



## ACTU DU RESEAU

# Projet **EHPUR** Prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence

Dr Stéphanie FEY DOSDA, Médecin Urgentiste  
CHMS / Réseau Nord Alpin des Urgences

# DES CHIFFRES

Les personnes âgées : 10 % de la population

Fin 2015 728 000 personnes en EHPAD  
soit 10% des plus de 75 ans et +  
30% des plus de 90 ans



**En 2011 un résident sur 5 a consulté dans une SU**

Selon les études 19 à 67 % d'hospitalisations potentiellement évitables

**Iatrogénie des urgences +++**  
délais d'attente longs

↗ **morbi mortalité**



Nombre d'EHPAD dans la région : 200 avec 13839 places

ETUDE CHUTE DU RENA U :

25% des résidents d'EHPAD sont admis la nuit

50% pourraient être diffères en journée

**10 000 passages aux urgences par an sur le RENA U**

⇒ **Réflexion sur les parcours de soin non programmé  
(déserts médicaux, pas de garde médicale, pas d'IDE de nuit,  
augmentation des transferts vers les urgences)**

⇒ **Bénéfice/risque du transport aux urgences**

## PROJET RESUVAL



### Prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence

Un programme  
des réseaux des urgences  
Auvergne Rhône-Alpes

- ✓ Check-lists
- ✓ Aides à la décision
- ✓ Recommandations

Centre hospitalier de \_\_\_\_\_

RESUVAL

RENAU

REULIAN

RAMU

Entre 2015 et 2017 =>

Expérimentation entre CH Vienne et 20 EHPAD périphérique

Programme de formation des soignants en EHPAD avec outils d'aide à la décision

### Objectif

⇒ Identification et analyse des situations d'urgence

⇒ Mettre en œuvre les recommandations du référentiel

⇒ Améliorer l'expertise des soignants d'EHPAD ; savoir alerter

=> Meilleure coordination EHPAD –SU

Le programme a permis :

**Réduction de transfert aux urgences de 27,4%**

**Réduction des hospitalisations de 22,1%**

# Projet régional ARS avec réseaux d'urgence

## Groupe de travail :

### Rédaction d'un livret régional

Evaluation de la situation / critères de gravité

Aide à la prise de décision

Trousse de pharmacie pour 3 types d'usage.

Mise en place dans toute la région Auvergne  
Rhône-Alpes par les réseaux d'urgence

Projet pérenne

Reulian, RAMU, resuval : IDE in situ,  
formateur relai

RENAU : Information en visio 3h RENAU



## Critères de gravité

## Qu'est-ce qu'une urgence?

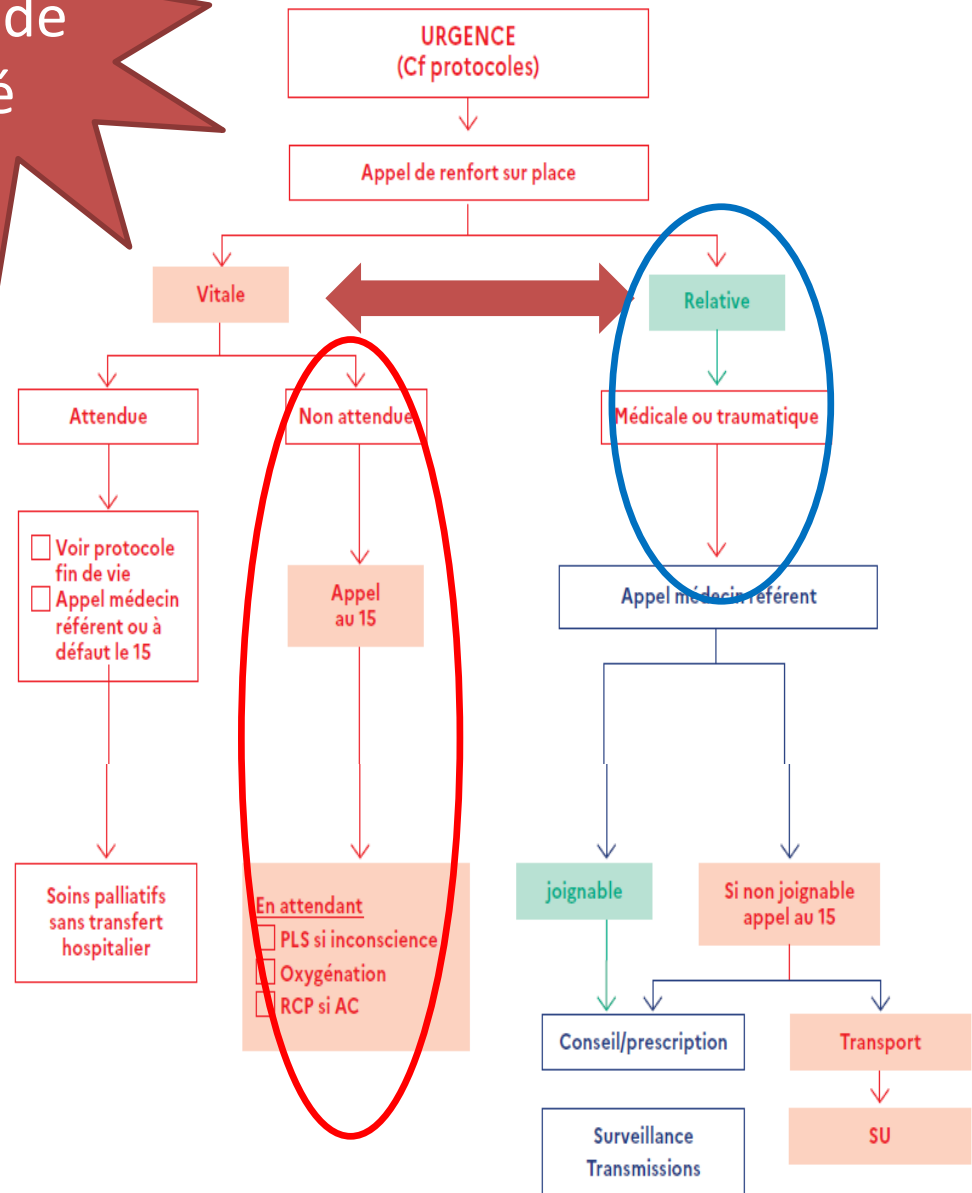
Une urgence est une situation exigeant une réponse ou action immédiate et rapide.

Certaines urgences se distinguent par leur gravité quand elles engagent le risque vital. Leur prise en charge doit être rapide et efficace.

L'observation de certains symptômes cliniques peut alerter sur le degré de gravité.

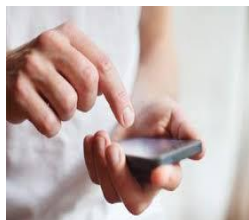
Dans certaines situations, il est important de s'assurer de la présence d'une prescription anticipée. L'existence de directives anticipées, de décision de Limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) et les situations de soins palliatifs doivent être portées à la connaissance des interlocuteurs médicaux, pour leur permettre de décider de la prise en charge adaptée.

Reconnaitre une urgence vitale / relative  
Régulation PDS / AMU





# Et donc comment appeler C15?



Avec téléphone mobile  
EHPAD

Après avoir évalué la  
situation :

1. Conscience
2. Respiration
3. Prise de constantes

A coté du résident

Avec le dossier médical ET  
les traitements, GIR, LATA

Préparer l'appel :  
utiliser la checklist  
de transmission au 15

COMPOSER LE 15

Présentation du soignant

- ☐ Nom
- ☐ Fonction
- ☐ Adresse de l'EHPAD
- ☐ Tél. ou n° de poste

Présentation du résident

- ☐ Nom
- ☐ Âge
- ☐ Sexe
- ☐ Antécédents médicaux
- ☐ Traitement  
(anticoagulants +++)
- ☐ Mettre en évidence les LATA,  
directives anticipées et GIR

MOTIF DE L'APPEL :  
SE RÉFÉRER AUX FICHES  
CHECK-LISTS

Nom et Prénom du Résident :  
 Age / date de naissance :  
 Situation inattendue ? ☐ Oui ☐ Non  
 Date :  
 Heure d'évaluation de la situation :

Motif de l'appel :

<input type="checkbox"/> <b>Détresse Cardio-Respiratoire</b> Douleur thoracique Heure de début : ..... Survenue : <input type="checkbox"/> Brutale <input type="checkbox"/> Progressive Intensité : <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Douleur bras Gauche / Droit <input type="checkbox"/> Douleur mâchoire <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements Détresse respiratoire <input type="checkbox"/> Toux, crachats <input type="checkbox"/> Crachats de sang <input type="checkbox"/> Essoufflement au repos <input type="checkbox"/> Essoufflement à l'effort Survenue : <input type="checkbox"/> Brutale <input type="checkbox"/> Progressive Bruits respiratoires : <input type="checkbox"/> Ronflements <input type="checkbox"/> Sifflements <input type="checkbox"/> Encombrements <input type="checkbox"/> Difficulté à parler <input type="checkbox"/> Cyanose (lèvres ou ongles bleus) Troubles neurologiques <input type="checkbox"/> Tb. de la conscience <input type="checkbox"/> Agitation Autres signes <input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Pâleur	<input type="checkbox"/> <b>Chute avec Lésion</b> Circonstances du traumatisme <input type="checkbox"/> Par maladresse <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> De sa hauteur <input type="checkbox"/> Du lit, du fauteuil <input type="checkbox"/> Hauteur élevée, escalier Retrouvé(e) dans quelle position ? ..... Durée de séjour au sol : ..... <input type="checkbox"/> Perte de connaissance (durée) ..... <input type="checkbox"/> Douleur (localisation) ..... <input type="checkbox"/> Lésion crâne ou visage (localisation) ..... <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Lésion membre supérieur (localisation) ..... <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Déformation <input type="checkbox"/> Incapacité à bouger le bras <input type="checkbox"/> Lésion membre inférieur (localisation) ..... <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Déformation <input type="checkbox"/> Rotation ext. du pied <input type="checkbox"/> Incapacité à bouger la jambe
---	--

## Check-list de transmission au 15

A compléter auprès du patient pour faciliter la transmission du bilan au 15.

En cas de transfert du résident, une copie de ce document peut être jointe aux documents de liaison d'urgence

Nom EHPAD :

Téléphone (où le soignant peut être joint) :

Nom du soignant :

En situation d'urgence vitale, le recueil ne doit pas retarder l'appel

<input type="checkbox"/> <b>Malaise, AVC, Traumatisme crânien, Myts anormaux</b> Heure de début des signes : ..... <input type="checkbox"/> Perte de connaissance Durée : ..... <input type="checkbox"/> Perte de contact <input type="checkbox"/> Ouvre les yeux spontanément <input type="checkbox"/> Ouvre les yeux à la demande <input type="checkbox"/> Secousses bras et jambes <input type="checkbox"/> Yeux révilés <input type="checkbox"/> Mâchoires serrées <input type="checkbox"/> Perte d'urines <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Réponse verbale aux sollicitations <input type="checkbox"/> Paroles normales/habituelles <input type="checkbox"/> Paroles confuses <input type="checkbox"/> Paroles incompréhensibles <input type="checkbox"/> Serre la main G à la demande <input type="checkbox"/> Serre la main D à la demande : ..... <input type="checkbox"/> Déviation de la bouche <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Nausée : ..... <input type="checkbox"/> Vomissement Echelle FAST <input type="checkbox"/> Face : Asymétrie expression faciale ? <input type="checkbox"/> ARM : Tb motricité/sensibilité Mbre ? <input type="checkbox"/> Speech: Anomalie parole ? <input type="checkbox"/> Time : Heure de début des symptômes ? <input type="checkbox"/> Patient mis sur le côté	<input type="checkbox"/> <b>Douleur abdominale brutale</b> Signes de gravité spécifiques <input type="checkbox"/> Plusieurs vomissements Préciser quantité, aspect, présence de sang rouge ou sombre : ..... Date des dernières selles : ..... <input type="checkbox"/> Diarrhée récente <input type="checkbox"/> Sang dans les selles Préciser rouge ou sombre : ..... <input type="checkbox"/> Urines rouges ou caillots <input type="checkbox"/> Absence d'urines <input type="checkbox"/> Suspicion de globe vésical <input type="checkbox"/> Ventre dur et ballonné <input type="checkbox"/> Masse inhabituelle (hernie) <input type="checkbox"/> Douleur thoracique associée Éléments associés <input type="checkbox"/> Gonflement / cicatrice abdominale <input type="checkbox"/> Pâleur extrême <input type="checkbox"/> Teint inhabituel <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence
---	---

Paramètres vitaux et autres informations :  
 T° : \_\_\_\_ ° TA bras droit : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ TA bras gauche : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Saturation oxygène : \_\_\_\_ Glycémie capillaire (dextro) : \_\_\_\_ g/l  
 Niveau de dépendance (niveau GIR) : \_\_\_\_  
 Consignes de limitation des soins : ☐ Oui (Joindre une copie des directives anticipées ou décision

T° : \_\_\_\_ ° Fréquence respiratoire : \_\_\_\_ cycles / min ☐ Régulière ☐ Irrégulière  
 EVA : \_\_\_\_ / 10 BN : \_\_\_\_ / 10 Algotplus : \_\_\_\_ / 5

de limitation/arrêt des thérapeutiques) ☐ Non

**Pour le soignant : améliorer la qualité du bilan soignant**

**Pour le médecin régulateur : travail avec les régulations**



**apporter la réponse la plus adaptée**

pas de transfert immédiat aux services d'urgences, mais possibilité d'attendre qq heures (attendre le matin la visite du médecin, transfert aux urgences décalé au matin etc..)

Temporiser avec trousse à pharmacie



# TRANSMETTRE LES BONNES INFORMATIONS AU SERVICE D'URGENCE

 **FICHE DE LIAISON D'URGENCE** 

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

---

**DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)**

Rempli par (nom, prénom, fonction) : \_\_\_\_\_ Date/Heure : \_\_\_\_\_

**Résident**  
Nom d'usage, prénom.....

**Motif de transfert en service des urgences**

**Constantes du patient**  
Pouls \_\_\_\_\_ Tension artérielle (max/min) \_\_\_\_\_ Température \_\_\_\_\_ Poids récent \_\_\_\_\_  
☐ Conscient et éveillé    ☐ Éveillé    ☐ Non éveillé  
☐ Douleur récente  
Localisation.....  
Date et heure de la dernière prise de traitement habituel .....  
Date et heure du dernier repas .....

**Personnes informées du transfert au service des urgences**  
☐ « le 15 »    ☐ Médecin traitant  
☐ SU    ☐ Entourage  
Nom : .....

**Commentaires**

**Liste des prothèses et objets personnels**

	Aller (Ehpad)	Retour (SU)
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas		
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
Autres dispositifs ou objets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Imprimer :

- DLU
- Traitement
- Motif de transfert
- GIR
- LAT, directives anticipée, consignes de limitation de soins

**Transfert du dossier  
via Mon Sisra**



Formateur pour  
création compte dans les EHPAD

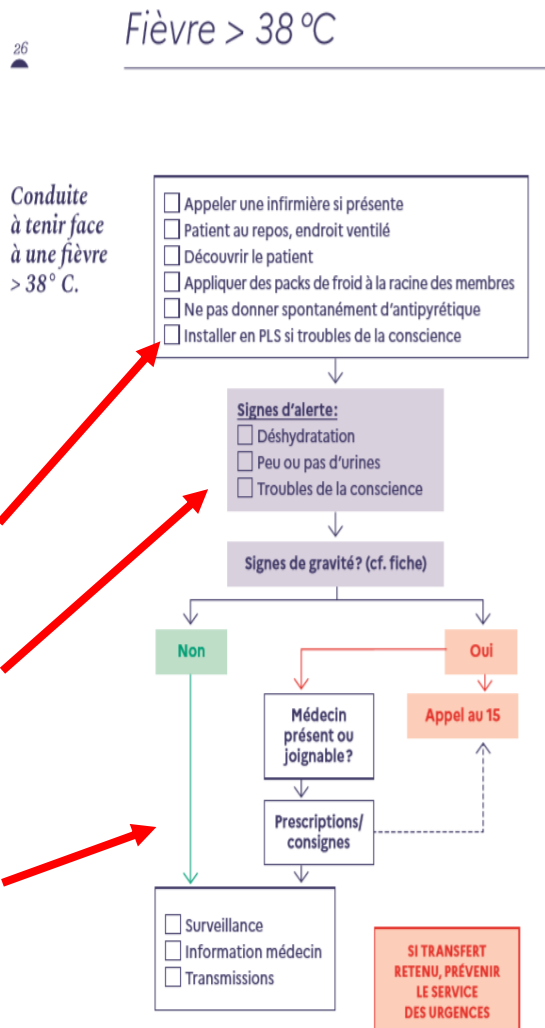
## Sommaire

Qu'est-ce qu'une urgence?	P. 6
Comment s'organise une urgence?	P. 8
Grille AGGIR et calcul du GIR	P. 10
Checklist de transmission au 15	P. 12
Transmission du bilan au centre 15	P. 14
Les référentiels	P. 15
Douleur thoracique / Gêne respiratoire	P. 16
Chute avec lésion(s)	P. 18
Malaise et/ou mouvements anormaux ou suspicion d'AVC	P. 20
Douleur abdominale d'apparition brutale	P. 22
Traumatisme crânien léger	P. 24
Malaise hypoglycémique (dextro $\leq 0.6$ g/L)	P. 26
Douleur post-traumatique	P. 28
Fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$	P. 30
Suspicion de phlébite (membre chaud et douloureux)	P. 32
Vomissements	P. 34
Diarrhées aiguës	P. 36
Peu ou pas d'urines	P. 38
Trouble du comportement aigu ou agitation inhabituelle	P. 40
Epistaxis - saignement de nez	P. 42
Céphalées - Maux de tête	P. 44
Médicaments et dispositifs médicaux	P. 46
Dispositifs médicaux d'urgence (proposition)	P. 56
Annexes	P. 60
Proposition de fiche de liaison d'urgence	P. 62
Bon usage des médicaments	P. 64
Glossaire	P. 68
Groupes de travail	P. 70
Contacts	P. 72

## 15 situations cliniques fréquentes

## Logigramme d'aide à l'évaluation du résident et son orientation:

- Rappel des gestes secouristes à effectuer
- Rappel des critères de gravité à rechercher
- En fonction de la situation : appel C15 demandé



# PHARMACIE

3 types de listes sont proposés :

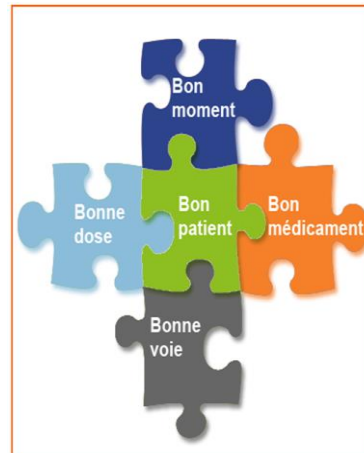
Une liste «urgences relatives» permettant de faire face aux soins non programmés (ex: instauration d'un antibiotique un dimanche, retour hospitalisation un vendredi soir, etc.).

Une liste «urgences vitales» permettant de faire face aux urgences absolues (ex: douleur thoracique).

Une liste «personnel de nuit» permettant de répondre à une prescription du centre 15, à l'aide d'un nombre restreint de spécialités, en l'absence d'IDE dans l'EHPAD la nuit.



Travail pharmacie CHANGE  
avec filière géronto  
Harmonisation des pharmacies  
dans toute la région (pharmacien ARS)



# TROUSSE DE NUIT Ou « petite boîte de nuit »: 12 spécialités



“le prescripteur devra impérativement s’assurer de la bonne compréhension des informations par l’aide soignant ou l’agent de service”

Transmettre l’ordonnance via mon sisra  
Consigner dans le dossier de régulation

	DCI et dosages	Spécialités	Posologie*	Indication et consignes de bon usage
*selon prescription du médecin régulateur				
	Paracétamol 500mg	DolipraneOro®	1 à 2cp par prise	<b>Antalgique pour douleurs légères</b> <b>Antipyrétique.</b> Comprimé orodispersible à diluer dans l’eau ou directement sous la langue.
	Paracétamol 300mg + Extrait d’opium + Caféine	Lamaline®	1 à 2 gélules par prise	<b>Antalgique pour douleurs modérées à intenses.</b> Ne pas associer à du paracétamol (ex : DolipraneOro®), car risque de surdosage. Ne pas ouvrir la gélule. Si trouble de la déglutition, signaler au prescripteur.
	Nicardipine LP 50mg	Loxen®	1 gélule	<b>Médicament indiqué en cas d’urgence hypertensive.</b> La gélule peut être ouverte mais ne pas écraser son contenu.
	Macrogol 4000	Forlax®10g	1 sachet	<b>Traitement de la constipation.</b> A diluer avec de l’eau.
	Racecadotril	Tiorfan®	1 gélule	<b>Traitement de la diarrhée.</b> Ne pas ouvrir la gélule. Si trouble de la déglutition, signaler au prescripteur.
	Phloroglucinol	Spasfon® Lyc160mg	1 à 2 lyoc	<b>Douleurs digestives.</b> A laisser fondre sous la langue ou dissoudre dans un verre d’eau.
	Métopimazine	Vogalène® Lyc	1 lyoc	<b>Traitement des nausées et vomissements.</b> A laisser fondre sous la langue ou dissoudre dans un verre d’eau.
	Lansoprazole 30mg	OgastOro®	1 comprimé	<b>Médicament indiqué en cas d’ulcère ou de reflux gastro-œsophagien.</b> A diluer dans un verre d’eau ou laisser fondre dans la bouche en cas de trouble de la déglutition. Ne pas écraser les microgranules libérés du comprimé.
	Alginates + bicar	Gaviscon®	1 sachet	<b>Pansement digestif</b> indiqué en cas de reflux gastro-œsophagien. Administrer le sachet pur. <b>Laisser le patient à jeun après la prise.</b>
	Oxazépam 10mg	Séresta®	1 cp	<b>Anxiété / trouble de l’endormissement.</b> Le comprimé peut être écrasé.
	Risperidone 0,5mg	Risperidaloro®	1 cp	<b>Trouble du comportement/agitation/agressivité.</b> A laisser fondre sous la langue ou dissoudre dans un verre d’eau.
	Lévocétirizine 5mg	Xyzall®	1 cp	<b>Antihistaminique</b> indiqué dans les réactions allergiques. Le comprimé peut être écrasé.

# FORMATION

(In)Formation : visio de 3h par EHPAD en lien avec les filières de gérontologie des 3 départements

Construction d'un e-learning avec Urg'ARA (un jour)

Projet IDE formatrice avec simulation in situ (un jour)

Projet régional pérenne : groupe personne âgée du Réseau Urg'ARA





# D'aujourd'hui à demain

