrail
Châlons-en-Champagne (51)

Amélie DELIOT

- Chargé Projet
- REGECAP

Caroline DENIS

- Directrice
- EHPAD Chaource (10)

Valérie DEPAIX

- IDEC
- EHPAD St Joseph
Châlons-en-Champagne (51)

Françoise DESIMPEL

- Directrice
- EHPAD St-Germain-la-Ville (51)

Dominique DESIRANT

- Médecin coordonnateur
- EHPAD Sarrail
Châlons-en-Champagne (51)

Emilie FLORES

- IDEC
- EHPAD Le village
Châlons-en-Champagne (51)

Céline FRANCISCO-LAGEL

- Médecin
- Urgences CH Troyes (10)

Véronique FOUCHÉ-NOIZET

- Directrice
- EHPAD Le village
Châlons-en-Champagne (51)

Carole GRENET

- Directrice
- EHPAD Villa Beausoleil
Loisy-sur-Marne (51)

Christel GUY-DUCHANS

- Cadre de santé
- Urgences CH Chaumont (52)

Lory LEQUY

- Directrice
- EHPAD Korian
Sermaize-les-Bains (51)

Virginie LESCOT

- Cadre de santé
- EHPAD Sarrail
Châlons-en-Champagne (51)

Hélène LOEHR

- Médecin coordonnateur
- EHPAD Thieblemont (51)

Patrick LUCQUIN

- Médecin coordonnateur
- EHPAD Sermaize-les-bains (51)

Mathurine MAFOUTA

- Médecin
- Urgences / EHPAD GHAM (10)

Floriane MARY

- Cadre de santé
- EHPAD Thieblemont (51)

Irina NEATA

- Médecin
- Urgences Chaumont (52)

Marc NOIZET

- Médecin
- Coordonnateur RESURCA

Guelove NOLEVAUX

- Médecin
- Urgences
Châlons-en-Champagne (51)

Jérôme PERRET

- Directeur
- EHPAD Aix-en-Othe (10)

Sylvie PETERS

- Conseiller médical
- ARS
Direction offre médico-sociale

Nathalie PEUGNET

- Médecin
- Coordinateur médical REGECAP

Maryline PEYNACHE

- Médecin
- Urgences Epernay (51)

Estelle PONSINET

- Cadre supérieur de santé
- EHPAD Les Vignes
Château-Porcien (08)
EHPAD Linard
Saint-Germainmont (08)

Hanitra RANDRIANJAFY

- Médecin
- EHPAD Aix-en-Othe (10)

Mathieu SAVETIER

- Médecin
- Urgences Vitry-le-François (51)

Philippe TIRAND

- Médecin
- Urgences
Châlons-en-Champagne (51)

Fanny VIGNON

- Médecin coordonnateur
- EHPAD le Clos de St-Martin (51)

Virginie VOURIOT

- Cadre de santé
- EHPAD Sermaize-les-bains (51)

Aurore WIRTZ CIMINSKI

- IDEC
- EHPAD Villa Beausoleil
Loisy-sur-Marne (51)

Marion ZYLBERBERG

- Médecin Coordonnateur
- EHPAD St-Germain-la-Ville (51)

GLOSSAIRE

ACR	Arrêt Cardio Respiratoire
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVK	Anti-Vitamine K
BAVU	Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle
CAT	Conduite A Tenir
CH	Centre Hospitalier
CR	Compte Rendu
DAE	Défibrillateur Automatisé Externe
DLU	Dossier de Liaison Urgence
DSA	Défibrillateur Semi-Automatique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FLU	Fiche de Liaison Urgente
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC	Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
INR	Marqueurs qui permettent de surveiller certains facteurs sanguins impliqués dans la coagulation
MT	Médecin traitant
PA	Personne Agée
PDS	Permanence Des Soins
PLS	Position Latérale de Sécurité
REGECAP	Réseau de coordination Champagne-Ardenne en Gériatrie et Soins Palliatifs
RESURCA	RESeau des URgences Champagne-Ardenne
TA	Tension Artérielle
US	Unités Sanitaires

GRAVITÉ



IDENTIFIER
LES SIGNES DE GRAVITÉ



CAT DEVANT UN ARRÊT
CARDIO-RESPIRATOIRE



Ils sont à rechercher **systématiquement**.

Afin de faciliter leur identification, une fiche aide-mémoire pourrait être positionnée sur l'appareil de mesure.



SIGNES CLINIQUES

■ Signes neurologiques

- Trouble de la conscience (coma léger ou profond, réactivité à la stimulation, ouverture des yeux),
- Convulsions persistantes,
- Paralysie brutale (face, membre, moitié du corps).

■ Signes respiratoires

- Difficultés respiratoires,
- Respiration bruyante,
- Parole difficile,
- Sueurs, marbrures (marques violacées de la peau), cyanose (coloration mauve ou bleutée de la peau, débutant aux extrémités).

■ Signes cardio-circulatoires

- Malaises successifs avec perte de connaissance,
- Sueurs, marbrures (marques violacées de la peau), cyanose (coloration mauve ou bleutée de la peau, débutant aux extrémités),
- Douleur thoracique continue, violente, constrictive (comme dans un étau).

Si possibilité prise des paramètres, signes de gravité en présence :

- **FRÉQUENCE CARDIAQUE** (Pouls) < 50/mn ou > 120/mn
- **TENSION ARTÉRIELLE** (systolique) < 100 mmHg ou > 200 mmHg aux 2 bras
- **FRÉQUENCE RESPIRATOIRE** < 10/mn ou > 30/mn
- **SPO2** (saturation) < 90% (hors insuffisance respiratoire chronique)



PRISE DES PARAMÈTRES

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

Il s'agit d'une urgence absolue. Le pronostic dépend de la précocité de l'identification de l'ACR et de la mise en œuvre des manœuvres de réanimation.



1. IDENTIFIER L'ARRÊT CARDIAQUE

- Patient inconscient qui est tombé et ne réagit pas quand on lui parle ou quand on le stimule.
- Absence de respiration ou mouvements respiratoires inefficaces, lents et bruyants (gaspes).
- Absence de pouls (si vous savez le prendre). Il ne faut pas perdre de temps à rechercher ce signe parfois difficile à identifier.



2. APPELER LES SECOURS

- Appeler de l'aide autour de vous.
- Composer le 15.
- Décrivez ce que vous avez vu et l'état de la victime (elle est inconsciente, elle ne respire pas...).
- Donnez l'adresse précise du lieu où se trouve la victime.
- Dites ce qui a été fait ou ce qui est en train d'être fait (victime étendue, le massage cardiaque est commencé...).
- Si rien n'a été fait, suivez les consignes qui vous sont données.
- Ne raccrochez pas avant que l'opérateur ne le précise.



3. PRATIQUER LE MASSAGE CARDIAQUE

- Allongez la victime sur le dos sur une surface dure.
- Positionnez les mains l'une sur l'autre, un peu en dessous du milieu du thorax, les bras bien tendus.
- Appuyez de tout votre poids, bien au-dessus : ce ne sont pas les bras ni les mains qui appuient mais tout le corps.
- Effectuez les pressions sur un rythme régulier de 100 /mn, par séries de 30 compressions consécutives.
- Si vous avez été formé, vous pouvez pratiquer une ventilation pulmonaire (bouche-à-bouche ou avec un Ballon auto-remplisseur ou BAVU) au rythme de 2 insufflations toutes les 30 compressions thoraciques, sinon poursuivez le massage sans arrêter.



4. DÉFIBRILLER

- Collez les électrodes comme précisé sur l'emballage.
- Allumez le DSA ou DAE et suivez les instructions.
- En l'absence de délivrance d'un choc électrique par le défibrillateur, poursuivez le massage avec le moins d'interruption possible.



5. POURSUIVEZ LA RÉANIMATION JUSQU'À L'ARRIVÉE DES SECOURS SPÉCIALISÉS

CIRCONSTANCIEL

FICHE
N°1

CAT DEVANT UN
RÉSIDENT DOULOUREUX

FICHE
N°2

CAT DEVANT
UNE CHUTE

FICHE
N°3

CAT DEVANT
UNE FIÈVRE

FICHE
N°4

CAT DEVANT
UNE PLAIE

FICHE
N°5

CAT DEVANT UN MALAISE
CHEZ LE DIABÉTIQUE

FICHE
N°6

CAT DEVANT
UN MALAISE

FICHE
N°7

CAT DEVANT UN
SAIGNEMENT DE NEZ



La douleur est souvent difficile à évaluer, d'autant plus en EHPAD où la communication avec les patients est difficile. Cependant, elle représente un symptôme, un signe d'alerte. Afin d'identifier les situations urgentes, voici quelques informations à recueillir.



PRÉCISER LE CONTEXTE

- La douleur est-elle récente ou chronique ?
- La douleur est-elle apparue brutalement ?
- Que faisait le patient quand la douleur est apparue ? Notion de chute ?
- Le patient a-t-il déjà ressenti ce type de douleur ? Fréquemment ?
- Le patient a-t-il reçu des antalgiques selon le protocole éventuel de l'EHPAD, amélioration ou non ?
- Est-il possible de préciser le type de douleur :
 - Cela tire ? Serre ? Brûle ? Comme un coup de poignard ?
- Quelle est la localisation de la douleur :
 - Céphalée, la tête (cf. feuille suspicion AVC)
 - Poitrine (cf. feuille douleur thoracique)
 - Abdominale (cf. feuille douleur abdominale)
 - Rachis
 - Membres supérieur et/ou inférieur, Peut-il bouger le membre ? Préciser la présence d'une plaie, d'une déformation, d'un hématome important...



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

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



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Rassurer le patient ■ Si la douleur persiste, délivrer un antalgique suivant protocole (prescription médicale anticipée) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

Les chutes sont fréquentes en EHPAD, il est nécessaire de rechercher les causes pouvant avoir entraîné la chute et les conséquences de celle-ci afin de repérer les patients qui nécessitent une consultation en urgence. Il est important de recueillir un maximum de renseignements auprès de la personne qui a vu ou constaté la chute.



PRÉCISER LE CONTEXTE

- Horaire de la chute ou retrouvé à quelle heure ?
- Décrire la chute, le lieu. A-t-il buté contre quelque chose ? Notion de perte d'équilibre, chute d'un lit ou d'un fauteuil. Notion de malaise avant la chute ou de mouvements anormaux avant ou après la chute.
- Rechercher une perte de connaissance au moment de la chute. Le patient a-t-il repris conscience de manière habituelle ? Présente-t-il des troubles de la conscience après la chute, se souvient-il de la chute ?
- Présence d'une douleur après la chute ? Localisation de la douleur ? Déformation d'un membre ?
- Patient confus après la chute ? Impossibilité de bouger un bras ou une jambe ?
- Présence d'une plaie ? Saignement en cours ?
- Vérifier la glycémie si patient diabétique.
- Parmi les antécédents ciblés, il est important de rechercher si c'est un patient chuteur, épileptique, diabétique...
- En cas de traumatisme crânien, vérifier si le patient prend des anticoagulants ou de l'aspirine surtout en cas de trouble de la conscience.



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Déformation d'un membre, douleur intense
- Plaie profonde



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Rassurer le patient ■ Si douleur délivrer un antalgique suivant protocole (<i>prescription médicale anticipée</i>) ■ Immobiliser le membre douloureux ■ Désinfection, pansement de plaie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Relever le patient ■ Désamorcer l'angoisse ■ Maintenir l'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Laisser le résident en place ■ L'installer le plus confortablement possible dans l'attente des secours ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

C'est une modification de la température corporelle.

On parle d'hypothermie en dessous de 36 °C et d'hyperthermie au-dessus de 38 °C.



PRÉCISER LE CONTEXTE

- **Modalité de prise :** rectale, creux axillaire, pli de l'aîne, frontale ou tympanique. La température doit être vérifiée systématiquement et en cas de doute on privilégiera la prise rectale.
- **Contexte :**
 - Le patient a-t-il des troubles relationnels (maladie Alzheimer, démence...)
 - Le patient est-il grabataire ?
 - Circonstances d'apparition : intervention chirurgicale, chimiothérapie, sondage urinaire.
 - Contexte épidémique (grippe, infection virales saisonnières).
 - Notion de maladie incurable, fin de vie, soins palliatifs.
- **Rechercher l'origine de l'infection :**
 - Toux, crachats.
 - Douleurs abdominales, troubles du transit (diarrhées).
 - Troubles fonctionnels urinaires (brûlures à la miction, envies fréquentes d'uriner, difficultés à uriner ou absence totale de miction).
 - Maux de tête.
 - Cutanée (plaie chronique, taches anormales, rougeurs et/ou gonflements).



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Troubles de la conscience (confusion, hallucinations, propos incohérents)
- Difficultés respiratoires
- Sueurs, frissons, vomissements
- Coloration de la peau anormale
- Difficultés à boire et à manger
- Pulsations > à 130 bpm : TA < 9
- Troubles de la vigilance
Température < 35° ou > 40°



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Découvrir le patient ■ Faire boire ■ Administrer du paracétamol (<i>prescription médicale anticipée</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance évolution ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Identifier les circonstances de survenue de la plaie :

- Chute : mécanique ou malaise ?
Perte de connaissance ?
Confusion après la chute ?
- Objet à l'origine de la plaie ?

■ Rechercher la vaccination contre le tétanos du patient (à transmettre si patient adressé aux urgences)

■ Connaître les antécédents du patient et noter son traitement (anticoagulants ?)

■ Pouvoir décrire la plaie :

- Localisation
- Superficielle : peu ou pas de sang, nette, petite
- Profonde, délabrante, multiple, grande, très hémorragique
- Douloreuse ?
- Autres signes de traumatisme ?
Douleur d'un membre, suspicion de fracture



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Plaie importante ou profonde
- Plaie hémorragique
(avec saignement continu malgré pansement compressif)
- Doute sur une lésion profonde associée (fracture ?)
- Plaie de la tête avec perte de connaissance initiale ou état confusionnel après une chute



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nettoyage à l'eau ■ Désinfection ■ Pose d'un pansement ■ Si saignement important, comprimer la plaie en appuyant dessus avec un linge propre, ou faire un pansement compressif 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

CAT DEVANT UN MALAISE CHEZ LE DIABÉTIQUE



La glycémie est le taux de sucre dans le sang. La glycémie à jeun normale est comprise entre 0,70 et 1,10 g/L et la glycémie normale 1h30 après un repas doit être inférieure à 1,4 g/L. On considérera qu'il y a hypoglycémie lorsque le taux de glycémie est inférieur à 0,6 g/L, et hyperglycémie lorsqu'il est supérieur à 1,10 g/L. Ces troubles sont fréquents en EHPAD, leurs prises en charge dépendent des antécédents du patient mais également des symptômes associés aux troubles glycémiques.



PRÉCISER LE CONTEXTE

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



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Devant une **hyperglycémie** rechercher :
 - Une respiration anormale
 - Des urines ayant souvent l'odeur de pomme
 - La soif
 - Des vomissements, nausées
 - Des troubles de la conscience
- Devant une **hypoglycémie** rechercher :
 - La présence de signes peu spécifiques tels que : chute, agitation, confusion, sueurs, palpitation, difficultés à parler, sensation de faim, pâleur...
 - Des troubles de la conscience





AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER

HYPERGLYCÉMIE

- Vérifier la dose d'insuline chez patient diabétique.
- Surveillance glycémique 4 fois par jour.

HYPOGLYCÉMIE

- Débuter le plus rapidement un resucrage per os avec du sucre rapide (morceaux de sucre, jus de fruit) puis des sucres lents (pain, biscotte, fruit...).
- Contrôler régulièrement la glycémie 20 min après le resucrage. Puis surveillance glycémique 4 fois par jour après stabilisation.

ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ

HYPERGLYCÉMIE

- **Surveillance.**
- **Information** du médecin traitant.
- Avis IDE et/ou médecin en vue d'adapter le traitement et/ou recherche facteurs de déséquilibre diabète.

HYPOGLYCÉMIE

- Patient inconscient, appel IDE.
- Si pas d'IDE avis médical ou appel du CENTRE 15.
- Le risque de fausse route est très important d'où l'impossibilité de resucrer le patient par la bouche
- En présence de l'IDE, application protocole (*prescription médicale anticipée*) pour resucrage intraveineux ou Glucagon IM puis resucrage per os dès que le patient reprend conscience.
- En l'absence de l'IDE, mettre en position latérale de sécurité.

PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ

- Appel du **médecin** présent sur site
- ou Appel du **CENTRE 15**



Sensation intense de mal-être accompagnée ou non d'une perte de connaissance (PC) et parfois de mouvements anormaux.



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Les antécédents du patient :

- Le patient a-t-il des troubles relationnels (maladie Alzheimer, démence...)
- Le patient est-il grabataire ?
- Le patient a-t-il des antécédents de :
 - problèmes cardiaques
 - diabète (surtout si insuline)
 - crises d'épilepsie
 - d'épisodes fréquents de malaise

■ Les circonstances de survenue :

- Présence de signes précurseurs ? (sueurs, sensations de chaleur, de faiblesse généralisée, troubles visuels, difficultés à la parole, sensations vertigineuses)
- Circonstances de survenue (en se levant, aux toilettes, sans prévenir)
- Le malaise a-t-il provoqué une chute ?
- Présence de mouvements anormaux ? (tremblements ou secousses d'un ou de plusieurs membres, yeux révulsés)
- Durée du malaise

■ Les signes associés :

- Perte d'urine
- Morsure de langue
- Respiration perturbée (ronflements)
- Pâleur cutanée

■ Après le malaise :

- Le patient se souvient-il du malaise ?
- Présente-t-il des lésions traumatiques en cas de chute (plaie, saignement, ecchymose, déformation d'un membre) ?
- Echelle FAST (Face Arm Speech Time) : le patient ne bouge plus un membre, présente une asymétrie de la face, ou un trouble de la parole (manque ou déformation des mots) (cf. FICHE 12).
- État de conscience : retour complet de la conscience. Persistance d'un état de confusion (patient se demande ce qu'il lui est arrivé).



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Recherche de signes cliniques de gravité.



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Laisser le résident allongé, libérer les voies aériennes supérieures, mettre le patient en PLS. ■ Vérifier systématiquement la glycémie capillaire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15



PRÉCISER LE CONTEXTE

- Epistaxis spontanée ou traumatique
- Rechercher une hypertension
- Rechercher le traitement habituel : anticoagulant, AVK, antiagrégant plaquettaire...
- Prise récente d'AINS ou autre traitement pouvant perturber l'INR



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Contexte de surdosage en AVK, INR > 4
- Hypertension artérielle > 18
- Persistance épistaxis malgré compression pendant 10 minutes à 2 reprises



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Rassurer le patient ■ Position assise si possible afin d'éviter la déglutition de sang ■ Mouchage en vue d'évacuer un maximum de caillot sanguin ■ Compression ailes du nez, pendant 10 minutes, sans relâcher 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si récurrence, compression à nouveau pendant 10 minutes ■ Si persistance, tamponnage par alginate typa Coalgan® selon prescription médicale anticipée ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

CARDIO- RESPIRATOIRE



CAT DEVANT UNE
DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE



CAT DEVANT UNE
DOULEUR THORACIQUE



Le patient ne respire pas comme d'habitude et/ou se plaint d'une gêne respiratoire.



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Les antécédents du patient :

- Le patient a-t-il des troubles relationnels (maladie Alzheimer, démence...)
- Le patient est-il grabataire ?
- Le patient a-t-il des antécédents de problèmes respiratoires ou cardiaques ?
- Le patient est-il atteint d'une maladie incurable (cancer en phase terminale) ? notion de soins palliatifs, de fin de vie.

■ Circonstances de survenue :

- La gêne respiratoire survient-elle au décours immédiat d'un repas (fausse route) ou d'une chute ?

■ Signes constatés :

- Le patient respire-t-il vite ?
- Présence d'une toux, de crachats (avec du sang), de bruits anormaux (râles, sifflements) ?



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Agitation, sueurs
- Cyanose (coloration bleue des extrémités)
- Difficultés à parler
- Pausas respiratoires
- Vomissements
- Douleur dans la poitrine



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prendre les constantes : <ul style="list-style-type: none"> ■ Systématiquement, température et fréquence respiratoire. ■ Si possible, saturation en oxygène, tension artérielle et pulsations cardiaques. ■ Installation du patient dans la position la plus confortable pour lui. Éviter la position à plat dos. ■ Libérer les voies aériennes (col de chemise, ceinture). ■ Vérifier l'absence de corps étranger dans la bouche, retirer les prothèses dentaires. ■ Sur protocole : si possible et en cas de gêne respiratoire sévère, administration d'oxygène 4 L/min. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

Le patient se plaint d'une douleur intense et brutale au niveau du thorax.



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Les antécédents du patient :

- Le patient a-t-il des troubles relationnels (maladie Alzheimer, démence...)
- Le patient est-il grabataire ?
- Le patient a-t-il des antécédents de problèmes respiratoires ou cardiaques ?
- Le patient est-il porteur d'un pace-maker ?

■ Description de la douleur :

- Depuis quand ? La douleur dure-t-elle encore ou a-t-elle cédé (depuis quand) ?
- Est-elle survenue au repos, après un effort ou une chute ?
- Quel type de douleur ? (ça serre, ça pince, ça brûle, ça écrase la poitrine)
- La douleur se déplace-t-elle ? (vers les bras, le cou et la mâchoire, ça transperce vers le dos)



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Douleur continue, importante, invalidante
- Gêne respiratoire
- Sueurs
- Agitation
- Palpitations



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prendre les constantes : <ul style="list-style-type: none"> ■ Systématiquement, tension artérielle aux deux bras, pulsations cardiaques (régulières ou non). ■ Si possible, saturation en oxygène. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

NEUROLOGIQUE



CAT DEVANT UN TROUBLE
DU COMPORTEMENT AIGU OU
UNE AGITATION INHABITUELLE



CAT DEVANT UNE CONVULSION,
DES MOUVEMENTS ANORMAUX



CAT DEVANT DES
MAUX DE TÊTE (CÉPHALÉES)





PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Connaître l'état habituel du patient :

- Degrés d'autonomie (Valide ? Dépendant ? Grabataire ?)
- Démence connue
- Agressivité ou agitation habituelle

■ Connaître ses antécédents :

pathologie psychiatrique, maladie Alzheimer, démence, épilepsie, diabète, AVC et son traitement habituel

■ Description du trouble du comportement :

- Etat de conscience ? Confusion ?
- Agitation motrice (déambule, remue, frappe, tremblements ou gestes anormaux)
- Agitation psychique (discours incohérent, délire, désorientation, hallucination, cris, pleurs, appels)

■ Troubles aigus de l'humeur (anxiété, peur, agressivité)

■ Le patient a-t-il déjà présenté des troubles de comportement similaires ?

■ Préciser le contexte de survenue du trouble de comportement

(voir les transmissions) :

- Chute(s) récente(s), notion de traumatisme crânien dans les dernières semaines (plaie suturée, bosse, hématome visible sur la tête ?)
- Infection aiguë récente ou encore en cours de soin ?
- Changement récent de traitement ?
- Convulsions ayant précédé l'agitation ?
- Date des dernières selles et urines ?



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Paralysie brutale (face, membre, moitié du corps)
- Fièvre
- Détresse respiratoire





AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER

- **Prise de constantes** : si possible pouls, tension artérielle, température, glycémie capillaire, saturation en oxygène.
- Ne pas se mettre en danger, ne pas tenter de contenir seul un patient extrêmement agité, ou agressif.
- Essayer de calmer le patient par la parole, rester auprès de lui.
- Si IDE présente : sur protocole administration d'un traitement (*prescriptions médicales anticipées*).
- Solliciter équipe géronto-psy si disponible.
- Débuter le plus rapidement un resucrage per os avec du sucre rapide (morceaux de sucre, jus de fruit) puis des sucres lents (pain, biscotte, fruit...).
- Contrôler régulièrement la glycémie 20 min après le resucrage. Puis surveillance glycémique 4 fois par jour après stabilisation.

ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ

- **Surveillance.**
- **Information** du médecin traitant.

PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ

- Appel du **médecin** présent sur site
- ou Appel du **CENTRE 15**



La survenue d'une première crise d'épilepsie est rare chez le sujet âgé n'ayant pas d'antécédents d'épilepsie. Le plus souvent, elle révèle une autre pathologie (AVC, tumeur...).

Chez le sujet âgé, ce sont fréquemment des **CRISES PARTIELLES COMPLEXES** : secousses cloniques débutant à un membre ou le visage et pouvant s'étendre, mâchonnement, mastication, automatismes gestuels (grattage, agrippement, manipulation, boutonner et déboutonner les vêtements, fouiller les poches ..) et **DES ÉTATS CONFUSIONNELS**.

Les signes **POST-CRITIQUES** (= état anormal après la crise jusqu'au retour à l'état normal du patient) sont souvent plus marqués et plus longs chez le sujet âgé.



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Connaître l'état habituel du patient :

- Degrés d'autonomie (Valide ? Dépendant ? Grabataire ?)
- Démence (les crises d'épilepsie sont plus fréquentes chez les patients déments)

■ Connaître ses antécédents :

notamment Parkinson, Alzheimer, épilepsie, diabète, cancer et son traitement

■ Pouvoir décrire la crise le mieux possible : penser à noter les horaires

- **Début de la crise :** qu'était en train de faire le patient ?
- A-t-il perdu connaissance ou était-il conscient ?
- A-t-il chuté ? De sa hauteur, d'une chaise, d'un lit ?
- **Pendant la crise :** Convulsions généralisées ? Convulsions limitées à une partie du corps ? Gestes répétitifs ? Déviation de la tête ? Révulsion ou déviation des yeux ?

- Signes associés : respiration bruyante ou difficile, teint bleu ou rouge, a uriné ?
- Durée de la crise

■ Après la crise : état dit "post-critique"

- Conscience : reprise progressive jusqu'au retour à l'état normal du patient
- Etat de confusion, d'agitation, jusqu'au retour à l'état normal du patient
- Reprise progressive d'une respiration normale
- Survenue d'une nouvelle crise durant la phase post critique, c'est-à-dire avant que le patient ne soit revenu à son état normal

■ Après la crise :

- Vérifier le retour à l'état habituel du patient
- Rechercher un déficit : paralysie d'une partie du corps, difficulté de trouver ou de prononcer des mots, déviation de la bouche
- Rechercher un traumatisme consécutif de la crise : douleur, plaie, hématomes



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Fièvre
- Signes de détresse après la crise
(difficulté respiratoire, teint bleu, tension basse < 9)
- Répétition des crises
- Absence de retour à l'état normal du patient 30 minutes après la crise
- Paralyse (face, membre, moitié du corps)



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER

- **Pendant la crise** : ne pas chercher à contenir le patient, éloigner les objets pouvant le blesser
- **Après la crise** : prendre les paramètres : pouls, tension, saturation, glycémie capillaire
- **Si IDE présente** : oxygène au masque haute concentration (> 6 L/mn)
- Allonger le patient en PLS

ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ

- **Surveillance.**
- **Information** du médecin traitant.

PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ

Devant la présence de signes d'alerte ou de gravité ET si première crise :

- Appel du **médecin** présent sur site
- ou Appel du **CENTRE 15**

CAT DEVANT DES MAUX DE TÊTE (CEPHALÉES)

FICHE
N°12



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Antécédents du patient :

- Migraineux connu ?
- HTA ?
- AVC ?
- Traitement en cours :
anticoagulant/antiagrégant ?

■ Description de la douleur et mode de survenue :

- Intensité : légère, modérée ou sévère ?
- Localisation : cou, toute la tête, la moitié
de la tête ?
- Installation brutale « en coup de fusil »
ou progressive ?
- Notion de chute avec traumatisme
à la tête dans les heures
ou jours précédents

■ Recherche de signes associés :

- Fièvre ?
- Douleur/raideur de la nuque
- Nausées ou vomissements
- Eruption cutanée
- Troubles de la conscience, somnolence
- Paralysie, brutale
(face, membre, moitié du corps)



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Mal de tête intense
ayant débuté de façon très brutale
- Troubles de la conscience ou somno-
lence, trouble du comportement aigu
- Déficit moteur ou sensitif aigu
- Fièvre, raideur du cou
- Mal de tête intense juste
après une chute avec choc à la tête



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Rassurer le patient, l'installer dans un environnement calme ■ Prendre les paramètres, en particuliers la tempé- rature et la tension artérielle ■ Délivrer un antalgique suivant protocole (<i>prescription médicale anticipée</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

URODIGESTIF



CAT DEVANT DES
DOULEURS ABDOMINALES



ARRÊT DES SELLES



CAT DEVANT
DES VOMISSEMENTS



CAT DEVANT
DES DIARRHÉES AIGÜES



CAT DEVANT
PEU OU PAS D'URINE



Une douleur abdominale est une sensation pénible, désagréable, ressentie au niveau du ventre.



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Connaître ses antécédents :

chirurgicaux, vasculaires et cardiaques et son traitement habituel

■ Rechercher les signes associés, permettant d'établir les risques de gravité :

■ Signes digestifs :

des vomissements, la présence d'une diarrhée ou d'une constipation, des selles sanglantes rouges ou très noires

■ Signes urinaires :

recherche d'un globe (difficulté à uriner, présence d'une masse abdominale) ou d'une infection (urine fréquente et/ou douloureuse)

■ Si possible aspect de l'abdomen :

ventre dur, ballonné, présence d'une masse inhabituelle (pouvant faire évoquer une hernie)

■ Autre signe associé :

présence d'une douleur thoracique pouvant évoquer une cause cardiaque



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Fièvre
- Sueurs, marbrure, cyanose
- Trouble du comportement associé



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER

- Rassurer le patient
- Laisser le patient à jeûn
- Délivrer du Paracétamol, Spasfon et/ou Normacol en cas de douleur récidivante selon protocole (*prescription médicale anticipée*)

ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ

- **Surveillance**
- **Information** du médecin traitant en cas de douleur inhabituelle

PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ

- Appel du **médecin** présent sur site
- ou Appel du **CENTRE 15**

Les troubles digestifs sont un sujet fréquent d'inquiétude chez les résidents d'une EHPAD. Il est important de respecter le rythme propre de chaque patient et savoir prendre son temps car ces troubles sont rarement des situations d'urgence.



PRÉCISER LE CONTEXTE

- Il est important d'identifier la date de la dernière selle, le nombre de selles depuis une semaine. La constipation est définie par l'absence de selles depuis 3 jours et/ou des difficultés à la défécation.
- De nombreux traitements sont pourvoyeurs de troubles du transit, il conviendra donc de vérifier :
 - L'absence de traitement ralentisseur de transit
 - La bonne prise des laxatifs déjà prescrits
 - La mise en route d'un nouveau traitement pouvant modifier le transit



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Une fièvre
- Douleur abdominale intense
- Ballonnement, absence de gaz
- Nausée et/ou vomissement
- Changement de comportement



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER	ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ	PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Délivrer un traitement laxatif per os ou un lavement selon protocole (<i>prescription médicale anticipée</i>) ■ Hydrater le patient 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveillance ■ Information du médecin traitant en cas de douleur inhabituelle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel du médecin présent sur site ■ ou Appel du CENTRE 15

La nausée correspond à une sensation désagréable d'avoir envie de vomir.

Le vomissement est le rejet du contenu de l'estomac par la bouche, il constitue un réflexe de défense de l'organisme destiné à vider l'estomac. Il est le plus souvent en rapport avec des affections bénignes et passagères.



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Circonstance de survenue :

- Avant ou après le repas, quelqu'un a-t-il vu le vomissement ?
- En jet, sans effort
- Au changement de position
- Après une chute, notion de traumatisme crânien récent ?

■ Type

- Alimentaire
- Jaune-vert (bilieux)
- Rouge (sang)
- Marron (fécaloïde-odeur de selles)

■ Fréquence : X fois depuis X heures

■ Signes associés

- Douleurs abdominales
- Douleurs thoraciques
- Constipation ou diarrhée, date dernières selles ?
- Abdomen ballonné
- Trouble de la conscience ?

■ Parmi les antécédents, il est important de rechercher :

- Une cicatrice abdominale
- Une chirurgie récente
- Diabète
- Chute récente avec traumatisme crânien



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Vomissements sanglants importants
- Absence de selles depuis plusieurs jours
- Trouble de la conscience
- Fièvre
- Notion de chute avec traumatisme crânien récent



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER

- Si les vomissements persistent, veillez à ce que le patient reste assis ou le positionner sur le côté en position latérale de sécurité (PLS) afin d'éviter l'inhalation du vomi dans les poumons.

ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ

- **Surveillance**
- **Information** du médecin traitant

PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ

- Appel du **médecin** présent sur site
- ou Appel du **CENTRE 15**

Une diarrhée aiguë se définit par la présence de plus de 4 selles liquides par jour.



PRÉCISER LE CONTEXTE

La description des selles doit être systématique :

- Nombre de selles par jour
- Aspect : liquides, molles
- Couleur, présence de sang rouge ou noir, purulente, glaireuse
- Odeur inhabituelle...
- Durée depuis laquelle les diarrhées évoluent.

- Retentissement sur le résident, mange-t-il comme d'habitude ? Arrive-t-il à boire ?

Recherche d'une cause à cette diarrhée :

- Présence d'une fièvre associée
- Fréquence des selles avant l'épisode
- Recherche d'un fécalome
- Changement récent de traitement, prise d'antibiotique



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Présence de vomissements
- Fièvre
- Suspicion de fécalome





AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER

- Appliquer le protocole d'hygiène de l'établissement.
- Evoquer une éventuelle toxi-infection alimentaire si un nombre de résidents important est concerné. Le rapporter à l'infirmière ou médecin coordonnateur qui préviendra sans délai les autorités compétentes et mettra en œuvre les mesures d'isolement nécessaires.
- Mettre en place un protocole de réhydratation en fonction du nombre de selles.
- Rechercher d'autres cas parmi les résidents et évoquer une éventuelle toxi-infection alimentaire.

ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ

- **Surveillance.**
- **Information** du médecin traitant.

PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ

- Appel du **médecin** présent sur site
- ou Appel du **CENTRE 15**



Les troubles de la miction peuvent être variés :

- Anurie : absence d'urine
- Pollakiurie : mictions abondantes
- Dysurie : difficultés d'uriner
- Brûlures mictionnelles



PRÉCISER LE CONTEXTE

■ Les urines peuvent être caractérisées par leur volume, mais également par leur aspect (claires, foncées, purulentes, rouges) voire leur odeur...

■ Lorsque des troubles urinaires surviennent, les deux situations importantes à repérer sont l'infection urinaire et le globe vésical.

■ Infection urinaire

une cystite (infection urinaire basse) peut se compliquer d'une pyélonéphrite (infection du rein), voire d'une infection généralisée (sepsis).

■ Devant l'apparition de signes urinaires : prévenir l'IDE ou le médecin

■ Globe vésical

Le globe vésical ou rétention aigüe d'urine est une urgence car elle est avant tout douloureuse (au niveau du bas ventre) et il faut soulager le patient le plus rapidement possible. Les mictions par regorgement (la vessie évacue le « trop plein ») représentent le principal piège. Celui-ci devra être évoqué devant tout épisode d'agitation ou de confusion chez un résident.

■ Devant l'absence d'urine : un avis médical est nécessaire afin de poser l'éventuelle indication de sondage



IDENTIFIER LES SIGNES D'ALERTE

- Douleur pelvienne avec envie d'uriner mais n'y arrive pas
- Fièvre associée à des troubles urinaires
- Agitation-confusion



AGIR

PREMIERS SOINS À RÉALISER

- Prise de la température
- Réalisation d'une bandelette urinaire

ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU DE GRAVITÉ

- **Surveillance**
- **Information** du médecin traitant

PRÉSENCE DE SIGNE D'ALERTE OU GRAVITÉ

- Appel du **médecin** présent sur site
- ou Appel du **CENTRE 15**

Situations **URGENTES** EN EHPAD

CONDUITES À TENIR PRATIQUES

COORDINATION

Marc NOIZET

COMITÉ DE RÉDACTION

Marc NOIZET

Guelove NOLEVAUX

Maryline PEYNACHE

Philippe TIRAND

COMITÉ DE RELECTURE

Véronique FOUCHE-NOIZET

Elisabeth LAGILLE

Emna LUNEAU

Nathalie PEUGNET

UN DOCUMENT RÉALISÉ PAR



51 rue du Commandant Derrien - BP 80501

51 005 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE

tél. 09 64 41 51 89 - contact@resurca.com

www.resurca.com/ehpad-urgences

EN COLLABORATION AVEC

