



Le projet

- ▶ **Diminuer le recours aux urgences évitable** grâce à une meilleure pratique dans les EHPAD.
- ▶ Préparation de l'entrée aux urgences et du retour en EHPAD.
- ▶ 420 EHPAD en BFC à associer au projet.

PROJET ASSURE

4



Groupe Hospitalier
LOOS HAUBOURDIN



● Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France



Sant & Numérique
Hauts-de-France



Collège de
Médecine d'Urgence
Nord-Pas-de-Calais



Conception Hauts de France en 2019



Déploiement en Ile de France depuis 2022

Les acteurs

- Recrutement RUBFC
- Financement ARS pour 2 ans
- Rôle d'évaluation, de déploiement, de coordination et de suivi des indicateurs.



- ✓ Gériatre / urgentiste
- ✓ Expertise territoriale
- ✓ Référents médicaux





<u>Rôles</u>	<u>Outils</u>
<ul style="list-style-type: none">• Garantit la bonne tenue des sessions de sensibilisation dans son EHPAD.• Assure le suivi des sensibilisations.• Pilote le recueil des indicateurs.	<ul style="list-style-type: none">• Tableau de suivi des formations.• Feuille d'émargement.• Tableau de recueil des indicateurs.



<u>Rôles</u>	<u>Outils</u>
<ul style="list-style-type: none">• Collecte les indicateurs.• Communique auprès des médecins traitants.	<ul style="list-style-type: none">• Tableau de recueil des indicateurs.• Flyer et courrier médecin traitant.



<u>Rôles</u>	<u>Outils</u>
<ul style="list-style-type: none">• Anime les sessions de sensibilisation des professionnels.• Collecte les indicateurs.	<ul style="list-style-type: none">• Kit ASSURE.• Tableau de recueil des indicateurs.

Les outils



FICHES MÉMO LA GESTION D'URGENCE

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

MODALITÉS DE GESTION D'UNE SITUATION URGENTE



IDENTIFICATION D'UN BESOIN DE SOINS URGENTS

PRÉSENCE DE SIGNES DE GRAVITÉ ?

NON

OUI

Appel médecin traitant
ou médecin coordonnateur

MÉDECIN SUR SITE

ou

IDE d'astreinte

NON

OUI

ou

Protocolisation

Soins après
avis médical

Seconde intention

SAMU



Conseil / prescription

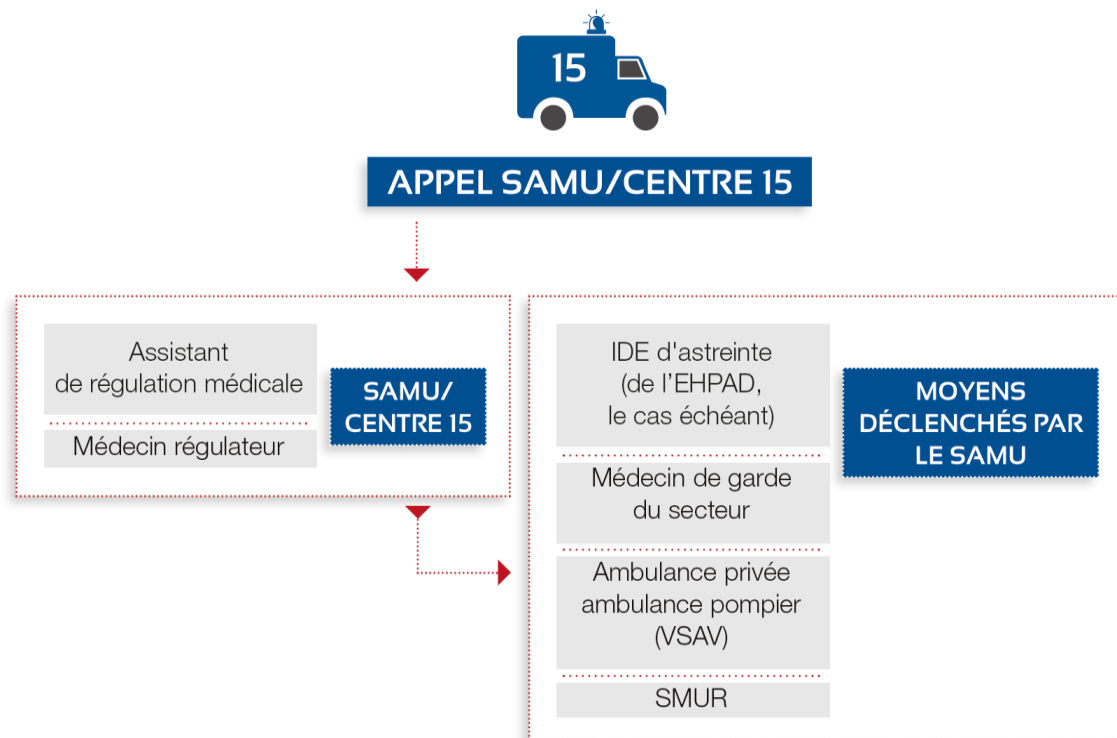
Ambulance

IDE d'astreinte

SMUR

Medecin de garde

URGENCES



L'ASSISTANT DE RÉGULATION MÉDICALE (ARM)

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

LE MÉDECIN RÉGULATEUR

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

L'IDE D'ASTREINTE

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

LE MÉDECIN DE GARDE

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

L'AMBULANCE

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

LE SMUR

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



À SAVOIR

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

PRÉPARER LES INFORMATIONS AVANT L'APPEL*

PRÉSENTATION DE L'APPELANT :

- Nom
- Fonction
- Adresse EHPAD
- Téléphone

PRÉSENTATION DU RÉSIDENT :

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

RECUEILLIR LES DONNÉES DU CONTEXTE DE L'APPEL*

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

*cf. affiche SAED



QUELQUES ELEMENTS CLINIQUES A RECHERCHER

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

PRENDRE LES CONSTANTES

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

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

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

SAVOIR IDENTIFIER LES SIGNES DE GRAVITE



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

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

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

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

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

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



EN PRATIQUE

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

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





FICHES CADRES LA GESTION D'URGENCE

Fiche A : Les urgences vitales 12

Fiche B : Les signes de gravité 13

ARRÊT CARDIAQUE

Premiers gestes :

réaliser des compressions thoraciques + défibrillateur

SUSPICION AVC
Premiers gestes :
suivre les conseils du SAMU (15)

COMA
Premiers gestes :
mettre en position latérale
de sécurité (PLS)



**DÉTRESSE
RESPIRATOIRE**

Premiers gestes :

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

HÉMORRAGIE

Premiers gestes :

compresser les points
de saignement (si accessibles)



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

LES SIGNES DE GRAVITÉ

SIGNES DE GRAVITÉ GÉNÉRAUX (NON SPÉCIFIQUES À UNE SITUATION)



SIGNES CARDIOCIRCULATOIRES

- Malaises successifs avec perte de connaissance,
- Sueurs, marbrures (marques violacées de la peau), cyanose (cf. ci-contre) ou pâleur extrême,
- Douleur thoracique,
- Hémorragie,

PRISE DE MÉDICAMENTS FLUIDIFIANT LE SANG (ANTICOAGULANTS/ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES)

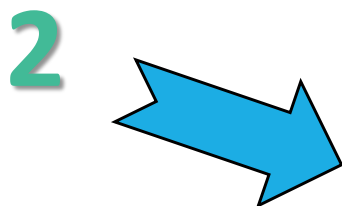
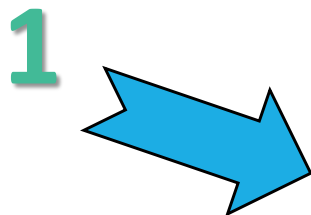
- Héparines ou HBPM,
- Anti vitamines K,
- AOD,
- Antiagrégants plaquettaires.

SIGNES NEUROLOGIQUES

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

SIGNES RESPIRATOIRES

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



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

- **Fréquence cardiaque (pouls)** : < 50/min ou > 100/min
- **Pression artérielle systolique (PA Systolique)** : < 100 mmHg ou > 200 mm Hg aux 2 bras
- **Fréquence respiratoire** : ≤ 10/min ou ≥ 25/min
- **SPO 2 (saturation)** : < 92 % (hors insuffisance respiratoire chronique)
- **Glycémie** : < 0,7 g/L ou > 1,1 g/L, l'hypoglycémie est diagnostiquée si la valeur est inférieure à 0,6 g/L
- **Hypothermie / Hyperthermie** (si association avec les signes cités en parallèle) :

≤ 35,5

35,6 – 36,0

36,1 – 38,0

38,1 – 39,4

≥ 39,5

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 résident et notamment sa gravité.

LES SIGNES DE GRAVITÉ

SIGNES DE GRAVITÉ GÉNÉRAUX (NON SPÉCIFIQUES À UNE SITUATION)

SIGNES NEUROLOGIQUES

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

SIGNES RESPIRATOIRES

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

SIGNES CARDIOCIRCULATOIRES

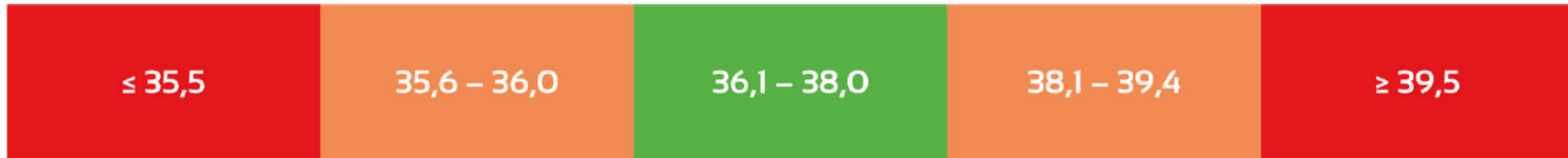
- Malaises successifs avec perte de connaissance,
- Sueurs, marbrures (marques violacées de la peau), cyanose (cf. ci-contre) ou pâleur extrême,
- Douleur thoracique,
- Hémorragie,

PRISE DE MÉDICAMENTS FLUIDIFIANT LE SANG (ANTICOAGULANTS/ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES)

- Héparines ou HBPM,
- Anti vitamines K,
- AOD,
- Antiagrégants plaquettaires.

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

- **Fréquence cardiaque (pouls)** : < 50/min ou > 100/min
- **Pression artérielle systolique (PA Systolique)** : < 100 mmHg ou > 200 mm Hg aux 2 bras
- **Fréquence respiratoire** : ≤ 10 /min ou ≥ 25 /min
- **SPO 2 (saturation)** : < 92 % (hors insuffisance respiratoire chronique)
- **Glycémie** : < 0,7 g/L ou > 1,1 g/L, l'hypoglycémie est diagnostiquée si la valeur est inférieure à 0,6 g/L
- **Hypothermie / Hyperthermie** (si association avec les signes cités en parallèle) :



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 résident et notamment sa gravité.

FICHES CONDUITE À TENIR

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



CLARIFIER LE CONTEXTE

ÉTABLIR LE CONTEXTE DE LA DOULEUR

=> J'évalue la douleur à l'aide du TILT:

Type de douleur: Tire Serre Brûle Coup de poignard

Intensité de la douleur: EN/EVA: /10

Si nécessité d'utiliser une échelle d'hétéroévaluation: utiliser l'échelle algoplus

Localisation de la douleur:

- Céphalées ? (Cf. Fiche N°2: CAT maux de tête inhabituels)
- Douleurs à la poitrine ? (Cf. Fiche N°14: CAT douleurs thoraciques)
- Douleurs abdominales ? (Cf. Fiche N°15: CAT douleurs abdominales)

Temporalité de la douleur:

- Douleur récente ?
- Apparition brutale ?
- Douleur chronique ?

Douleur déjà vécue et fréquence ? :

Circonstances de la douleur:

- Chirurgie associée récente ?
- Traumatisme récent ?
- Plaie ?
- Déformation de membre ?
- Hématome important ?
- Impotence fonctionnelle ?
- Résident correctement installé au lit ou au fauteuil ?
- Coloration cutanée et chaleur locale anormales ?
- Etat général habituel conservé ?
- Le résident a reçu des antalgiques ?

Selon le protocole éventuel mis en place, amélioration ou non ? :

.....
.....

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

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

QUE FAIRE ?

Je sécurise

- 1 Je rassure le résident.



J'évalue et j'agis

- 2 Je prends les constantes.
- 3 Je recherche la présence de signes de gravité.
- 4 Je réalise une échelle de la douleur.
- 5 Je localise et spécifie la douleur.
- 6 J'administre un antalgique, si prescription médicale anticipée (hors morphinique si je suis AS).

J'alerte

- Signes de gravité
- J'appelle le médecin si présent sur site.
 - Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15.
 - J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
 - Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.
- Pas de signes de gravité
- Je surveille l'évolution.
 - J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite.
 - Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant.

1

3

5

QUE FAIRE ?

1



Je sécurise

1 Je rassure le résident.

2 S'il n'est pas capable de se relever seul, je ne mobilise pas le résident avant d'évaluer la situation.

2

CLARIFIER LE CONTEXTE

=> Les antécédents du résident

- Résident diabétique ?
 - Si oui, vérifiez la glycémie:.....
 - Résident sous traitement anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires (voir fiche "Signes de gravité généraux") ?
 - Localisation et contexte de la chute ? (Moment , horaires, lieu, cause etc.) :.....
 - Malaise ? (cf. [fiche n° 08 : CAT devant un malaise](#))
 - Confusion ?
 - Douleur ? (cf. [fiche n° 01 : CAT devant un résident douloureux](#))
 - Plaie ? (cf. [fiche N° 05 : CAT devant une plaie](#))
 - Troubles de la conscience ? (cf. [fiche N° 11 : CAT devant un comportement aigu/ agitation inhabituelle](#))
 - Le résident est il resté longtemps au sol ?
- Combien de temps: :.....

QUE FAIRE ?

3



J'évalue et j'agis

3 Je prends les constantes.

4 Je recherche la présence de signes de gravité.

5 J'administre un antalgique, si prescription médicale anticipée (**hors morphinique si je suis AS**).

6 Je désinfecte et réalise un pansement (**si plaie voir fiche N° 5**).

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES

- ❑ Déformation d'un membre
- ❑ Douleur intense
- ❑ Plaie profonde
- ❑ Impotence fonctionnelle

QUE FAIRE ?

Signes de gravité

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

Pas de signes de gravité

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





FICHES COMPLÉMENTAIRES

Fiche 1 : La filière gériatrique générale 36

Fiche 2 : La filière gériatrique hospitalière 37

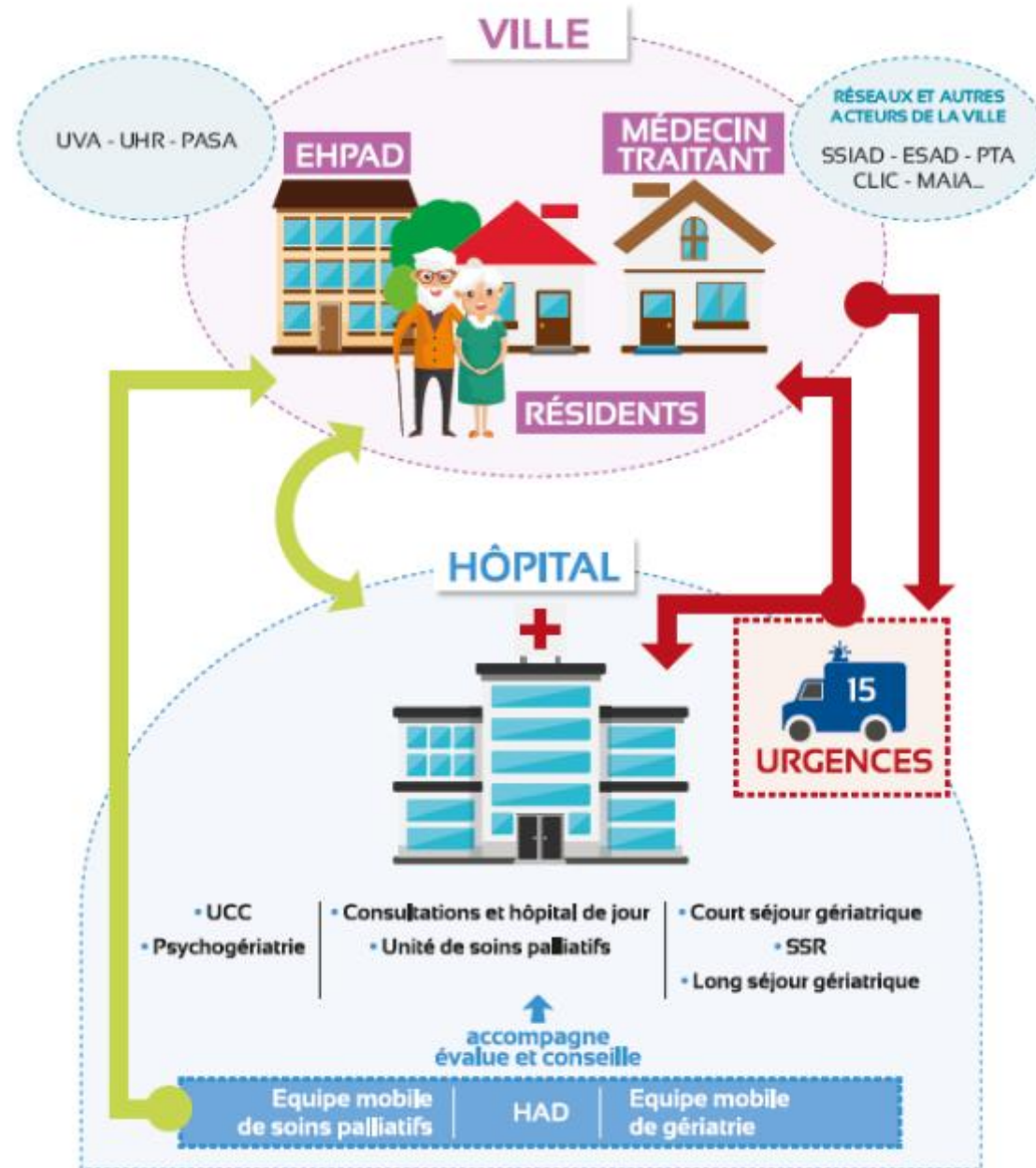
Fiche 3 : Fiche EHPAD 38

Fiche 4 : Grille de retour d'expérience suite à l'hospitalisation
d'un résident 41

Flyer : Projet Assure

Courrier d'information au médecin traitant

LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE GÉNÉRALE



STRUCTURE	MISSIONS	MODE D'ENTRÉE MODALITÉS D'INTERVENTION	PLACE DANS LA FILIÈRE
Court séjour gériatrique (CSG)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences. Procéder à une évaluation globale du patient et mettre en œuvre les soins permettant de traiter les différentes pathologies. 	<ul style="list-style-type: none"> Accès direct sans passage par les urgences (à privilégier). Accès après passage par les urgences. Admission programmée ou non programmée. 	<ul style="list-style-type: none"> Noyau dur articulant les autres acteurs de soins de la filière.
Équipe mobile de gériatrie (EMG)	<ul style="list-style-type: none"> Mener une évaluation globale du patient et contribuer au projet de soins individualisé. Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques. Orienter le patient dans la filière gériatrique. Faciliter l'entrée rapide en court séjour dans le cadre d'une intervention en structure d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention sur appel dans l'ensemble des services hospitaliers et notamment les urgences. Intervention sur appel dans les établissements médico-sociaux et/ou du médecin traitant. 	<ul style="list-style-type: none"> Adossement à un court séjour gériatrique. Interface entre la filière de soins, les établissements médico-sociaux et le domicile.
Consultations/ hôpitaux de jour	<ul style="list-style-type: none"> Mener une évaluation globale ainsi que des réévaluations régulières. Proposer des bilans et des traitements évitant de recourir à une hospitalisation classique. Proposer une ressource au médecin traitant. Participer à la coordination des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Adressage par le médecin traitant pour la consultation. Accès à l'hôpital de jour conditionné par une consultation. 	<ul style="list-style-type: none"> Interface ville-hôpital.
Soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR)	<ul style="list-style-type: none"> Prévenir, diagnostiquer et traiter les complications et décompensations (hors pathologies aiguës). Mettre en place des soins de rééducation et de réadaptation. 	<ul style="list-style-type: none"> Accès sur accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique. Accès après passage en court séjour ou directement depuis l'établissement médico-social ou le domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'aval après un passage en court séjour.
Unité de soins de longue durée gériatrique (USLD)	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une prise en charge globale de la personne. Assurer une surveillance médicale constante. 	<ul style="list-style-type: none"> Admission suite à une hospitalisation ou à un passage en SSR. Accès direct possible depuis le domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'aval après une hospitalisation. Structure adossée à un service hospitalier, avec une médicalisation plus importante que dans un EHPAD.

<p>Psychogériatrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge de situations de crise suite à des décompensations. Évaluer la situation. Assurer une prise en charge individuelle et/ou de groupe. 	<ul style="list-style-type: none"> Admission en urgence le plus souvent. Admission programmée. 	<ul style="list-style-type: none"> Structures rares de court séjour. Articulations avec les services d'urgence, les équipes mobiles de gériatrie, les consultations mémoire, le court séjour gériatrique.
<p>Unités de soins palliatifs (USP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge palliative en tenant compte des spécificités gériatriques. Prendre en charge des symptômes physiques difficilement contrôlables. Assurer un suivi psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> Domicile, EHPAD, ou services hospitaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> Structures rares souvent associées à une équipe mobile de soins palliatifs. Attention il n'y a pas de labellisation filière gériatrique.
<p>Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner les équipes dans la démarche palliative par des actions de formation, de soutien et de concertation avec les équipes. Accompagner et soutenir les proches. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention possible à domicile ou ESSMS. Le médecin traitant conserve la responsabilité des soins sur place. 	<ul style="list-style-type: none"> Rattachée à un établissement de santé et souvent adossée à une unité de soins palliatifs.
<p>Unités cognitivo comportementales (UCC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des stratégies compensatoires des déficits. Diminuer l'utilisation des psychotropes et de la contention. Prévenir les situations de crise. Maintenir l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. 	<ul style="list-style-type: none"> Provenance : domicile ou EHPAD. Patients valides sur le plan de la mobilité, mais présentant des troubles du comportement productifs (agressivité, hypermotivité, hallucinations, agitation, troubles du sommeil importants). 	<ul style="list-style-type: none"> Structure de moyen séjour adossée à un SSR gériatrique. Structure spécifique de la filière « Alzheimer et maladies apparentées ». SSR spécialisé pour la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et présentant des troubles du comportement.
<p>Hospitalisation à domicile (HAD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des soins qui se distinguent par leur technicité : <ul style="list-style-type: none"> Pansements complexes, Soins de nursing lourds, Nutrition entérale, Soins palliatifs, Chimiothérapie, Traitements anti-infectieux, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Admission à la demande du médecin hospitalier dans le cadre d'un retour à domicile. Admission à la demande du médecin traitant pour un patient dont l'état de santé s'aggrave, ce qui justifierait une hospitalisation (mais préférence de la personne à rester chez elle ou en EHPAD). Admission sous les conditions du Décret n° 2016-430 du 1^{er} juin 2016 	<ul style="list-style-type: none"> Structure d'hospitalisation. Alternative à une hospitalisation dans un établissement de santé.

3 CONSTATS

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

1 MISSION ASSURE Amélioration des Soins d'URgence en Ehpad

2 OBJECTIFS

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

3 ACTIONS

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

CONCRÈTEMENT

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

La Grille RETEX

Présentation des différentes thématiques d'analyse à posteriori.

THÉMATIQUE 1 : CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DE LA SITUATION URGENTE

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

THÉMATIQUE 2 : PRISE EN COMPTE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

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

THÉMATIQUE 3 : MODALITÉS DE TRANSFERT VERS LES URGENCES

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

THÉMATIQUE 4 : PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

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

THÉMATIQUE 5 : MODALITÉS DE RETOUR DU RÉSIDENT

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

THÉMATIQUE 6 : SUIVI POST-HOSPITALISATION

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

L'analyse rétrospective est un **outil d'amélioration continue des pratiques**.

Ainsi, elle permet de mettre en valeur les points forts à conserver et valoriser, autant que les points d'attention pouvant être améliorés.

ANALYSE RÉTROSPECTIVE	
A posteriori, l'hospitalisation de ce résident était-elle appropriée? Aurait-elle pu être évitée?	..... ..... .....
La situation critique aurait-elle pu être anticipée? Comment (stratégie globale de prise en soins, plan de soins personnalisé plus adapté, meilleures transmissions, meilleure coordination avec la filière gériatrique...)?	..... ..... .....
BALANCE BÉNÉFICES/RISQUES DE L'HOSPITALISATION (INDIQUER LE NIVEAU DU BÉNÉFICE ET CELUI DU RISQUE ; LE BÉNÉFICE DOIT ÊTRE SUPÉRIEUR AU RISQUE)	
BÉNÉFICE	RISQUE
<input type="checkbox"/> Majeur <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Majeur <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Faible
SYNTHÈSE	
POINTS FORTS EHPAD	POINTS DE VIGILANCE EHPAD
.....



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Contenu intellectuel HAS - Conception, réalisation : punchy, 06/07/15 14h34:51:26 | www.punchycolors.fr - Octobre 2015 dans le cadre du projet ASSURE, Amélioration des Soins d'Urgence en Ehpad



JE DÉCRIS LA SITUATION ACTUELLE CONCERNANT LE PATIENT :

- 1 Je suis >> Nom et prénom + Fonction + Service/unité
- 2 Je vous appelle au sujet de Mr/Mme :
Nom et prénom du patient + Âge, date de naissance + Service/unité
- 3 Car actuellement il/elle présente : Motif de l'appel
- 4 Ses constantes vitales/signes cliniques sont :
Fréquence cardiaque et respiratoire + Tension artérielle + Température + Évaluation de la douleur (EVA) etc.



J'INDIQUE LES ANTÉCÉDENTS UTILES ET LIÉS AU CONTEXTE ACTUEL

- 1 Le patient a été admis >> Date et motif de l'admission
- 2 Ses antécédents médicaux sont :
- Ses allergies sont :
- 3 Il a eu pendant le séjour : opération + investigations + etc.
- 4 Les traitements en cours sont :
- Ses résultats d'exams sont : labo + radio + etc.
- 5 La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc.
- 6 La situation actuelle a évolué depuis : minutes + heures + jours



JE DONNE MON ÉVALUATION DE L'ÉTAT ACTUEL DU PATIENT

- 1 Je pense que le problème est :
- 2 J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.
- 3 Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème, mais l'état du patient s'aggrave
- 4 Je ne sais pas ce qu'il se passe, mais je suis réellement inquiet



JE FORMULE MA DEMANDE (D'AVIS ET DE DÉCISION, ETC.) :

- 1 Je souhaite que :
- 1 Je souhaite que vous veniez voir le patient : 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.

SERIOUS GAME : CLUEHPAD



CLUEHPAD / Carte situation

SITUATION DE RÉSIDENT AYANT UN COMPORTEMENT AGITÉ

Situation 1
 Résident avec un discours incohérent, il est victime de chutes à répétition récentes et se met en danger lorsqu'il emprunte les escaliers (porte qu'il ouvre de manière autonome) et risqué sur les marches.
 Réponse : appel au 15 systématique

Situation 2
 Résident avec un comportement agité depuis la mort de son frère (trouille après ce jour), déambule dans les couloirs et fond en larmes fréquemment.
 Réponse : appel au 15 à reconstruire avec les autres cartes

Situation 3
 Résident confus depuis ce jour sans raison apparente, délire et hallucinations entraînant des cris. Perte totale des repères de temps et d'espace. Épisode de constipation récente.
 Réponse : appel au 15 à reconstruire avec les autres cartes



CLUEHPAD

CLUEHPAD | Carte moment

À midi

12h - 13h



CLUEHPAD | Carte moment

En soirée

18h - 00h



CLUEHPAD



CARTE MOMENT



CLUEHPAD | Carte moment

À minuit

00h - 1h



CLUEHPAD | Carte moment

Nuit

1h - 6h



CLUEHPAD

CLUEHPAD | Carte lieu

Chambre



CLUEHPAD | Carte lieu

Salle de bain



CLUEHPAD



CARTE LIEU



CLUEHPAD | Carte lieu

Salle à manger



CLUEHPAD | Carte lieu

Couloir



CLUEHPAD | Carte profil

Profil 5

Madame
Fourlembert
82 ans



Antécédents

- Maladie d'Alzheimer avec délire de persécution
- Déambulation
- Chutes à répétition
- Insuffisance cardiaque avec ulcères des membres inférieurs

Histoire de vie

- Entrée dans la résidence il y a 4 ans, mariée, 4 enfants, ancienne femme de ménage.

CLUEHPAD | Carte profil

Profil 11

Sœur
Françoise
95 ans



Antécédents

- Constipation chronique traitée
- Asthme
- Insuffisance rénale sévère
- Surdité avanc e appareill e
- Hallucinations bibliques

Histoire de vie

- Sœur de la paroisse voisine, admise il y a 20 ans, passe ses journées à la chapelle à prier.

CLUEHPAD



CARTE PROFIL



CLUEHPAD | Carte profil

Profil 9

Madame
N'Dango
87 ans



Antécédents

- Constipation chronique traitée
- Épilepsie
- Surdité avanc e appareill e

Histoire de vie

- Ancienne femme au foyer, veuve, 5 enfants, entrée dans la résidence il y a 10 ans, passionn e de tricot et de mots croisés.

CLUEHPAD | Carte profil

Profil 4

Monsieur
Robert
79 ans



Antécédents

- Alcoolisme non sevré
- Syndrome de Korsakoff
- Chutes à répétition
- TC avec fracture il y a 3 mois
- Hypertrophie bénigne de la prostate

Histoire de vie

- Ancien SDF retrouvé il y a 4 ans par sa fille à la suite d'une tentative de suicide, veuf, entré dans la résidence il y a 2 mois.

CLUEHPAD | Carte autonomie

GIR 2

Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées, et qui a besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

et/ou

Personne qui a des fonctions mentales altérées, mais qui a conservé sa capacité à se déplacer.



CLUEHPAD | Carte autonomie

GIR 1

Personne confinée au lit, dont les facultés mentales sont gravement altérées, et qui a besoin d'une présence continue d'intervenants.

et/ou

Personne en situation de fin de vie.



CLUEHPAD

CLUEHPAD | Carte situation

SITUATION DE RÉSIDENT AYANT DES VOMISSEMENTS

Situation 1

Le résident présente des vomissements noirâtres, il est sous traitement laxatif depuis plusieurs jours, mais le suivi des selles est manquant, il semble "ralenti" dans ses gestes et paroles par rapport à son état habituel.

Réponse : appel au 15 systématique

Situation 2

Le résident se plaint de céphalées. Il a régurgité sa précédente collation. À jour au niveau de l'élimination fécale, a eu deux épisodes de vomissements au cours de votre prise de poste.

Réponse : appel au 15 à recontextualiser avec les autres cartes

Situation 3

Jour de Noël, le résident présente des vomissements au retour d'une réunion avec des proches, aurait consommé de grandes quantités de foie gras et de champagne.

Réponse : appel au 15 à recontextualiser avec les autres cartes

CLUEHPAD | Carte situation

SITUATION DE CHUTE

Situation 1

Résident retrouvé allongé au sol, aurait chuté il y a une vingtaine de minutes selon ses dires. Douleur intense au bras droit avec impotence fonctionnelle et déformation du membre.

Réponse : appel au 15 systématique

Situation 2

Résident retrouvé assis au sol avec une plaie légère au front, ne se plaint pas de douleur, a chuté en présence de l'aide-soignant il y a 2 minutes.

Réponse : appel au 15 à recontextualiser avec les autres cartes

Situation 3

Résident retrouvé allongé au sol, aurait chuté il y a 10 minutes, douleur intense au niveau du siège et incapacité du résident à se mobiliser à cause de celle-ci.

Réponse : appel au 15 systématique



CLUEHPAD | Carte situation

SITUATION DE RÉSIDENT AYANT UN COMPORTEMENT AGITÉ

Situation 1

Résident avec un discours incohérent, il est victime de chutes à répétition récentes et se met en danger lorsqu'il emprunte les escaliers (porte qu'il ouvre de manière autonome) et roule sur les marches.

Réponse : appel au 15 systématique

Situation 2

Résident avec un comportement agité depuis la mort de son frère (nouvelle apprise ce jour), déambule dans les couloirs et fond en larmes fréquemment.

Réponse : appel au 15 à recontextualiser avec les autres cartes

Situation 3

Résident confus depuis ce jour sans raison apparente, délire et hallucinations entraînant des cris. Perte totale des repères de temps et d'espace. Épisode de constipation récent.

Réponse : appel au 15 à recontextualiser avec les autres cartes

CLUEHPAD | Carte situation

SITUATION DE RÉSIDENT AYANT DES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

Situation 1

Mois de juillet, le résident est assis penché en avant et se maintient la gorge, il n'est pas capable de parler, il est agité et transpire, il y a un papier de gâteau situé à sa proximité. Saturation en O₂ mesurée à 90 % en air ambiant.

Réponse : appel au 15 systématique

Situation 2

Le résident vous aborde et vous indique qu'il a des difficultés à respirer, il n'a pas de difficultés à parler, sa saturation en O₂ est à 97 % en air ambiant.

Réponse : appel au 15 à recontextualiser avec les autres cartes


Situation 3

Le résident se plaint de douleurs dans la poitrine, il a les extrémités cyanosées et n'est pas capable de verbaliser ce qu'il ressent, saturation à 85 % en air ambiant.

Réponse : appel au 15 systématique

J'appelle
(en fonction de la situation)

- le 15
- et/ou le médecin coordonnateur
- et/ou le médecin traitant



CARTE ACTION



Je n'appelle pas le 15

Je n'appelle pas le médecin



CARTE ACTION





GROSSE JAMBE CHAUDE ET DOULOUREUSE

FICHE CAT
13

QUE FAIRE ?



JE SÉCURISE

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

J'ÉVALUE ET J'AGIS (Cf. page suivante)

- Je prends les constantes
- Je recherche la présence de signes de gravité* et je clarifie le contexte**
- Je recherche les signes de phlébite (douleur, lourdeur du mollet, gonflement, etc)

J'ALERTE

- **Signes de gravité**
 - ➔ J'appelle le médecin si présent sur site
 - ➔ Sinon, j'appelle le SAMU/Centre 15
- **Pas de signes de gravité**
 - ➔ Je prends un avis médical (médecin traitant/médecin coordonnateur/astreinte/ SAMU/Centre 15), hors situation chronique
 - ➔ Je surveille l'évolution
- **Dans tous les cas**
 - ➔ J'informe mon équipe par une transmission orale et écrite
 - ➔ Je m'assure d'une transmission ultérieure au médecin traitant



GROSSE JAMBE CHAUDE DOULOUREUSE

FICHE CAT
13

* REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ SPÉCIFIQUES

- Tachycardie : fréquence cardiaque supérieure à 100/min
- Hypotension : pression artérielle systolique (1^{er} chiffre) inférieure à 100 mmHg
- Douleur vive localisée à la jambe ou au pied
- Apparition brutale ou rapide (moins de 12h) avec caractère inhabituel
- Signes infectieux: rougeur, chaleur, fièvre ou hypothermie
- Fièvre
- Signes respiratoires : respiration difficile et trop rapide, désaturation
- Douleur thoracique associée
- Intensité de la douleur

Un avis médical est nécessaire (sauf situation chronique).

** CLARIFIER LE CONTEXTE

- **Les antécédents du résident**
 - Résident sujet à des oedèmes chroniques ?
 - Notion d'antécédents respiratoires ou cardiaques ?
 - Traitement anticoagulant ?
- **Description de la douleur et mode de survenue**
 - Début brutal ou insidieux ?
 - Fièvre ?
 - Rougeur ? Chaleur ?
 - Oedème ?
 - Présence d'une plaie ?
 - Présence d'une escarre ?
 - Présence d'une infection sous-cutanée ?
 - Asymétrie des deux jambes ?

Le planning





Merci de votre attention