

Université René Descartes - Paris V

Faculté Cochin - Port Royal

Protocoles d'urgence dans le cadre
de l'expérimentation de renforcement de la présence
d'IDE de nuit en EHPAD

D^r Nanamoudou CONDE
D^r Michèle CHEBBOUBI
D^r Marie SOULIAC
D^r Michael LECOMTE
D^r Hasina Harimirantsoa RAZAFINDRALAMBO
D^r Samuel BORDEAUX
D^r Claire TROTEL
D^r Raouf LAMMARI
D^r Jacques RIGLET
D^r Christophe JEAN
D^r Delphine MUNSCHI
D^r Jean-Francois HENNERESSE
D^r Claire DUTREY-DUPAGNE
D^r Elisabeth CHORRIN-CAGNAT
D^r Sorina VOLENTIR
D^r Mustafa GOKPINAR
D^r Pierre GALLIAN
D^r Antoine BOSSELET

DIU de formation à la fonction de Médecin coordonnateur d'EHPAD

Année universitaire 2012-2013

Directeur de thèse : D^r Christine Chansiaux-Bucalo

SOMMAIRE

Introduction, Contexte de l'expérimentation	4
Matériel et Méthode	5
Fiche 0 : Situations inhabituelles. Démarche systématique	6
Fiche 0 bis : Décision éthique de niveau de soin	12
Fiche 1 : Agitation	16
Fiche 2 : Traumatisme crânien	20
Fiche 3 : Chute	32
Fiche 4 : Perte de connaissance	40
Fiche 5 : Suspicion AVC	46
Fiche 6 : Mal de tête (Céphalée aiguë)	50
Fiche 7 : Asphyxie	54
Fiche 8 : Difficulté respiratoire (Dyspnée)	60
Fiche 9 : Saignement de nez (Épistaxis)	62
Fiche 10 : Douleurs thoraciques	66
Fiche 11 : Douleurs abdominales	72
Fiche 12 : Diarrhées	76
Fiche 13 : Constipation	77
Fiche 14 : Vomissement	78
Fiche 15 : Fièvre	82
Fiche 16 : Hémorragie	86
Fiche 17 : Plaie	90
Fiche 18 : Grosse jambe chaude	96
Fiche 19 : Hypoglycémie	100
Fiche 20 : Surdosage en AVK	106
Commentaire et Conclusion	110
Annexe 1 : Cahier des charges	112
Annexe 2 : Les fiches	116
Annexe 3 : Liste des étudiants	142
Annexe 4 : Liste des EHPAD	143
Annexe 5 : Le questionnaire Internet	144

I- INTRODUCTION

Il n'est pas obligatoire d'avoir une présence infirmière la nuit dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En l'absence d'obligation réglementaire, la permanence soignante de nuit est assurée par des aides-soignantes (AS) diplômées. Le rôle propre des aides-soignantes est défini par l'article R. 4311-4 et 5 du Code de la Santé Publique. Il s'agit : de la collaboration aux soins d'hygiène et de confort, de la collaboration à la surveillance qui permet d'identifier les modifications de l'état ou du comportement du patient, de la collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire ou définitive (habillage, repas, aide à la marche, etc.) et de la collaboration dans l'hygiène de l'environnement. Elles ne sont pas habilitées à prodiguer certains soins, comme injections, pose de perfusions, alimentation par voie parentérale ...

En cas d'urgence la nuit, en l'absence d'infirmière diplômée d'état (IDE), les protocoles prévoient que les aides-soignantes appelleront le 15 et que le régulateur mettra en œuvre les moyens adaptés à la meilleure prise en charge du résident. En pratique, cela aboutit fréquemment à une hospitalisation, via les urgences.

Or, l'hospitalisation en urgence constitue un facteur de mauvais pronostic chez la personne âgée dépendante¹.

De ce fait, afin d'améliorer le parcours de santé des résidents en EHPAD et de diminuer le recours à l'hospitalisation en urgence la nuit, l'ARS d'Ile de France a mis en place une expérimentation s'appuyant sur la création d'un poste infirmier mobile de nuit.

II- CONTEXTE DE L'EXPÉRIMENTATION

Le projet ARS est défini dans un cahier des charges (annexe 1)

Il a pour objectifs de :

- « Améliorer l'orientation des résidents aux horaires nocturnes en contribuant à mieux déceler les situations à risques, favoriser le recours au SAMU Centre 15 le cas échéant et identifier les admissions en urgence évitables, dans le cadre de procédures préétablies et en partenariat avec les SAMU Centre 15
- Améliorer la prise en charge des retours d'hospitalisation
- Améliorer la continuité des soins en EHPAD, en sécurisant les équipes
- Améliorer la formation des personnels de nuit en EHPAD »

L'expérimentation s'appuie sur la création d'un poste d'infirmier « mobile » de nuit mutualisé entre 3 établissements géographiquement proches. Ce poste sera financé par l'ARS pendant la durée de l'expérimentation.

Les médecins du 15 sont associés à l'expérimentation, permettant une meilleure orientation des personnes âgées.

¹ Salvi F, Morichi V, Grilli A, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. Intern Emerg Med. 2007 ; 2(4):292-301

III- MATÉRIEL ET MÉTHODE

a- Les fiches d'urgence

Actuellement les EHPAD disposent ou non de protocoles d'urgence, qui peuvent avoir été élaborés par le médecin coordonnateur ou la gouvernance médicale de groupes à but lucratif ou d'établissements publics. Devant la disparité des procédures existantes, il était nécessaire de recenser et d'homogénéiser les méthodes de travail des structures participant à l'étude.

Pour ce faire, il a été proposé d'élaborer des fiches de conduite à tenir, sur la base de protocoles existants.

Les thèmes des fiches ont été choisis pour couvrir les urgences les plus fréquentes et les plus graves. Il est rapidement apparu qu'il fallait élaborer en plus deux fiches génériques :

- la fiche 0 « situation inhabituelle-démarche systématique » définit les signes de gravité à détecter dans toute situation et nécessitant l'appel direct du médecin. Elle indique aussi les éléments clés à transmettre au régulateur ;
- la fiche 0bis « fiche éthique » détermine 4 niveaux d'intervention pour aider les intervenants d'urgence à la prise de décision et décider du degré de soins souhaitable.

Au moins vingt-et-une fiches seront nécessaires pour couvrir le champ des urgences.

Chaque fiche comporte deux parties :

- un volet AS, qui permet de débrouiller la situation dans le champ de compétences des AS. En fonction des situations, l'AS peut être amenée à résoudre seule le problème, à appeler l'IDE mobile, voire directement le 15, en se référant au protocole
- un volet IDE : appelée par l'AS, elle apprécie la situation et agit avec les compétences qui lui sont propres. Elle est également amenée à résoudre le problème ou appeler le 15.

Le contenu des fiches doit reposer sur une bibliographie comportant : des recommandations d'organismes publics, ou de sociétés savantes, des publications de journaux médicaux, thèses ...

Dans un premier temps, les contenus ont été commentés et proposés pour validation auprès de :

- médecins coordonnateurs en exercice
 - gériatres des filières, contactés par la Société Française de Gériologie et de gériatrie de l'Ile de France
- Puis des réunions multidisciplinaires ont été organisées par le Dr Christine Chansiaux, référent médical de l'expérimentation, avec des médecins des EHPAD participants, des représentants des groupes d'EHPAD, des experts urgentistes, réanimateurs. Un juriste sera consulté avant publication.

Des étudiants du Diplôme Inter Universitaire de formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD (Universités Paris V et Paris VI) ont participé à ce travail dans le cadre d'un mémoire collectif. Pour chaque fiche, un étudiant a été chargé de recueillir les éléments de bibliographie liée à cette situation d'urgence. Les étudiants ont participé aux réunions de relecture et formalisation des fiches. Ce mémoire est composé de l'ensemble des fiches, avec leur bibliographie, et leur commentaire. Une analyse critique de la littérature a permis de comparer les conduites proposées aux recommandations publiées et de justifier l'absence ou la présence de certaines actions dans la démarche de prise en charge.

b- Le questionnaire d'évaluation des fiches :

Dans une seconde partie, le collectif a participé à la mise en place de l'évaluation qualitative de l'expérimentation, en se focalisant sur l'utilisation des fiches. Les utilisateurs sont invités à commenter la pertinence du protocole dans une situation d'urgence réelle. A cet effet, un document unique de recueil des commentaires sous la forme d'un questionnaire a été élaboré par le groupe. Il a été mis en ligne sur Internet, pour être rempli par les AS et les IDE de nuit, à chaque fois qu'elles utiliseront un nouveau protocole.

0

SITUATIONS INHABITUELLES : DÉMARCHE SYSTÉMATIQUE

Je repère les signes de gravité

Poul < 50 ou > 120

Pression Artérielle systolique < 100 ou > 200 contrôlée aux 2 bras

Fréquence respiratoire < 10 ou > 25

Saturation < 90%

Sueurs, marbrures, difficultés respiratoires (orthopnées), tirage, cyanose

Douleurs aiguës et intenses (ALGOPLUS > 3)

Troubles de la conscience (modification de la conscience), ne réagit pas aux stimulations

Convulsions (mouvements anormaux)

Paralysie ou impotence d'apparition BRUTALE (membre, face)

**Si ces signes sont présents,
j'appelle le médecin sans délai et je préviens l'IDE.
Hors de ces signes de gravités j'appelle l'IDE.**

Je transmets

J'indique le contexte

Sans retarder les gestes urgents

Renseignements présents dans le DLU (pathologies et traitements en cours)

Age

Autonome - Dépendant

Type de prise en charge déjà envisagée en cas d'aggravation (Niveau 1 à 4)

Depuis combien de temps les troubles existent- ils ?

Chuteur à répétition

Est-ce le premier épisode de ce type ou non ?

Je décris les troubles

Survenue brutale ou progressive

Circonstance d'apparition : repos, effort, repas, toux, modifications thérapeutiques

Signes fonctionnels présentés

Angoisse, agitation associées

Je décris les signes cliniques

État de conscience

Pouls

Température T° < 36 ou > 38,5

Pression artérielle

Fréquence respiratoire

Saturation

Sueur, crachat, difficultés respiratoires

Recueil Glycémie capillaire < 0,8g ou > 3g

(Si possible)

0

BIBLIOGRAPHIE

1. Urgences médico-chirurgicales de l'Adulte. 2^e Edition. P. Carli, B. Riou, C. Télion
2. L'infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat seul devant une situation de détresse médicale
Société Française de Médecine d'Urgence dec 2011
3. Haute Autorité de Santé (HAS) 2010 Elaboration et recommandations de bonne pratique Méthode
« Recommandations pour la pratique clinique »
4. HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles décembre 2010
5. Société Francophone de médecine d'urgence (SFMU) Prise en charge de la personne âgée de plus
de 75 ans aux urgences. Conférence de consensus 5 décembre 2003.
6. Prise en charge des urgences en EPHAD – Proposition d'amélioration par le médecin coordinateur
Docteur Isabelle KURTZEMANN (Thèse médecin coordinateur)
7. Secours Santé Médical 45(Sapeurs pompiers du Loiret) – Dr Boquet – Protocoles infirmiers de Soins
d'Urgence (PISU), Protocole ISP n°2 Douleur thoracique chez l'adulte. Mis à jour le lundi 30 mai 2005
8. Alsace santé au travail. Protocole d'urgence. 21 Fiches à l'usage des infirmiers d'entreprises
9. Urgences Gériatriques : Guide Poche 2007. Philippe LEVEAU - Frédéric PERRET

0

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Condé NANAMOUDOU

I. INTRODUCTION :

RAPPEL DES DEFINITIONS

- Qu'est-ce qu'une urgence pour un EHPAD ?

A- Vrai urgence :

- Un problème médical aigue sans risque vital immédiat :

Dans cette situation L'IDE ou AS de nuit appel le médecin traitant ou applique le protocole préexistant de l'EHPAD.

Les personnes âgées représentent une part importante des patients qui se présentent aux urgences. Pourtant ce service n'est pas particulièrement adapté à leur prise en charge, car il offre rarement l'écoute et le calme nécessaires.

Depuis quelques années une équipe mobile gériatrique spécialement affectée aux EHPAD dont l'une de leurs missions est d'éviter les urgences par les urgences, cela ne veut pas dire d'éviter l'hôpital. C'est complètement différent.

- Une urgence en EHPAD, c'est pour quoi tout d'abord ?

Est-ce une urgence vitale où faut-il le SAMU et un transfert aux urgences, si c'est le cas, il n'existe pas forcément de marge de manœuvre pour l'éviter. Par exemples : l'OAP massif qu'on n'a pas vu venir ; les fausses routes qui entraînent une pneumopathie massive et le malade étouffe ; l'Infarctus ; l'état du mal convulsif ; l'AVC...

Urgence vrai en EPHAD se définit comme toute autre urgence, c'est-à-dire une détresse médicale inopinée, situation de danger mettant en péril la vie du patient.

C'est un ensemble de symptômes aigus qui témoignent une situation compromettant le pronostic vital (dodley sévère, détresse vitale).

Pour le gériatre, par principe, aucun évènement pathologique n'est imputable au seul vieillissement. La démarche diagnostique doit donc être aussi rigoureuse que chez les sujets jeunes.

B- Fausse urgence :

Il s'agit là, de l'angoisse de l'IDE ou de l'AS de la nuit, du directeur, de la famille, du médecin coordonnateur ; d'où la nécessité de tenir en compte la fiabilité du soignant et les moyens techniques dont l'EHPAD dispose.

Du diagnostic à la décision thérapeutique, la prise en compte du résident dans toutes ses dimensions médicales, sociales et psychologique est indispensable chez le sujet âgé dont la définition est complexe faisant appel à la notion de dépendance et de fragilité, il faut impérativement tenir compte de sa polypathologie car une pathologie simple et curable peut provoquer une dysfonction d'organes en cascade.

Quelques règles de gestion de l'urgence sont indispensables à savoir :

- 1+2+3 Bouchon
- La clearance - l'Albuminémie
- La décompensation des pathologies associées
- L'information des soignants
- L'information de la famille

Tout soignant à un moment ou à un autre peut se trouver seul face à une situation de détresse médicale (cf. fiches des protocoles).

C'est le cas le plus souvent rencontré dans les EHPAD où les infirmiers doivent prendre des décisions parfois difficiles seules en absence de médecins, ou les aides soignants de nuit se trouvent seuls sans infirmiers ni médecins devant des situations dont leur dernier recours est d'appeler le 15 ; le 18 ou le médecin traitant si disponible.

La solitude professionnelle de cette catégorie paramédicale confrontée à l'urgence reste entière. La notion de temps peut devenir lancinante au point de le contraindre parfois, lorsqu'il n'est plus très sûr de lui ou plus simplement lorsque l'urgence le bouscule à renoncer à certaines garanties qu'il exigerait ou d'autres circonstances.

Devant cette situation, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a eu l'initiative de mettre en place certains protocoles dans ces établissements de santé.

Ces protocoles ont pour objectifs de mettre, à la disposition des IDE et des Aides soignants de nuit, une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science destinée :

- à aider la prise de décision dans le choix de soins
- à harmoniser les pratiques
- à réduire les traitements et actes inutiles à risque
- voire éviter le transfert injustifié dans les S.A.U.

Les motifs de transfert aux Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont multiples ; ils peuvent être liés :

- à une chute
- à un problème cardiaque
- à un problème neurologique
- à un trouble de transit
- à un problème pulmonaire
- à un problème diabétique
- à un problème hémorragique.

II. RECOMMANDATIONS

Seules certaines situations inhabituelles, fréquemment rencontrées dans les EHPAD ou SSIAD seront traitées dans ce mémoire collectif et chaque fiche constitue à part entière un thème de recherche bibliographique à savoir :

Fiche 0 : Situations inhabituelles, démarche systématique

Fiche 0 bis : Décisions éthique de niveau de soin

Fiche 1 : Agitation

Fiche 2 : Traumatisme crânien

Fiche 3 : Chute

Fiche 4 : Perte de connaissance

Fiche 5 : Suspicion AVC

Fiche 6 : Mal de tête (céphalée aiguë)
Fiche 7 : Asphyxie
Fiche 8 : Difficultés respiratoires (dyspnée)
Fiche 9 : Saignement du nez (Épistaxis)
Fiche 10 : Douleurs Thoraciques
Fiche 11 : Douleurs abdominales
Fiche 12 : Diarrhée
Fiche 13 : Constipation
Fiche 14 : Vomissement
Fiche 15 : Fièvre
Fiche 16 : Hémorragie
Fiche 17 : Plaie
Fiche 18 : Grosse jambe chaude
Fiche 19 : Hypoglycémie
Fiche 20 : Surdosage en AVK

Chaque fiche, est traitée de manière synthétique et pratique avec des références bibliographiques permettant leur utilisation adéquate.

Devant toute situation d'urgence, il est important pour le personnel soignant de connaître la spécificité des symptômes gériatriques, décrire les signes cliniques, repérer les signes de gravité (cf. fiche 0 situations inhabituelles, démarche systématique)

La recherche bibliographique de la fiche 0, montre une conformité aux différents protocoles et recommandation retrouvés dans la littérature.

0 bis

DÉCISION ÉTHIQUE DE NIVEAU DE SOIN

Ces protocoles ont pour but d'aider à la prise de décision d'intervention médicale ou non, dans un contexte éthique, afin de respecter le souhait du malade et de son entourage et d'éviter la mise en place de soins inadaptés pour le résident, source d'inconfort et de souffrance sans bénéfice d'amélioration de son état général.

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

Si nécessaire, il est possible de joindre la permanence téléphonique de la filière pour avoir un avis externe d'aide à la prise de décision éthique en dehors de l'urgence.

En situation d'urgence seul le médecin sur place reste décisionnaire de la prise en charge en fonction des circonstances.

Le niveau de soins si il est défini doit figurer dans le dossier de liaison d'urgence (DLU).

Le questionnaire de Renée Sebag Lanöe peut être utilisé pour aidé à la prise de décision.

Niveau 1

Le niveau 1 est déterminé par défaut, en l'absence de détermination de niveau.

Il correspond à une prise en charge maximale en termes d'interventions techniques chez un patient présentant un problème de santé quel qu'il soit, afin de préserver sa survie.

Niveau 2

Le niveau 2 souligne l'existence d'un problème médical ou éthique, avec une discordance faisant pencher la balance plutôt en faveur d'une intervention importante.

Soit il s'agit de la famille d'un patient qui demande peu d'interventions alors que la personne est en bon état général et pourrait bénéficier d'interventions médicales importantes. Soit il s'agit d'une situation médicale pour laquelle le bénéfice d'une intervention agressive est fortement douteuse mais où le patient et son entourage sont demandeurs d'une intervention maximaliste.

Niveau 3

Le niveau 3 montre une situation où le patient est dans un état stabilisé mais précaire pour lequel, en cas d'aggravation, pourrait se poser le bénéfice d'une intervention médicale.

La prise en charge avec consensus de la famille et de l'équipe soignante serait plutôt de gérer sur place les symptômes aigus dans la mesure où le patient arrive à être confortable mais peut nécessiter des interventions techniques programmées pour améliorer le confort du patient

Niveau 4

Le niveau 4 correspond aux situations crépusculaires pour lesquelles le décès est attendu, ou imminent. Le consensus de l'équipe soignant et de la famille est celui de privilégier le confort avant tout, de ne pas être interventionniste et dans lequel on envisage un décès à court terme dans la structure.

0 bis

QUESTIONNAIRE DE RENÉE SEBAG LANÖE

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

Ce questionnaire est destiné à se poser les questions nécessaires à une prise de décision médicale de juste soin en accord avec les souhaits du résident, de sa personne de confiance et/ou de la famille. Ce questionnement se fait en équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur pour être intégré au projet de soins et au projet de vie du résident.

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

0 bis

BIBLIOGRAPHIE

Cadre juridique

Loi du 4 mars 2002 : Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « loi Léonetti »
www.legifrance.gouv.fr

Éditions du ministère chargé de la Santé : circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

www.sante.gouv.fr

Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants. Recommandation 1418 (1999)

Ouvrages

Abiven M., Une éthique pour la mort, Paris, Desclée de Brouwer, coll. Ethique sociale, 1995

De Broca A., Douleurs, soins palliatifs, deuils, Masson, 2002

Sebag-Lanoë R., Mourir accompagné, Paris, Desclée de Brouwer, 1998

Sebag-Lanoë R., Soigner le grand âge, Ed. Desclée de Brouwer, 1992

Sebag-Lanoë R., La douleur des femmes et des hommes âgés, Masson, 2002

Conférences, articles

Trivalle C., Fétéanu D., Lefebvre-Chapiro S., Sebag-Lanoë R., Prise en charge d'un malade en fin de vie : huit règles à respecter, Press Med, 2001 ; 30 : 269

Delomier Y., Gucher C., Ploton L., Le long mourir. Revue JALMALV, mars 2000, n°60.

Demoures G., La fin de vie des malades atteints d'Alzheimer : Deuils et démence. Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 2004, vol. 4, n°20, pp. 35 39.

Sites internet

- Centre de Ressources national soin palliatif François- Xavier Bagnoud (CDRN FXB). www.cdrnfxb.org

Société Française d'Accompagnement et des soins Palliatifs (SFAP) - Histoire des soins palliatifs - Outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi Leonetti - Groupe SFAP/SFGG-2011. www.sfap.org

- Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre (SGOC) - Mourir, voir mourir ; place des EHPAD dans la société. www.sgoc.fr

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) - Recommandations des bonnes pratiques professionnelles : programme Qualité de vie en EHPAD, volet 4, chapitre V : « l'accompagnement de la fin de vie ». www.anesm.sante.gouv.fr

- Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation en Santé (ANAES) - Conférence de consensus « Accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches », texte de recommandations - 14 et 15 Janvier 2004. www.anaes.fr

Études

« Fin de vie : un premier état des lieux ». Rapport 2011. Paris: Observatoire National de la fin de vie (ONFV) - 2012, p268.

Guides

- MOBIQUAL. Les soins palliatifs en établissements de soins et d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées et à domicile. www.mobiqua.org

- Éditions INPES, documents professionnels « Soins palliatifs et accompagnement ». www.inpes.sante.fr

0 bis

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Michèle CHEBBOUBI

Protocole éthique

L'émergence de la notion de droits des malades, de directives anticipées et de personne de confiance justifie l'élaboration dans les EHPAD, d'un protocole facilitant la prise de décision concernant le niveau d'intervention médicale à entreprendre pour un résident.

La difficulté de toute décision médicale porte sur le caractère raisonnable ou déraisonnable de l'acte envisagé : des obstinations raisonnables permettent souvent de passer un cap grave de la maladie chez un patient, tandis qu'une obstination déraisonnable est une atteinte aux droits fondamentaux de la personne vulnérable.

La bibliographie actuelle conforte la définition des 4 niveaux d'intervention définis par le protocole mais la difficulté principale étant le choix du niveau d'intervention à suivre, les données bibliographiques insistent sur l'accompagnement du résident pour faciliter ce choix :

- Avant la toute fin de sa vie :
 - . En abordant, si possible, avec lui le sujet de son décès ;
 - . En rédigeant des directives anticipées visant à rechercher ses volontés, dont les conclusions doivent clairement être inscrites dans le dossier médical.
- En fin de vie :
 - . En évaluant quotidiennement ses besoins physiques, psychologiques ou ses convictions spirituelles ;
 - . En faisant appel aux équipes mobiles et personnes ressources disponibles ;
 - . En évaluant quotidiennement les capacités de l'établissement à assurer le confort de la personne sans discontinuité y compris la nuit ;
 - . En exposant les alternatives au résident s'il peut l'entendre, à ses proches et, le cas échéant, à la personne de confiance.

Pour les professionnels de santé la loi Léonetti donne : le droit d'interrompre ou de ne pas entreprendre des traitements jugés inutiles ou disproportionnés et la possibilité d'en utiliser dans l'intention de soulager la souffrance, même s'ils risquent d'abrégé la vie.

La loi insiste sur l'analyse du rapport bénéfice/risque dont l'appréciation relève de la responsabilité médicale.

Enfin elle distingue deux situations : celle où le malade est capable d'exprimer sa volonté et celle où il n'en est pas capable. Dans ce cas elle incite à élaborer de façon collégiale un projet thérapeutique. Ainsi le médecin traitant pourra prendre une décision éclairée, aidé :

- de cette procédure ;
- des directives anticipées ;
- de l'avis de la personne de confiance.

Le questionnaire du Dr Sebag Lanoë est un outil précieux auquel la littérature fait régulièrement référence.

Cependant la notion de soutien apporté aux professionnels est régulièrement rappelée, tant par le biais de formation continue (sur les soins palliatifs et la fin de vie, sur la relation d'aide, la communication verbale et non verbale, la pluridisciplinarité, la gestion du stress) qu'à travers l'analyse des pratiques et l'accompagnements des professionnels après le décès des résidents.

En conclusion le protocole proposé répond aux données bibliographiques actuelles puisqu'il tient compte des réflexions éthiques ayant fait l'objet d'une part de recommandations récentes de la part des autorités de tutelles et d'autre part des derniers textes de loi dans un cadre plus juridique.

L'amélioration de la procédure pourrait être d'inclure des formations et un soutien plus systématiques apportés aux professionnels.

1

AGITATION : COMPORTEMENT PERTURBANT = APPEL À L'AIDE D'UN RÉSIDENT QUI A UN PROBLÈME PHYSIQUE OU MORAL

Démarche aide soignant

**RESTEZ CALME, DANS UN ENVIRONNEMENT RASSURANT
TOLEREZ UN CERTAIN DEGRÉ D'AGITATION**

À FAIRE :

- Lumière douce (ni noir, ni plein éclairage)
- Prothèse auditive en place
- Parler en se mettant à sa hauteur, rassurer et faire diversion (chant, histoire, comptine...)
- Si besoin de déambuler: balade brève dans le couloir ou proposer d'aller aux toilettes
- Proposer à boire +/- à manger en l'aidant si besoin
- Contact physique si pas de danger pour vous (prendre la main, caresser la joue, câliner...)
- Vérifier les constantes
- Vérifier miction et transit intestinal

À NE PAS FAIRE :

- Attacher
- Laisser seul ou enfermer
- Être autoritaire ou agressif
- Sermonner, punir le résident

**Appeler l'infirmière si les troubles persistent
malgré ces mesures simples**

Démarche IDE

Ne jamais donner de calmant sans prescription médicale,

Rechercher une cause :

- **Dans le dossier médical** : pathologie en cours, douleurs diverses, modification récente de traitement
- **Dans les transmissions soignantes** : le transit, les mictions, l'alimentation, l'hydratation, le poids, un événement personnel ou concernant la résidence, chute récente
- **Auprès du résident rechercher** : une douleur, un trouble de la glycémie (glycémie capillaire et protocole correspondant), un globe vésical (voir fiche douleur abdominale), une absence de selles >3 jours (suivre la fiche constipation), une déshydratation: pas de boisson, fièvre, langue sèche et faire boire si besoin, une variation de la tension?

**Si persistance des troubles et en l'absence de signe inquiétant
le signaler le lendemain au médecin traitant et au médecin coordonnateur**

**Si anomalies aux questions précédentes
appeler le médecin coordonnateur ou
le médecin traitant en journée, le médecin du 15 la nuit**

1

BIBLIOGRAPHIE

1. Hazif-Thomas C, Léger D, Thomas P. Agitation et agressivité du sujet âgé : De la clinique avant toute chose ! La revue de gériatrie 2003; 28-4:349-356.
2. Recommandations de bonne pratique : Confusion aigüe chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation, Argumentaire. Haute Autorité de Santé.2009, 8-16.
3. Recommandations de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur, Argumentaire. Haute Autorité de Santé.2009, 13-38 et 76-78.
4. Bazin N. Stratégies thérapeutiques des états d'agitation des sujets âgés. Edimédica. La Revue de gériatrie A 2002; 27-7 :565-568.
5. Rigaud A.S. Démences : Que faire devant des troubles du comportement ? Neurologies 2000; 3-21:185-189.
6. Gineste Y, Marescotti R. Intérêt de la philosophie de l'humanité dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : Maladie d'Alzheimer et prise en charge innovantes. Masson. Soins gériatrie A.2010, 855:26-27.
7. Robert P.H, Deudon A, Maubourguet N. Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. Elsevier. Annales médico-psychologiques A.2009, 16 :215-218.
8. Sitruk L. Alzheimer et agitation : Les psychotropes en dernier recours. Le généraliste.fr. Gériatrie. 2009,2508.

1

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Marie SOULIAC

Le propos de cette bibliographie est certes de justifier les points proposés dans le protocole mais aussi et surtout d'éveiller chez les auxiliaires de nuit une démarche :

- d'identification quasi automatique du phénomène, par sa définition ;
- de prise en charge initiale simple et adaptée à l'humeur du résident et à la sécurité de tous ;
- de privilégier la philosophie du soin à la prise en charge pharmacologique ou à la sédation du phénomène par l'autorité ;
- de faire une recherche étiologique simple, rapide et malgré tout complète ;
- de passer le relai à l'équipe de jour.

1-La définition :

L'agitation est un phénomène commun, quotidien au sein d'une EHPAD.

Ses manifestations cliniques variables font d'elle un phénomène faussement reconnaissable pour le personnel soignant des résidences, mal attribué ou passé inaperçu ou encore banalisé.

Il conviendrait de commencer la formation des équipes par l'éveil à la notion de perturbation : perturbation de l'humeur, de l'activité physique, du sommeil évidemment. Le résident est néfaste à lui même. Mais la perturbation du personnel et des autres résidents est plus facile à identifier: une personne agitée est une personne qui dérange, que ce soit quotidiennement ou occasionnellement, modérément ou intensément.

La nuit majore sa fréquence et son intensité. Le calme au sein de la résidence rend l'agitation plus évidente : le résident ne dort pas et cherche de l'aide à sa manière, il est en souffrance et l'exprime comme il le peut.¹

2-La prise en charge initiale

Le traitement de la crise est lui aussi bien aisément retrouvé dans ces mêmes articles.^{1,2,3}

Ceux ci détaillent la prise en charge aux urgences, dans les services hospitaliers.

Tous s'accordent sur l'intérêt de la contention et de l'utilisations de psychotropes, nécessaire dans ces lieux d'intervention ponctuels, médicalisés et communautaires qui ne peuvent tolérer la perturbation des autres, ceux ci étant aussi en grande difficultés.

Mais ce protocole est destiné aux équipes de nuit d'EHPAD.

La contention n'est utilisée que sur prescription médicale et donc inaccessible à ces heures.

De même l'utilisation de psychotropes n'est pas autorisée ni recommandée dans ces circonstances (8).

Il nous faut donc donner d'autres outils efficaces aux soignants de nuit.

Rares sont les articles portant sur la conduite à tenir en EHPAD.

Les recommandations de l'HAS commencent d'ailleurs par une sorte de mise en garde : « les données de la littérature... n'ont pas permis de fonder les recommandations sur les preuves. En conséquences, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture ».

Il semble que les études en EHPAD soient rares et les difficultés nombreuses car le groupe est très hétérogène dans bien des domaines (qualification et formation des équipes de nuit, nombre de résidents pris en charge, profil des résidents, capacité de soins des EHPAD, matériel mis à disposition...)

Concernant la prise en charge immédiate, il existe peu d'articles qui expliquent concrètement aux aides soignantes les gestes simples à effectuer pour apaiser le résident : les notions de câlin, de réassurance, de souffrance psychologique sont quasiment absentes de la littérature.

Malgré tout, il faut faire passer un message : être calme, dans un environnement rassurant et des gestes et paroles apaisants peuvent être salutaires.^{4,6,7}

3-L'enquête étiologique

La recherche étiologique doit être simple, codifiée, explicite et décalée si la crise est passée.

Les divers articles sur les causes d'agitation proposent tous une recherche étiologique bien codifiée et explicite. Les articles sont nombreux et détaillés.

Les recommandations de l'HAS sont très claires quand à cette démarche.^{2,3}

Il convient tout de même d'insister sur l'enquête portant sur les conditions de vie sociales et environnementales, psychologiques.⁵

Les intervenants de nuit vont mécaniquement rechercher une cause somatique et négliger la psychologie du résident.

Les soignants doivent être guidés dans cette démarche, les sources d'informations étant multiples et éparpillées au sein de la résidence.

La consultation du dossier médical et des transmissions est un point essentiel, riche en renseignements. L'interrogatoire du résident, s'il est réalisable, est primordial : la recherche de douleur, de plainte précise, la faim, la soif, l'envie d'uriner et de déféquer.

Ces éléments permettront dans bien des cas de sédativer la crise de manière efficace et durable.

4-Le passage de relai

Malgré la prise en charge initiale et l'enquête étiologique, toutes les situations ne seront pas résolues la nuit et sur place.

Certains états d'agitation sont tels de par leur intensité et leur dangerosité potentielle pour le résident et les soignants et les autres résidents qu'ils ne peuvent être pris en charge dans l'EHPAD. Il sera donc nécessaire de faire appel aux équipes d'urgence.

De même quand la crise ne se calme pas malgré la prise en charge initiale.

L'enquête peut révéler des origines qui ne peuvent pas être prises en charge dans l'EHPAD de par la technicité réclamée ou le besoin d'un avis ou d'un geste médical (comme le sondage urinaire d'un homme).

Si ce protocole devrait limiter le nombre d'appel vers les unités d'urgence, il serait naïf et dangereux de croire qu'il pourrait les éviter à 100%.

Concernant les résidents qui seront calmés et dont l'origine de l'état d'agitation serait résolu par les équipes de nuit, le signalement de cet épisode aux équipes de jour est indispensable :

- la crise peut se répéter et s'intensifier ;
- le résident peut être perturbé ou tout simplement fatigué le lendemain ;
- l'enquête peut avoir négligé certains facteurs ;
- le personnel de jour peut parfaire la prise en charge ;
- la prévention de nouveaux épisodes peut être proposée ;
- un protocole personnel peut être mis en place.

Dans tous les cas, l'épisode doit être consigné dans les transmissions vers l'équipe de jour.

2

TRAUMATISME CRÂNIEN

À évoquer en cas de plaie, ou d'hématome de la tête, de chute ou choc sur la tête.

Démarche aide soignant

Observation initiale et en surveillance

Recherche de facteur de gravité généraux et propre au TC :

- Recherche de trouble de la conscience
- Recherche de saignement (bouche, oreilles, nez) d'une cervicalgie
- Recherche de plaie ou d'hématome
- Recherche de paralysie ou d'une impotence fonctionnelle d'un membre -Recherche de vomissement et /ou de céphalée

Recherche d'un trouble aigu du comportement :

- Vérifier dans le DLU les ATCD neurochirurgicaux, la démence, la prise d'anticoagulant ou antiagrégant

Appeler l'IDE pour transmettre les informations

Surveillance TC (fiche en annexe)

Toutes les heures pendant 4h Puis toutes les 2h pendant 20 h

Démarche IDE

IDE sur place ou venue après appel des AS

Recontrôler l'ensemble des éléments précédents

- Prise d'anticoagulant HÉPARINE, CALCI, HBPN, ou Anti-vitamine K (SINTROM, PRÉVISCAN, COUMADINE) ou antiagrégant plaquettaire et nouveaux anticoagulants

Vérifier la surveillance débutée par les AS

Surveillance TC

Glasgow*, réaction pupillaire*, pouls, tension, FR, température, saturation O₂, motricité

Puis toutes les heures pendant 4h

Puis toutes les 2h pendant 20h

L'apparition de signes de gravité lors de la surveillance nécessite d'appeler le médecin coordonnateur ou le médecin traitant en journée, le médecin du 15 la nuit

* si possible

SURVEILLANCE TRAUMATISME CRÂNIEN ET CHUTE

	0h	1h	2h	4h	6h	8h	10h	12h
Conscience								
Vomissement								
Pouls								
TA								
T°								
FR								
Saturation								
Zone douloureuse								

GLAGOW

Expérimental en test dans les structures

Réponse verbale	
Orientée ou désorientée comme d'habitude	5
Confus contrairement à l'habitude	4
Incohérent contrairement à l'habitude	3
Incompréhensible contrairement à l'habitude	2
Aucune réponse	1
Réponse motrice	
À la demande	6
À la douleur adaptée	5
À la douleur retrait	4
À la douleur flexion	3
À la douleur extension	2
Pas de réponse à la douleur	1
Ouverture des yeux	
Ouverture spontanée	4
Ouverture à l'appel	3
Ouverture à la douleur	2
Pas d'ouverture des yeux	1
TOTAL /15	

2

BIBLIOGRAPHIE

Base de données bibliographiques consultées :

- Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis)
- Site Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié (Canada, Suisse)
- BFS 22.06.2012 : available from www.bfs.admin.ch
- Site internet Français www.urgences-online.fr
- Ann. Fr. Med. Urgence (2012) 2 : 199-214 DOI 10 10007/s 13341-012-0202-4
- Conférences de consensus-SFMU - www.sfmu.org/documents/consensus/pa_vog

Bibliographie générale :

- Recommandations - traumatisme crânien léger (SGS de 13 à 15) – Triage, évaluation, examens complémentaires chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte - www.urgences-serveur.fr/recommandations-et-consensus.220.html
- Traumatismes crâniens – Recommandations générales classification de Masters – conférences de consensus - www.urgences-serveur.fr/-protocoles.220.html
- Seul devant une situation de détresse médicale. SFMU/ Décembre 2011. www.sfmu.org/documents/consensus/rfe_IDE1112.pdf
- Traumatismes crâniens chez l'adulte : J. Diau, Canada. 21.12.2000 - www.urgences-serveur.fr/Traumatismes-crâniens-chez-l'adulte.220.html
- La traumatologie gériatrique au-delà de l'ABC : Dr Martin Auger. Canada : p 37-42 - www.fmoq.org/Lists/FMOQ.DocumentLibrary
- Traumatismes chez le patient âgé : M. Niquille, S. Ardigo. Revue Med. Suisse 2012 ; 8 :1554-8 - www.revmed.ch 15.08 2012

Bibliographie des publications sélectionnées pour ce mémoire :

1. Tazarourte K, Macaine C, Didane H, et al (2007) Traumatisme crânien non grave. EMC, Médecine d'urgence. Ed Masson, Paris, 25-200-C-10
2. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al (2001) The canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 357:1391-6
3. Oertel M, Kelly DF, McArthur D, et al (2002) Progressive hemorrhage after head trauma : predictors and consequences of the evolving injury. *J Neurosurg* 96:109-16
4. Jones K, Sharp C, Mangram AJ, et al (2006) The effects of preinjury clopidogrel use on older trauma patients with head injuries. *Am J Surg* 192:743-5
5. Brewer ES, Reznikov B, Liberman RF, et al (2011) Incidence and predictors of intracranial hemorrhage after minor head trauma in patients taking anticoagulant and antiplatelet medication. *J Trauma* 70:1-5
6. Leiblich A, Mason S (2011) Emergency management of minor head injury in anticoagulated patients. *Emerg Med J* 28:115-8
7. Franko J, Kish KJ, O'Connell BG, et al (2006) Advanced age and preinjury warfarin anticoagulation increase the risk of mortality after head trauma. *J Trauma* 61:107-10
8. William TM, Sadjadi J, Harken AH, et al (2008) The necessity to assess anticoagulation status in elderly injured patients. *J Trauma* 65:772-6
9. Birnbaumer DM. Geriatric Trauma. Dans : Marx JA, Hockberger R, Walls R, rédacteurs. Rosen's emergency concepts and clinical practice. 6è ed. Philadelphie : Mosby ; 2006.
10. Chu I, Vaca F, Stratton S et coll. Geriatric trauma care: challenges facing emergency medical services. *California J Emerg Med* 2007; VIII:2:51-5.
11. Jacobs DG, Plaisier BR, Barie PS et coll. Practice management guidelines for geriatric trauma : the

- EAST Practice Management Guidelines Work Group. J Trauma 2003; 54 (2) :391-416.
12. Chang TT, Schechter WP. Injury in the elderly and end-of-life decisions. Surg Clin North Am 2007; 87 (1):229-45.
 13. Aschkenasy MT, Rothenhaus TC. Trauma and falls in the elderly. Emerg Med Clin North Am 2006; 24 (2):413-32.
 14. Milzman DP, Boulanger BR, Rodriguez A et coll. Pre-existing disease in trauma patient. J trauma 1992; 32:236-44.
 15. Schrag SP, Toedter LJ, McQuay N Jr, Cervical spine fractures in geriatric blunt trauma patients with low-energy mechanism. Am J Surg 2008;195:170-3.
 16. Callaway DW, Wolfe R. Geriatric trauma. Emerg Med Clin North Am 2007;25 (3):837-60.
 17. Stiell IG, Clement CM, McKnight RD et coll. The Canadian C-Spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. N Engl J Med 2003;349(26):2510-8.
 18. Bulger E, Amerson MA, Mock C et coll. Rib fractures in elderly. J Trauma 2000; 48 (6) : 1040-7.
 19. Reuter F. Traumatic intracranial hemorrhages in elderly people. Adv Neurosurgery 1989; 17:43-8.
 20. Kotwica Z, Jakubowski JK. Acute head injuries in the elderly. An analysis of 136 consecutive patients. Acta Neurochir 1992;118:98-102.
 21. Reynolds DF, Dietz PA, Higgins D et coll. Time to deterioration in the elderly, anticoagulated, minor head injury patient who presents without evidence of neurologic abnormality. J Trauma 2003;54(3):492-6.
 22. Kauder DR, Schwab CW, Shapiro MB. Geriatric trauma: patterns, care, and outcomes. Dans : Moore EE, Feliciano DV, Mattox KL, rédacteurs. Trauma 5^è ed. New-York :McGraw-Hill ;2004.section IV.
 23. Phan TG, Koh M, Wijidicks EF. Safety of discontinuation of anticoagulation in patients with intracerebral hemorrhage at high thromboembolic risk. Arch Neurol 2000;57:1710-13.
 24. Ivascu FA, Janczyk RI, Junn FS et coll. Treatment of trauma patient with intracranial hemorrhage on preinjury warfarin. J trauma 2006;61:319-21.
 25. BPA, STATUS 2010: statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse:-circulaire routière,sport,habitat et loisirs,2010, bpa :Bern.
 26. Clément ND, Tennant C, Muwanga C. polytrauma in the elderly :Predictors of the cause and time of death. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2010;18:26.
 27. Giannoudis PV, et al. Severe and multiple trauma in older patients : incidence and mortality. Injury 2009;40:362-7.
 28. Richmond TS, et al. Characteristics and outcomes of serious traumatic injury in older adults. J Am Geriatr Soc 2002;50:215-22.
 29. Oreskovich Mr, et all. Geriatric trauma : Injury patterns and outcome. J Trauma 1984;24:565-72.
 30. Moran CG, et al. Early mortality after hip fracture : Is delay before surgery important ? J Bone Joint Surg Am 2005;87:483-9.
 31. Petersen MB, et al. Factors affecting postoperative mortality of patients with displaced femoral neck fracture. Injury 2006;37:705-11.
 32. Ricard-Hibon A, Duchateau FX, Vivien B. Out-of-hospital management of elderly patients for trauma injury. Ann Fr Anesth Reanim 2012;31:e7-10.
 33. Haentjens P, et al. Meta-analysis : Excess mortality after hip fracture among older women and men. Ann Intern Med 2010;152:380-90.
 34. Grossman MD, et al. When is an elder old ? Effect of preexisting conditions on mortality in geriatric trauma. J trauma 2002;52:242-6.
 35. Perdue PW, et al. Difference in mortality between elderly and younger adult trauma patients : Geriatric statuts increases risk of delayed death. J Trauma 1998;45:805-10.
 36. Soles GL, Tornetta P. Multiple trauma in the elderly:New management perspectives. J Orthop Trauma 2011;25(suppl.2)561-5.
 37. Committee on trauma. A.C.o.S. ATLS: Advanced trauma life support program for doctors. Bth ed. Chicago : American College of Surgeons.2008.
 38. Osterwalder JJ. Could a regional trauma system in eastern Switzerland decrease the mortality of blunt polytrauma patients ? A prospective cohort study. J Trauma 2002;52:1030-6.

39. Pracht EE, Langeland-Orban B, Flint L. Survival advantage for elderly trauma patients treated in a designated trauma center. *J Trauma* 2011;71:69-77.
40. Demetriades D. et al. Effect on outcome of early intensive management of geriatric trauma patients. *Br J Surg* 2002;89:1319-22.
41. McKinley BA et al. Blunt trauma resuscitation : The old can respond. *Arch Surg* 2000;135:688-93;discussion 694-5.
42. Jones JS, Johnson K, McNinch M. Age as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Am J Emerg Med* 1996;14:157-60.
43. Hwang U. et al. The quality of emergency department pain care for older adult patients. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:2122-8.
44. Pautex S, et al. Psychometric properties of the Doloplus-2 observational pain assessment scale and comparison to self-assessment in hospitalized elderly. *Clin J Pain* 2007;23:774-9.
45. Rat P, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally : Algoplus. *Eur J Pain* 2011;15:198.e1-198.e10.
46. Evaluer la douleur/Choisir le bon outil. 2012, cited 2012 (20.06.2012) ;available from :<http://reseau-douleur.hug-ge.ch/>.
47. Corbett A, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neural* 2012;8:264-74.
48. Echelle Algoplus. 2012, cited 2012 (20.06.2012);available from: www.doloplus.com.
49. Meldon SW, et al. Trauma in the very elderly : A community-based study of outcomes at trauma and nontrauma centers. *J Trauma* 2002;52:79-84.
50. Phillips S, et al. The failure of triage criteria to identify geriatric patients with trauma : Results from the Florida trauma triage study. *J Trauma* 1996;40:278-83.
51. Zimmer-Gembeck MJ, et al. Triage in an established trauma system. *J Trauma* 1995;39:922-8.
52. Hsia RY, et al. Factors associated with trauma center use for elderly patients with trauma : A statewide analysis. 1999-2008. *Arch Surg* 2011;146:585-92.
53. Demetriades D. et al. Old age as a criterion for trauma team activation. *J Trauma* 2001;51:754-6;discussion 756-7.
54. McCusker J. et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1229-37.
55. Heffernan DS et al. Normal presenting vital signs are unreliable in geriatric blunt trauma victims. *J Trauma* 2010;69:813-20.
56. Callaway DW, et al. Serum lactate and base deficit as predictors of mortality in normotensive elderly blunt trauma patients. *J Trauma* 2009;66:1040-4.
57. Spahn DR, et al. Management of bleeding following major trauma : An european guideline. *Crit Care* 2007;11:R17.
58. Aprahamian C, et al. Traumatic cardiac arrest : Scope of paramedic services. *Ann Emerg Med* 1985;14:583-6.
59. Fulton RL, Voigt WJ, Hilakos AS. Confusion surrounding the treatment of traumatic cardiac arrest. *J Am Coll Surg* 1995;181:209-14.
60. Pasquale MD, et al. Defining "dead on arrivals": Impact on a level 1 trauma center. *J Trauma* 1996;41:726-30.
61. Esposito TJ, et al. Reappraisal of emergency room thoracotomy in a changing environment. *J Trauma* 1991;31:881-5;discussion 885-7.
62. Shimazu S, Shatney CH. Outcomes of trauma patients with no vital signs on hospital admission. *J Trauma* 1983;23:213-6.

2

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Michael LECOMTE

Analyse et Recommandations générales :

La littérature internationale abonde concernant la prise en charge pré-hospitalière des traumatismes crâniens chez l'adulte de moins de 65 ans et chez l'enfant.

Les sociétés savantes de Neurologie, Traumatologie et Réanimation ont établi une quantité de guidelines, assortis d'échelles et de scores d'évaluation, afin de hiérarchiser le plus efficacement possible une conduite à tenir face à l'urgence.

Les traumatismes crâniens ou plus précisément crânio-rachidiens sont abordés plus globalement dans un contexte traumatique général, dont les facteurs étiologiques sont multiples, relevant essentiellement de l'accidentologie.

Une approche sensible de la conduite à tenir a été formalisée en France par la conférence de Consensus SRLF de Tours (1990), reprise en 2007 dans les protocoles d'Urgences de la Société Française de Médecine Urgente.

Elle s'appuie essentiellement sur une classification basée sur l'observation de signes fonctionnels et objectifs de survenue post-traumatique, ainsi que sur une évaluation neurologique simple et répétitive : **le score de Glasgow.**

ECHELLE DE GLASGOW

Ouverture des yeux		Réponse verbale		Meilleure réponse motrice	
				6	Obéit à la demande (à l'ordre oral)
		5	Orientée	5	Localise la douleur
4	Spontanée	4	Confuse (signes de confusion et de désorientation)	4	Se retire à la douleur (évitement)
3	Au bruit (parole)	3	Inappropriée (conversation impossible)	3	Flexion à la douleur (Décortication)
2	A la douleur (stimuli nociceptif au niveau des membres ou du tronc)	2	Incompréhensible (gémissements-grognements)	2	Extension à la douleur (Décérébration)
1	Aucune réponse	1	Aucune réponse	1	Aucune réponse

À partir de la fin du XX^e siècle, des études menées par des équipes d'urgentistes Américaines, mais surtout Canadiennes et Suisses, prenant en compte la projection de l'évolution démographique dans le temps, ont observé que les populations plus âgées avaient des lésions plus graves, ainsi qu'un taux de morbidité et de mortalité plus important à traumatisme égal. Ils ont aussi mis en évidence chez ces populations qu'un traumatisme crânien à faible cinétique avait les mêmes conséquences sur la gravité et sur le taux de mortalité. Parmi les facteurs étiologiques, la chute « de sa hauteur » est de loin le plus important représentant 40 à 60% des Traumatismes chez la personne âgée.

Les études Canadiennes et Suisses ont montré :

- que les indicateurs de gravité (Echelle ISS), ne sont pas forcément corrélés chez la personne âgée ;
- qu'un traumatisme crânien chez la personne âgée, même bénin, peut cacher un saignement méningé ou cérébral évoluant à bas bruit, ou une fracture de l'apophyse odontoïde non déplacée ;
- La fréquente association des fractures du segment cervical C1-C3 au traumatisme crânien de la personne âgée.

Une étude menée par Franco et al¹⁹ montre que le traitement par AVK et l'âge supérieur à 70 ans représentent des facteurs indépendants de mortalité dans les suites d'un traumatisme crânien. L'augmentation de la mortalité liée directement à la prise d'AVK, est également fonction de l'importance de l'anti coagulation (INR) et de l'âge^{4,5,7} ; l'existence d'une perte de conscience initiale semble accroître ce risque.

Actuellement l'âge chronologique reste toujours la référence, même si la revue de la littérature Canadienne démontre clairement que l'âge chronologique n'est pas le seul critère essentiel, mais plutôt l'âge physiologique, le sexe, l'incidence élevée des maladies pré existantes, la iatrogénie, les traitements médicamenteux, d'anti aggrégants plaquettaires... Toutefois, il apparaît que l'étude scientifique de tous ces critères (liés à la personne, liés au mécanisme traumatique, environnementaux...) influant sur le pronostic, reste actuellement encore mal définie.

Tableau 1 - Facteurs devant faire réaliser ces clichés cervicaux
• Patients incapables d'effectuer une rotation active du cou à 45° (en dehors de contre-indication à cette manœuvre*) • Douleur ou contracture cervicale chez un patient de plus de 65 ans • Traumatisme à risque : chute de plus de 1 m ou cinq marches d'escalier, impact axial sur la tête (plongeon), collision à haute énergie
* Les manœuvres peuvent être effectuées en toute sécurité si le patient est impliqué dans un accident de voiture avec simple choc arrière, n'est pas gêné en position assise, a marché depuis l'accident et n'a pas de contracture cervicale, ou si la cervicalgie est apparue secondairement. Ann. Fr. Med. Urgence (2012) 2

LES CRITERES DE GRAVITE :

Compte-tenu du risque d'évolution grave très élevé chez les populations âgées (âge supérieur ou égal à 65 ans), les sociétés d'Urgence Nord Américaines et Européennes recommandent l'utilisation précoce du score de Glasgow, associé à un ensemble de signes énoncés dans les **critères de Masters** afin d'effectuer le plus rapidement possible **un Scanner crânien**^{1,2,3} :

- le score de Glasgow devra être supérieur ou égal à 13/15. Il devra être associé systématiquement aux scores de détection précoce d'une fracture cervicale haute (Nexus Low risk criteria, Canadian C-spine risk rule ; échelle « Algoplus » d'évaluation de la douleur en présence de troubles de la communication), à fortiori en cas de douleur occipito cervicale.
- Un Score de Glasgow initial inférieur ou égal à 8 semble être de très mauvais pronostic chez le sujet de plus de 65 ans.
- Tout patient âgé sous traitement anti coagulant, ou présentant des troubles de la coagulation, victime d'un traumatisme crânio cérébral, doit avoir un test INR dans les plus brefs délais, ainsi qu'une tomodensitométrie précoce, indépendamment des résultats du test INR.
- Selon Reynolds et Coll.(21) Une observation minimale de six heures par un personnel qualifié (« urgences ») est nécessaire pour tous les patients sous anticoagulants de plus de 65 ans, victimes d'un traumatisme crânien léger, même en présence d'un score de Glasgow à 15/15 et d'un examen neurologique normal. « et si possible, en évitant une iatrogénie stressante » ;
- Les TCL (**traumatismes crâniens légers**) sont définis par un score de Glasgow compris entre 13 et 15, immédiatement ou secondairement. Ils devront impérativement nécessiter une surveillance d'heure en heure dans les 4 heures post-traumatiques.

PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE :

Ils visent à réduire le délai entre le traumatisme initial et la prise en charge, afin d'améliorer le pronostic vital.

Les protocoles de prise en charge d'un patient traumatisé crânien sont maintenant bien établis en France (SFMU Urgences Online 2005-2012) .Ils s'établissent en recommandations générales :

- Tout traumatisé crânien doit être classé selon son risque évolutif dans un des **3 groupes de Masters** ;
- **La classification de Masters** est une aide indispensable pour la demande des examens d'imagerie et pour la conduite à tenir, qui prend en compte d'autres éléments : notion de perte de connaissance certaine, amnésie post-traumatique, convulsions post TC, agitation, céphalées progressives, déficit neurologique focalisé, lésions traumatiques associées, vomissements...
- **La tomodensitométrie crânienne rapide** est l'élément utile pour la décision d'un transfert et/ou de la neuro chirurgie, et d'une sortie rapide du malade.

Les Trois Groupes de Masters

Groupe 1 (risques faibles)

- Patient asymptomatique
- Céphalées
- Sensations ébrieuses
- Hématomes, blessure, contusion ou abrasion du scalp
- Absence de signe des groupes 2 et 3

Groupe 2 (risques modérés)

- Modification de la conscience au moment de l'accident ou dans les suites immédiates (« perte de connaissance »)
- Céphalées progressives
- Intoxication (drogue, alcool)
- Histoire peu fiable des circonstances de l'accident (par ex. : perte de connaissance indéterminée)
- Crise comitiale après l'accident
- Vomissements
- Amnésie post-traumatique
- Poly traumatisme
- Lésions faciales sévères associées
- Signes de fracture basilaire
- Possibilité de fracture avec dépression ou lésion pénétrante
- Enfant de moins de 2 ans ou suspicion de maltraitance

Groupe 3 (risques élevés)

- Altération du niveau de conscience (à l'exclusion d'une cause toxique, d'une comitialité) c'est-à-dire un Score de Glasgow inférieur à 13/15
- Signes neurologiques focaux
- Diminution progressive de l'état de conscience
- Plaie pénétrante
- Embarrure probable

Ces protocoles présupposent la parfaite connaissance de score de Glasgow, ce qui ne peut s'appliquer, en EHPAD, qu'aux médecins et infirmiers.

En effet, un score de Glasgow inférieur à 13/15, classe immédiatement le malade en groupe 3 de Masters et implique une **tomodensitométrie crânienne d'urgence**.

Recommandations à l'usage des personnels soignants :

En France, la Société Française de médecine d'urgence a élaboré des recommandations à l'usage des personnels médicaux, para médicaux incluant les ambulanciers et les Sapeurs Pompiers devant une situation de détresse médicale, et surtout en cas de traumatismes crâniens légers (ann. Fr. med.urg 2012).

Tableau 3 - Facteurs de risque devant faire réaliser un scanner cérébral
• Déficit neurologique focalisé • Amnésie des faits de plus de 30 minutes avant le traumatisme (amnésie rétrograde) • GCS inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme • Perte de conscience ou amnésie des faits associée à : - un des mécanismes traumatiques suivants : piéton renversé par un véhicule motorisé, patient éjecté d'un véhicule ou chute d'une hauteur de plus d'un mètre ; - ou un âge de plus de 65 ans. • Suspicion de fracture ouverte du crâne ou d'embarrure • Tout signe de fracture de la base du crâne (hémotympan, ecchymose périorbitaire bilatérale), otorrhée ou rhinorrhée de liquide cébrospinal • Plus d'un épisode de vomissement chez l'adulte • Convulsion post-traumatique • Trouble de la coagulation (traitement AVK, antiagrégant...)
GCS : Glasgow Coma Score AVK : Antivitamine K Ann. Fr. Med. Urgence (2012) 2

Tableau 4 - Facteurs devant faire réaliser le scanner cérébral immédiatement (au maximum dans l'heure suivant sa demande)
• Déficit neurologique focalisé • GCS inférieur à 15 à 2 heures du traumatisme • Suspicion de fracture ouverte du crâne ou d'embarrure • Tout signe de fracture de la base du crâne (hémotympan, ecchymose périorbitaire bilatérale), otorrhée ou rhinorrhée de liquide cébrospinal • Plus d'un épisode de vomissement chez l'adulte • Convulsion post-traumatique • Traitement par AVK
GCS : Glasgow Coma Score AVK : Antivitamine K Ann. Fr. Med. Urgence (2012) 2
GCS : Glasgow Coma Score AVK : Antivitamine K Ann. Fr. Med. Urgence (2012) 2

Le score de Glasgow est difficile à réaliser en EHPAD chez des résidents déments (interrogatoire non fiable) et chez des résidents opérés de la cataracte (réaction pupillaire difficile à percevoir). C'est pourquoi un score de Glasgow expérimental est mis en place, son analyse est en cours via une autre étude.

Conduite Pratique :

1. Groupe 1 de Masters

Radiographies du crâne inutiles

Retour à domicile avec instructions écrites de surveillance remises au patient. En cas de surveillance à domicile impossible : hospitalisation brève.

2. Groupe 2 de Masters

Dans les centres disposant de scanners : **radiographies du crâne inutiles.**

Deux attitudes sont possibles :

- Surveillance, habituellement de 48 heures (en dehors d'éventuelles lésions associées) et scanner crânien en fonction de l'évolution
- Scanner crânien pour tous les patients et retour à domicile si le scanner est normal, avec instructions écrites de surveillance (en dehors d'éventuelles lésions associées).

Dans les centres ne disposant pas de scanner : radiographies du crâne possibles (la constatation d'une fracture crânienne étant un argument de transfert)

3. Groupe 3 de Masters

Radiographies du crâne inutiles. Scanner crânien en urgence et transfert en milieu spécialisé en fonction du résultat. Tout patient du groupe 3 ne nécessite pas de transfert en neurochirurgie. Ce transfert se discute avec les équipes concernées au cas par cas et en fonction des données scanographiques.

La fiche Traumatisme Crânien décrit bien les caractéristiques permettant à la soignante de nuit en EHPAD de décider rapidement l'appel de l'IDE ou du 15. Tous les critères de gravité y sont recensés. En cas d'apparition d'un seul de ces critères doit faire alerter immédiatement l'IDE ou le 15.

Les infirmières devront effectuer le recueil de l'anamnèse en précisant l'heure de début du traumatisme et son mécanisme, recueillir en particulier un questionnaire précis comprenant les critères de Masters, mesurer les paramètres vitaux, effectuer **une surveillance spécifique pendant une durée minimale de 24 heures**, ainsi que la transmission rapide au médecin régulateur (Médecin coordonnateur, médecin traitant, ou le 15 si nuit). En revanche, le scorage de Glasgow s'avère indispensable à cette recommandation.

Concernant les actions et actes infirmiers, la fiche est strictement conforme aux recommandations de la société Française de médecine Urgente.

- Vérification des traitements en cours (AVK, anti agrégants plaquettaires...),
- mise en place d'une voie veineuse périphérique,
- SURVEILLANCE clinique (critères de Masters), Glasgow, réaction pupillaire, motricité, ainsi que des constantes (SpO2, pouls, TA, pouls, FR et température) pendant 24 heures, toutes les heures pendant les 4 premières heures.

Ouverture des yeux		Réponse verbale		Meilleure réponse motrice	
				6	A la demande
		5	Orientée ou désorientée comme d'habitude	5	A la douleur Adaptée
4	Spontanée	4	Confuse contrairement à d'habitude	4	A la douleur Retrait
3	Au bruit A l'appel	3	Incohérent contrairement à d'habitude	3	A la douleur Flexion
2	A la douleur	2	Incompréhensible contrairement à d'habitude	2	A la douleur Extension
1	Aucune réponse	1	Aucune réponse	1	Aucune réponse

La réflexion de notre groupe a abouti à la proposition d'une **échelle de Glasgow « gériatrique » expérimentale** en test dans les EHPAD:

Notre protocole en EHPAD répond in fine aux recommandations générales émises par les Sociétés de Médecine Urgente, car il est conforme à la recommandation générale de ces textes.

Au total :

Le traumatisme crânien de la personne âgée de 65 ans et plus, est toujours un événement grave, car il engage le pronostic vital.

Il survient dans la majorité des cas lors d'une chute de sa hauteur.

Le consensus général actuel adopté vise à réduire le délai entre le traumatisme crânien initial et la constatation ou l'apparition précoce des premiers symptômes, afin de ne pas retarder un éventuel **Scanner cérébral**.

Chez le sujet âgé dépendant, la recherche concomitante de **lésions associées (rachis cervical)**, d'un examen clinique initial d'évaluation, comportant un **score de Glasgow**, doit être systématiquement pratiqué, afin de classer le sujet dans un des 3 groupes de Masters.

Le traitement suivi par le patient doit être immédiatement recherché, (dossier médical et le DLU).

La prise **d'AVK ou d'anti aggrégants plaquettaires** doit immédiatement faire pratiquer un dosage d'INR et un Scanner cérébral.

Les règles de surveillance de tout traumatisé crânien sont clairement codifiées et concernent tout le personnel soignant en EHPAD.

Dans le respect des bonnes pratiques Gériatriques, il serait judicieux de mettre en place un système d'infirmière(s) de garde sectorisé, qui interviendraient en cas d'urgence dans les EHPAD la nuit et les jours fériés.

3

CHUTE : UN RÉSIDENT EST RETROUVÉ AU SOL

Démarche aide soignant

Restez avec le patient et rassurez-le
Gardez le dans une position confortable
Ne pas le déplacer

Recherche de signes de gravité :

- Rechercher :
 - Une plaie importante
 - Des douleurs spontanées ou lors de la palpation (dont rachis, côtes, membres)
 - Un gonflement ou déformation ou impotence d'une extrémité
 - Un traumatisme de la face et/ou du crâne
 - Une immobilisation au sol de plus de 1 h

Évaluer :

- L'état de conscience est-il altéré ?
- Poul, TA, saturation en O₂ sont ils normaux et stables

Interroger si possible :

- Malaise et/ou une perte de connaissance au moment de la chute
- Déficit neurologique
- Trouble de la conscience
- Vertige
- Fièvre ou infection précédant la chute
- Prise d'un médicament hypoglycémiant
- Perte d'urine ou de selle

Appeler l'IDE.

Si elle ne peut pas venir rapidement appeler le 15

En l'absence de signe de gravité vous pouvez l'aider à se relever en mettant à proximité une chaise pour prendre appui et s'asseoir rapidement. Évaluer la pression artérielle assis.

Démarche IDE

Recontrôler l'ensemble des éléments précédents (recherche de signes de gravités)

Effectuer un bilan neurologique minimal (réflexe pupillaire et bilan moteur)

Recueillir et consigner :

- Les constantes vitales ;
- La saturation en oxygène ;
- La température ;
- La glycémie (si hypoglycémie suspectée).

Vérifier et signaler la prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant

**En l'absence de signe de gravité
Mettre en place une surveillance TC et
chute jusqu'à l'évaluation médicale.**

Un transfert du patient aux urgences de l'hôpital est approprié si il existe des signes de gravités, un bilan neurologique anormal ou si l'état de la personne présente le moindre élément de préoccupation.

La décision de transfert se fera en concertation avec le 15

Remplir la fiche de déclaration de chute.

3

BIBLIOGRAPHIE

1. Drees. Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002. Études et Résultats 2003;263:1-8.
2. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, et al. Will my patient fall ? Review 51 refs. JAMA 2007;297:77-86.
3. Rubinstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. Ann Intern Med 1994;121:442-51.
4. Nourhashémi F, Rolland Y, Vellas B. La prévention des chutes et de leurs conséquences. Presse Méd 2000;29:1249-54.
5. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD000340. DOI: 10.1002/14651858. CD000340.
6. Bourdessol H, Pin S, pour le réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Référentiel de bonnes pratiques Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Éditions Inpes Saint-Denis: Référentiels; 2005. 156 pages.
7. Ermanel C, Thélot B. Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine. BEH 2004;19-20:76-8
8. Item 62 : Troubles de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie
9. Chutes de la personne âgée : penser aux fractures cervicales ! Rev Med Suisse 2009;5:2195-2199
10. Les chutes Collège National des Enseignants de Gériatrie <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie3/site/html/>
11. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées (HAS)
12. American Medical Directors Association (AMDA). Falls and fall risk in the long-term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA); 2011. 23 p. [45 references]
13. Falls and fall risk in the long-term care setting. National guideline clearinghouse, Agency for Health-care Research and Quality <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=32669>

3

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Samuel BORDEAUX

A. Épidémiologie

Pour ce qui est des chutes, l'âge est l'un des principaux facteurs de risque.

Le taux de personnes âgées chuteuses de plus de 65 ans est estimé en population générale dans les pays industrialisés à plus de 30 %, sur la base de données épidémiologiques partielles et peu représentatives.¹

30 à 45% des personnes âgées de plus de 65 ans, et vivant à domicile, ont chuté au moins une fois dans l'année écoulée et 15% d'entre elles sont victimes de chutes à répétition. Ces chiffres augmentent avec l'âge, puisque 50% des patients de 80 ans et plus chutent au moins une fois par an.²

L'incidence des chutes chez les personnes âgées dépendantes vivant en institution est très élevée. Une revue systématique des études épidémiologiques l'évalue à 1,5 chute par lit et par an (extrêmes de 0,2 à 3,6).³

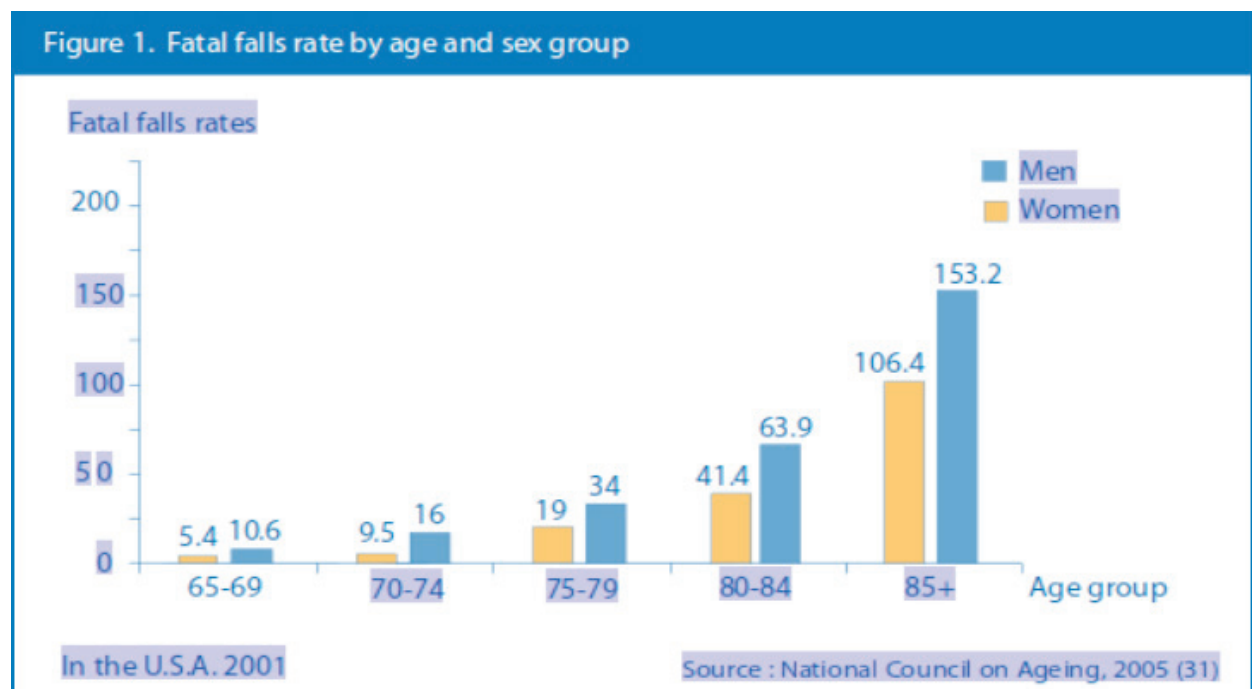
Les démences doublent le risque de chute, les fractures consécutives étant 3 fois plus fréquentes qu'en population non démente.⁴

B. Conséquences de chutes

La plupart des chutes n'entraînent pas de traumatisme physique sérieux.

Environ 20 % des chutes des personnes âgées seraient suivies d'une intervention médicale, moins de 10 % ayant entraîné une fracture.⁵

Les personnes qui font le plus grand nombre de chutes mortelles sont des personnes de plus de 65 ans. C'est chez les personnes âgées que le risque de décès ou de traumatismes graves dus à une chute est le plus élevé et le risque augmente avec l'âge.



Les chutes. Aide-mémoire N°344. Octobre 2012. OMS

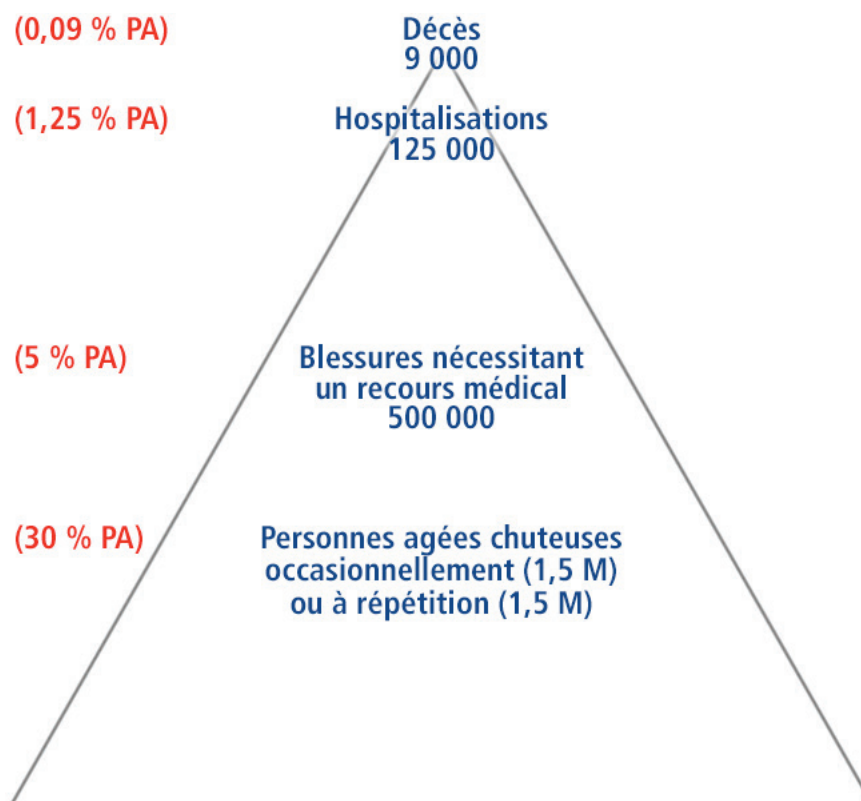


Figure 1. Importance des chutes et de leurs conséquences annuelles chez les personnes âgées. Données françaises, adapté de Bourdesso⁶ et Ermanel⁷.

Les conséquences médicales des chutes sont essentiellement de nature traumatique. Le risque fracturaire à la suite d'une chute est corrélé à la fragilité osseuse. L'ostéoporose et l'ostéomalacie étant plus fréquentes chez les femmes, le risque de fracture est de ce fait plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

I - Les différentes complications sont ⁸ :

1. Les fractures

- Qui compliquent de 6 à 8 % des chutes sont à rechercher systématiquement ;
- Fracture de l'extrémité supérieure du fémur (un tiers des fractures) ;
- Autres fractures : avant-bras (dont le poignet avec fracture de Pouteau-Colles), bras (extrémité supérieure de l'humérus), cheville, rachis (fracture vertébrale), bassin, côtes, crâne ;
- Les fractures du rachis cervical ne sont pas rares chez la personne âgée, liées le plus souvent à un traumatisme de basse énergie, comme une simple chute. La notion de traumatisme associée à des cervicalgies devrait faire évoquer systématiquement une fracture cervicale jusqu'à preuve du contraire.⁹ (Cf. règle de prédiction clinique NEXUS).

2. Les traumatismes sans fracture

Plaies, érosions cutanées, hématomes multiples, rhabdomyolyse surviennent dans environ 10 % des chutes et sont lourds de conséquences, aboutissant à une restriction d'autonomie.

3. Les complications liées à l'immobilisation

Escarres, déshydratation, bronchopneumopathie, confusion.

II - Mais la morbidité des chutes ne peut en aucun cas se résumer à leurs seules conséquences traumatiques mais aussi à leurs causes¹⁰ :

1. Causes cardiaques

- Troubles du rythme paroxystiques supra ventriculaires et ventriculaires
- Troubles de la conduction cardiaque
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire
- Sténose aortique serrée

2. Causes vasculaires

- Hypotension orthostatique
- Malaise vago vagal
- Hypersensibilité sino carotidienne
- Drop attack
- Vol sous clavier

3. Causes neurologiques

- Accident vasculaire cérébral
- État confusionnel
- Hématome sous dural
- Crise convulsive

4. Causes métaboliques

- Hypo et hyperkaliémie
- Hypoglycémie
- Hypercalcémie

5. Iatrogénie

- Hypotension orthostatique
- Trouble du rythme
- Effet arythmogène
- Trouble de la conduction
- Hypercalcémie
- Hypoglycémie
- Akinésie
- Troubles de la vigilance et état confusionnel

C. Résumé des principaux guides pratiques^{11,12,13} :

Quand un patient vient de tomber ou se trouve sur le sol, le soignant doit rester avec le patient et appeler au secours. Le chuteur est verbalement rassuré et gardé au chaud dans une position confortable (mais pas déplacé) jusqu'à l'arrivée de secours. Il faut aussi rassurer les autres résidents. Toutes les verbalisations du patient sur son état doivent être notées.

- Demandez à la personne âgée d'expliquer ce qui s'est passé, si possible ;
- Demandez comment il ou elle se sent et s'il y a des douleurs.

I - Rechercher des signes de gravité liés aux conséquences de la chute et/ou à la pathologie responsable de la chute :

1. Ceux directement liés à la chute

- Rechercher une laceration cutanée de grande taille et/ou dépassant l'hypoderme et contrôler les saignements (suivre le protocole de l'unité) ;
- Rechercher des douleurs aiguës (expressions ou verbalisations de la douleur) spontanées ou à lors de la palpation du rachis, des côtes, des membres inférieurs ;
- Rechercher une impotence fonctionnelle, un gonflement ou déformation d'une extrémité (poignet, bras, jambe) ou de la tête, une diminution de l'amplitude des mouvements ;
- Un traumatisme de la face ;
- Évaluer l'état de conscience. Effectuer un bilan neurologique minimal recherchant une absence de réflexe pupillaire, pupilles fixes ou dilatées, une modification de la motricité.

Recueillir et consigner les signes vitaux : noter le pouls et la pression artérielle en position couchée Déterminer la saturation en oxygène et la température. Déterminer la glycémie capillaire si une hypoglycémie est suspectée.

2. Ceux liés à une maladie aiguë responsable de la chute

Questions portant sur la pathologie responsable de la chute :

- Y a-t-il eu un malaise et/ou perte de connaissance au moment de la chute ?
- Y a-t-il eu un déficit neurologique sensitivomoteur constitué ou transitoire ?
- Y a-t-il eu un trouble de la conscience ?
- Y a-t-il eu un vertige (en donnant la définition du vertige au patient : sensation erronée de déplacement rotatoire de l'espace ou du corps dans l'espace) ?
- Y a-t-il eu un état fébrile ou une pathologie infectieuse précédant la chute ?
- Y a-t-il eu prise d'un médicament hypoglycémiant ?
- Y a-t-il eu une perte d'urine ou de selle au moment de la chute ?

II - Un transfert du patient aux urgences de l'hôpital est approprié si il existe des blessures ou les signes suivants après une chute :

- Saignement incontrôlé ;
- Fracture majeure ou fracture susceptible de nécessiter une intervention chirurgicale ;
- Difformité des membres ;
- Changement aiguë de l'état neurologique ou cognitif ;
- En cas de traumatisme crânien (voir protocole) ;
- Immobilisation au sol de plus de 1 heure (conséquences potentielles incluant entre autres une rhabdomyolyse, une hypothermie $\leq 35^{\circ}\text{C}$, des escarres, des pneumopathies d'inhalation et une déshydratation)
- Si l'état de la personne présente le moindre élément de préoccupation.

III - En l'absence de signe de gravité

S'il vous semble que la personne ne présente aucun élément de gravité et qu'elle est prête à se relever, vous pouvez l'aider tranquillement à le faire tout en mettant à proximité une chaise qui lui permettra de prendre appui et de s'asseoir rapidement afin d'éviter une possible nouvelle chute. Si il est stable, asseoir le patient avec le soutien et évaluer la pression artérielle assis.

4

PERTE DE CONNAISSANCE

Démarche aide soignant

En l'absence de reprise immédiate de conscience

- Laisser le résident au sol ou l'allonger LIBÉRER LES VOIES AÉRIENNES : MISE EN POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

- **ÉVITER LA MORSURE DE LANGUE** mette une canule de Guedel dès que possible.

- Enlever les prothèses dentaires, car risque de les avaler

- Rechercher les signes de gravité Donner l'alerte et revenir surveiller le résident jusqu'à l'arrivée des secours

**Appeler l'IDE pour transmettre les informations,
si l'IDE n'est pas sur site appeler le 15**

**En cas reprise de connaissance immédiate,
prendre les constantes et les transmettre à l'IDE**

Démarche IDE

Vérifier les **paramètres vitaux dont HGT**

Chez un épileptique connu :

- Si mouvement convulsif persistant Vérifier l'existence de prescription anticipée. Si elle existe, l'exécuter
- Si la prescription est efficace, revoir avec le médecin traitant le lendemain pour la conduite à tenir
- Si la prescription est inefficace ou absence de prescription appeler le 15

**En cas d'hypoglycémie voir fiche hypoglycémie
Si paralysie voir Fiche AVC**

**Dans tous les cas appeler le médecin coordonnateur ou
le médecin traitant en journée le médecin du 15 la nuit**

4

BIBLIOGRAPHIE

1. Rechtschaffen A, Kales A. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare; Bethesda, Md.: 1968. p. 12
2. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/syncope_-_recommandations.pdf
3. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_681605/fr/pertes-de-connaissance-breves-de-ladulte-prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-des-syncope
4. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2009;30:2631-71. [Medline]
5. Curka PA, Ginger VF, Sherrard RC, et al. Emergency medical services priority dispatch. Ann Emerg Med 1993 ; 22 : 1688-95.
6. Abe H, Kohshi K, Nakashima Y. Efficacy of orthostatic self-training in medically refractory neurocardiogenic syncope. Clin Exp Hypertens 2003;25(8):487-93.
7. YALE J.F. Nocturnal hypoglycemia in patients with insulin-treated diabetes Diab Res Clin Pract, 2004 ; 65 : 41-6.
8. Diabetes control and complications research group. Hypoglycemia in the diabetes control and complications trial. Diabetes, 1997, 46: 271-86.
9. GUILLOD L, COMTE FERRET S, MONBARON D et al. Nocturnal hypoglycaemias in type1 diabetic patients : what can we learn with continuous glucose monitoring ? Diab Metab, 2007 ; 33 : 360-5.
10. ALLEN KV, FRIER BM. Nocturnal hypoglycemia : clinical manifestation and therapeutic strategies toward prevention. Endoc Pract, 2003 ; 9 : 530-43.
11. www.sfm.org/documents/consensus/rfe_IDE1112.pdf

4

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Raouf LAMMARI - Jacques RIGLET

Préambule

La conscience reste la perception plus ou moins claire que chacun peut avoir du monde extérieur qui l'entoure et de soi-même.

Connaissance que l'on a acquis par la pratique, l'étude ou l'expérience, une manière de comprendre, de percevoir et de rester au contact des réalités qui nous entourent .

Perdre conscience, perdre connaissance sont deux expressions qui se rejoignent en voulant signifier que l'on est retiré du monde réel des perceptions, et que l'on est également privé de réaction face aux stimuli de l'entourage.

C'est à partir de ce moment là que notre étude sur le mémoire de cette perte (au choix connaissance ou conscience) commence.

Que cette mémoire traverse le conscient et arrive à la connaissance du lecteur attentif (!).

La perte de conscience (PC) est un signe commun à de nombreuses pathologies pouvant revêtir un caractère urgent d'intervention appropriée.

Les premiers signes accompagnant cette PC vont avoir une importance pour orienter l'enquête étiologique et débiter une thérapeutique adaptée.

Le rôle de la personne constatant en premier cette PC, sera déterminant, et en EHPAD cette personne fait le plus souvent partie de l'équipe soignante ; d'où la nécessité d'une formation du personnel de l'établissement (soignants et autres employés) et de guidelines.

Une liste de signes déterminants sera établie (protocole) avec cases à cocher sur le mode simple : oui/non.

Par exemple :

- perte urinaire
- chute brutale ou contrôlée
- troubles respiratoires
- signes neurologiques déficitaires évidents
- traitement récemment modifié
- sujet diabétique
- sol glissant
- chaussants inadaptés...

Les premiers gestes seront à remettre en mémoire

- Mise en PLS
- Desserrer l'emprise vestimentaire
- Retirer la prothèse dentaire

Une évaluation rapide et simple

- TA, pouls, FR, GLASGOW, Température, Traumatisme évident, Impotence ou Assymétrie.

La PC n'est jamais un signe anodin surtout chez la personne âgée et doit conduire à éliminer, des étiologies imposant un traitement urgent, avant d'évoquer des diagnostics plus bénins.

La constatation d'une PC sera rapportée sur le dossier médical ainsi que sur le livret de bord des effets indésirables.(chute, pc)

La bientraitance passe par la prévention autant que possible, des malaises et PC, pour une qualité des soins que l'on doit à la personne pour le respect de la dignité humaine ,ainsi que l'apprentissage des réflexes a avoir en de telles circonstances.

Le sommeil est un comportement généralement caractérisée par l'adoption d'une posture typique et l'absence de réponse à des stimuli externes en raison de périodes transitoires mais réversibles de l'inconscience¹. Une perte de conscience, un malaise ou un état comateux sont à différencier d'une phase du sommeil.

Discussion

La syncope doit être différenciée des autres états « non syncopaux » associés à des pertes de connaissance transitoires réelles ou apparentes, épilepsie, accidents vasculaires, intoxications et troubles métaboliques².

Il est recommandé d'effectuer un interrogatoire précis, si possible de s'entretenir avec les témoins et d'analyser la liste des médicaments ainsi que leur rôle potentiel dans la syncope. La modification des traitements susceptibles de provoquer une syncope est la première mesure à prendre devant une syncope en prenant en compte l'imputabilité du traitement suspecté et les risques de la suspension de ce traitement sur les pathologies chroniques. En outre, il convient de s'assurer de l'absence de lésions traumatiques.

Les mesures de la pression artérielle en position debout fait partie intégrante de l'évaluation initiale.

L'évaluation des patients âgés valides, autonomes et dont l'état cognitif est normal est semblable à celle des patients plus jeunes. L'ECG doit toutefois être systématique. Les comorbidités sont plus fréquemment retrouvées que chez l'adulte plus jeune.

Le champ des recommandations concerne les pertes de connaissance brèves de l'adulte. Elles abordent plus précisément la prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes.

Elle est un symptôme défini comme une perte de connaissance, à début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte du tonus postural, avec un retour rapide à un état de conscience normal³ ; les données épidémiologiques sont principalement issues de la littérature anglo-américaine. L'incidence et la récurrence augmentent avec l'âge, plus particulièrement après 70 ans.

Dans la seule étude française prospective publiée, les syncopes représentent 1,21 % des admissions aux urgences. Le taux de personnes hospitalisées s'élève à 58 %, avec une prédominance pour les personnes plus âgées.

La cause est trouvée pour 75,6 % de l'ensemble des syncopes. Parmi les patients quittant directement les urgences pour leur domicile, 57 % ont un diagnostic de syncope vasovagale³.

Une perte de connaissance est un symptôme. L'objectif de l'évaluation initiale est de permettre, soit d'établir un diagnostic étiologique, soit d'identifier des éléments cliniques ou para-cliniques qui vont permettre de décider s'il faut poursuivre les investigations [4]. Les étiologies des syncopes sont :

- Les syncopes réflexes (vasovagales, hypersensibilité du sinus carotidien et situationnelles).
- L'hypotension orthostatique (dysautonomie, médicaments, hypovolémie, alcool, etc.).
- Les syncopes cardiaques (arythmies, cardiopathies)

L'incidence des syncopes augmente avec l'âge et les patients âgés sont, par ailleurs, souvent polyopathologiques.

Une modification des traitements susceptibles de provoquer une syncope est la première mesure à prendre³.

La reconnaissance de l'arrêt cardiaque est simple. Elle repose sur l'absence de signes de vie (victime inconsciente, ne bougeant pas, ne réagissant pas et ne respirant pas ou respirant de façon franchement anormale-gasps).

Pour les professionnels de santé, elle repose sur l'absence de signes de circulation (absence de signes de vie et absence de pouls central carotidien ou fémoral)⁵.

Il a été démontré qu'une interruption soudaine du débit sanguin cérébral pendant 6 à 8 secondes était suffisante pour provoquer une perte de connaissance complète⁶.

Parmi les autres états « non syncopaux » associés à des pertes de connaissance, les troubles métaboliques. La survenue d'une hypoglycémie est fréquente et quasi inéluctable dans le diabète insulino-dépendant. Elle n'est pas exceptionnelle dans le diabète de type 2 traité par des insulino-sécréteurs. Les hypoglycémies nocturnes sont particulièrement fréquentes lors de l'insulinothérapie intensifiée dont elles constituent une des limites.

En l'absence de correction (resucrage) survient, après une phase de prostration, un coma avec perte totale de conscience.

Elle survient durant le sommeil, quand le patient est par définition peu attentif aux signes d'alerte et qu'il échappe à l'attention de l'entourage.

Elle peut être une cause de syncope ou de chute lors d'un lever nocturne. Exceptionnellement, elle peut être une cause de mort durant le sommeil^{7,8,9,10}.

Les intoxications (alcool ou sédatifs) sont des causes relativement rares d'une véritable perte de connaissance. Ces pathologies sont le plus souvent responsables .

d'états confusionnels ou de troubles du comportement qui durent beaucoup plus longtemps que la syncope³.

Recommandations à l'usage des infirmières

En France, la Société Française de médecine d'urgence a élaboré des recommandations professionnelles à l'usage des IDE seuls devant une situation de détresse médicale¹¹. Il est spécifié dans l'introduction que les IDE des EHPAD sont concernés par cette publication.

Recommandation 14

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'Hypoglycémie.

Circonstance de mise en œuvre : malaise ou trouble de conscience avec mesure d'une glycémie capillaire < 3 mmol/l.

- ANAMNESE : Antécédents notamment de diabète, traitements en cours, circonstances de survenue, prise d'alcool.
- PARAMETRES VITAUX : Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, SpO2.
- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER : Trouble de conscience, crise convulsive.

Actions et actes infirmiers

En cas de trouble de conscience ou d'impossibilité d'utiliser la voie per os, il faut administrer du sérum glucosé par voie intraveineuse. [Accord fort approprié]

Les experts recommandent la mise en place d'une voie veineuse périphérique pour l'administration intraveineuse de sérum glucosé. [Accord fort approprié]

Il est recommandé d'utiliser la voie per os pour l'administration de glucose lorsque l'état de conscience le permet. [Accord fort approprié]

En cas d'administration intra veineuse, les experts proposent l'administration initiale de 20 à 40 ml de sérum glucosé à 30%. [Accord fort approprié]

Les experts proposent l'administration de glucagon intramusculaire en cas d'impossibilité d'administration per os ou intraveineuse de glucose. [Accord fort approprié]

5

SUSPICION AVC

Il s'agit d'un résident qui présente brutalement un déficit d'un hémicorps et/ou un problème d'élocution et/ou une déformation de la bouche et/ou un déficit visuel.

Démarche aide soignant

Rechercher les signes de gravité

ASSURER :

- la liberté des voies aériennes supérieures (préciser si vomissements)
- retirer le dentier

METTRE :

- En décubitus latéral avec surélévation de la tête de 30°
- Si trouble de conscience mettre en PLS
- Noter l'heure de début du trouble ou l'heure où a été vue le résident sans trouble pour la dernière fois Laisser à jeun (Ni aliment, ni boisson, ni traitement pour éviter les fausse route)

Appeler l'IDE pour transmettre les informations si l'IDE ne peut pas venir rapidement appeler le 15

Démarche IDE

- **Vérifier** la TA et le pouls, la température et faire une glycémie capillaire
- En cas d'hypoglycémie re-sucrer le résident selon le protocole hypoglycémique
- Vérifier le traitement du résident et la dose prise . Éliminer une erreur d'administration de traitement avec un autre résident.
- Rechercher la prise d'anticoagulant ou d'anti agrégant Regarder s'il existe un ATCD d'AVC ?

Score FAST

Face = paralysie de la face, faire sourire

Arm = déficit/engourdissement du bras

Speech = aphasie/dysarthrie, faire répéter « le soleil brille »

Time = heure précise de début des symptômes

Pour des symptômes permanents et aussi transitoires, appeler le 15 rapidement. Chaque minute compte...

5

BIBLIOGRAPHIE

1. Les chiffres clés des AVC du 26 octobre 2012 sur www.sante.gouv.fr
2. Prise en charge des AVC du 26 octobre 2012 sur www.sante.gouv.fr
3. AVC prise en charge précoce has mai 2009 :
 - recommandations
 - synthèse des recommandations
 - argumentaire
4. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014
5. Rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux du 09 octobre 2009 sur www.sante.gouv.fr
6. Programme pilote has : « ensemble améliorons la prise en charge de l'AVC » 2008-2013
7. Le colloque AVC au ministère de la santé du 20 octobre 2010
8. Dispositif réglementaire et juridique du 29 octobre 2010 sur www.sante.gouv.fr
9. Quel système d'information pour le plan AVC ? 20 mai 2010 sur esante.gouv.fr
10. Prise en charge des AVC en phase aiguë par les urgentistes (colloque de médecine d'urgence du centre) du 09 décembre 2010 sous l'égide de l'ars du centre et du docteur René-Pierre Pignotti
11. Société française de médecine d'urgence. Recommandations professionnelles. L'IDE seule devant une situation de détresse médicale. SFMU de décembre 2011

5

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Michael LECOMTE - Christophe JEAN

C'est un problème majeur de santé publique et une urgence médicale.

En 2008 on note 130 000 hospitalisations pour accident neuro-vasculaire soit un AVC toutes les 4 minutes et 33 000 décès.

On estime en France à 771 000 les personnes ayant des antécédents d'AVC dont 505 000 avec séquelles.

Entre 2002 et 2008 le nombre de personnes hospitalisées pour AVC a augmenté de 10,9% avec un âge moyen de 73 ans (70 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes).

Un mois après un AVC pour les personnes ayant survécues, 25% présentent un handicap léger à modéré et 34% ne peuvent marcher sans assistance.

Dans les pays occidentaux l'AVC représente la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer, la troisième cause de mortalité et la première cause d'handicap non traumatique.

Le maître mot dans la prise en charge est le **temps**, en effet le délai doit être au maximum de 4 heures 30 minutes entre le début de la symptomatologie et l'actlyse si elle a lieu et si possible dans les 3 heures.

Le diagnostic se doit donc d'être le plus précoce possible, le pronostic en dépend, d'où l'intérêt majeur des fiches pratiques de conduite à tenir auprès du personnel soignant.

Devant tout suspicion d'AVC il faut appeler le 15, chaque minute compte...
c'est l'essence du message et des fiches de conduite à tenir pour le personnel soignant.

En conclusion le pronostic de l'AVC repose en grande partie sur la précocité de son traitement et donc de son diagnostic voire simplement de sa suspicion. Le personnel soignant n'est pas toujours suffisamment formé devant cette situation et est seul en particulier les nuits dans les EHPAD. Il nous a donc paru utile de lui proposer une fiche de conduite à tenir sur ce sujet.

On s'attachera non seulement à commenter et à expliquer la fiche de manière précise et synthétique mais aussi à réaliser une formation didactique sur les AVC auprès du personnel soignant, c'est l'une des missions du médecin coordonnateur. Le 15 sera tenu au courant du niveau de soins requis du résident qui doit être noté dans le dossier de soins.

Proposition de formation sur AVC :

- commenter la fiche
- rappeler la gravité de la maladie
- que AVC = urgence médicale
- définir les signes de la maladie

On peut s'appuyer sur le mot **VITAL**

V comme visage devie sur un côté

I comme inertie d'un membre ou d'un côté

T comme troubles du langage ou de la vue

AL comme allo le 15

6

MAL DE TÊTE (CÉPHALÉE AIGUË)

Démarche aide soignant

Mettre le résident dans une pièce calme et peu éclairée

Prendre les constantes habituelles

Rechercher des signes de gravité

Prendre la température

Rechercher des ATCD de migraine connus

Rechercher des signes associés :

Douleurs d'un œil, trouble visuel

Chute récente ou semi-récente (dans le mois qui précède) ?

Troubles de l'équilibre

Trouble de la marche

Propos incohérents apparus de manière récente ou brutale ?

Plainte d'avoir moins de force au niveau des bras et des jambes ?

Vomissement

Prise d'antidiabétique (insuline, antidiabétiques oraux), d'anticoagulants

Tension artérielle supérieure à 200

APPELER l'IDE
si un ou plusieurs de ces signes existent

Démarche IDE

Rechercher l'introduction d'un nouveau traitement

Faire une glycémie capillaire

si hypoglycémie suivre la fiche hypoglycémie

Si hypertension TA > 200/110

Rechercher des signes de souffrance viscérale : troubles visuels, douleurs thoraciques, douleurs abdominales, signes neurologiques

Si céphalée connue et symptômes habituels

Suivre le protocole du résident si disparition des symptômes après prise en charge ne pas appeler le 15

APPELER le médecin de la résidence,
le médecin traitant ou le médecin du 15
dans les autres situations

En attendant le médecin ou le 15
poser une perfusion de G5%

6

BIBLIOGRAPHIE

1. Société française de médecine d'urgence. Régulation. Vig V. Appels pour céphalées. Urgences 2010 : 549-556
http://www.sfm.org/urgences2010/donnees/pdf/050_vig.pdf
2. Alsace santé au travail : Jacob D, Martin C, Ourliac M et al. 26 fiches de soins à valider par le médecin signataire du protocole et destinées aux infirmiers et infirmières d'entreprise. Fiche 18 : Soins infirmiers en cas de céphalées. Dernière mise à jour août 2010.
<http://www.ast67.org/fr/dossiers/soins-d-urgence-et-securite/soins-d-urgence-en-milieu-de-travail/protocoles-de-soins-d-urgence-en-entreprise.html>
3. Alsace santé au travail : Brotel C, Huriez J. 21 fiches d'urgence à l'usage des infirmières d'entreprise. Fiche 3 : Céphalée – Migraine. Dernière mise à jour août 1999.
4. Boulan P, Ducros A, Berroir S, Bousser MG, Niclot P, Amarenco P. Urgences neurologiques. Da Te Be 2007 : 26
5. Morel P, Rutschmann O, Delémont C. Quand référer aux urgences un patient présentant une céphalée ? Revue Médicale Suisse 2010 ; 6 : 1526-9
6. Michelet P. La régulation des céphalées aiguës par le SAMU. Urgence pratique 2008; 91 :13-16
7. Ellrodt A. Quand et pourquoi adresser une céphalée aiguë aux urgences ? Entretiens de Bichat 2010 : 267-268
http://www.lesentretiensdebichat.com/Media/publications/medecine4_55_56.pdf
8. Ceppi M, Willi C et al. Recommandations pratiques pour le diagnostic en urgences des céphalées aiguës non traumatiques. Revue Médicale Suisse 2008 ; 4 : 1741-6
9. Société française de médecine d'urgence. Recommandations professionnelles. L'IDE seul devant une situation de détresse médicale. SFMU/Décembre 2011.
http://www.sfm.org/documents/consensus/rfe_IDE1112.pdf
10. ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations. Octobre 2002

6

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Delphine MUNSCI-LANDOWSKI

La céphalée aigüe est un symptôme banal notamment en EHPAD et qui, selon le mode d'apparition, son évolution, le contexte et les antécédents, peut être un des signes cliniques d'un processus grave nécessitant une prise en charge rapide du résident.¹

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature médicale et paramédicale de recommandation sur la conduite à tenir devant une céphalée aigüe et destinée aux IDE en EHPAD.

Par contre des recommandations à l'usage des IDE en entreprise sous la forme de protocoles de soins ont été publiées. Nous nous sommes donc basés sur celles ci pour étayer notre travail.^{2,3}

La prise en charge d'une céphalée aigüe s'y fait pour les grandes lignes comme dans notre fiche avec dans un premier temps la mise au repos du résident dans une pièce calme et un bilan initial qui consiste à prendre les constantes habituelles en y ajoutant la glycémie capillaire et la température.

L'IDE recherche ensuite les troubles associés comme des vomissements, des troubles ophtalmologiques, un déficit neurologique, une notion de traumatisme, des ATCD de migraine connus, troubles que l'on retrouve dans notre fiche hormis la recherche d'une douleur et/ou raideur de nuque qui n'a pas été retenue.

En cas de céphalées habituelles et en l'absence de signe de gravité l'attitude thérapeutique de l'IDE est la même que celle préconisée dans notre fiche. Elle mettra en route le protocole du résident.

Dans les autres situations, comme spécifié dans notre fiche, elle devra appeler le médecin ou le 15 :

- si les symptômes ne disparaissent pas après la prise en charge ;
- dans les autres cas comme par exemple des céphalées brutales, intenses, inhabituelles ou bien s'il existe des signes de gravité (HTA, troubles de la conscience, déficit neurologique, température élevée).

Dans notre fiche nous avons rajouté pour étayer la glycémie capillaire la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie (l'IDE se référera à la fiche 10 Hypoglycémie).

Dans ces protocoles à l'usage des IDE d'entreprise il n'est pas fait mention de la pose d'une perfusion de G5% en attendant le médecin ou le 15. Cette attitude thérapeutique que nous avons retenue dans notre fiche est justifiée par la médicalisation des EHPAD.

La revue de la littérature comporte également un certain nombre de références quand à la prise en charge médicale d'une céphalée aigüe essentiellement dans le cadre de la régulation par le 15 ou de l'accueil des services d'urgences.^{1,4,5,6,7,7}

Y sont décrits les signes d'alarme, éléments anamnestiques et cliniques qui associés à une céphalée aigüe doivent faire évoquer une urgence et faire appeler le médecin ou le 15.

On y retrouve les signes de gravité mentionnés dans la fiche 0 Situations inhabituelles Démarche systématique, mais également des critères spécifiques aux céphalées et qui imposent une médicalisation. Certains de ces critères se retrouvent dans notre fiche comme le caractère inhabituel de la céphalée chez un céphalalgique connu, la notion de neuro-traumatisme, une hypertension artérielle non maîtrisée ou inhabituelle ce d'autant qu'il existe des signes de souffrance viscérale. D'autres ne sont pas mentionnés tels quels dans notre fiche: un début brutal, la présence d'une pathologie évolutive (immunodépression, néoplasie), une céphalée d'effort ou lors du changement de position de la tête, une céphalée récente d'aggravation rapidement progressive. Ils rentrent dans le cadre des autres situations pour lesquelles l'IDE doit appeler le médecin ou le 15.

Sont également décrits des signes associés à rechercher et qui s'ils sont présents orienteront également vers le médecin ou le 15. Parmi eux nous retrouvons comme dans notre fiche les troubles de la conscience, une confusion (propos incohérents), une fièvre, des nausées ou vomissements, des signes neurologiques (troubles de la marche ou de l'équilibre, plainte d'avoir moins de force au niveau des bras et des jambes). Par contre plus qu'une douleur d'un œil c'est la notion d'un œil rouge qui est rapportée.^{1,6} Il est également décrit une altération de l'état général et une palpation douloureuse du cuir chevelu.^{4,5,6}

Il est également important de rechercher la prise de certains médicaments comme les antidiabétiques, mais également celle d'anticoagulants comme le précise la littérature.^{5,7,8}

La recherche de l'introduction d'un nouveau traitement est bien conforme aux recommandations. En effet une céphalée peut être induite par notamment la prise d'un inhibiteur calcique, d'un antagoniste des récepteurs h2 de l'histamine, d'un bêtabloquant, d'un vasodilatateur de type nitré, d'un anti-inflammatoire non stéroïdien, d'un antibiotique comme la tétracycline. Nous ne parlerons pas ici des céphalées chroniques par abus d'antalgique.¹

La Société Française de Médecine d'Urgence⁹ dans sa recommandation 4 (antalgie, constatation d'une douleur aiguë chez l'adulte) à l'usage des IDE seuls devant une situation de détresse médicale reprend dans le bilan infirmier comme dans notre fiche l'anamnèse avec les circonstances de survenue notamment traumatisme et les traitements en cours, les paramètres vitaux et les signes de gravité. Elle propose également d'évaluer et de réévaluer la douleur dès sa prise en charge par une échelle d'auto-évaluation voir d'hétéro-évaluation.

L'ANAES¹⁰ a publié en 2002 une recommandation se rapportant à « la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques ». Elle recommande de pratiquer une imagerie cérébrale (scanner ou IRM) et donc de recourir au centre 15 dans les deux situations suivantes :

- devant une céphalée aiguë sévère s'installant en moins d'une minute, prolongée durant plus d'une heure et jugée intense ;
- chez un migraineux connu devant une céphalée d'apparition brutale ou une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle ou une anomalie à l'examen clinique.

Ces situations d'urgence sont recherchées lors de la démarche IDE de notre fiche.

En conclusion, la fiche céphalée aiguë est conforme aux différentes recommandations et protocoles retrouvés dans la littérature même si les situations décrites (entreprise, régulation directe du 15, accueil des urgences) ne sont pas toujours comparables à la situation en EHPAD. À noter l'intérêt que pourrai apporter l'évaluation de la douleur dans cette situation, évaluation qui devrait faire l'objet d'un protocole à part entière mis en place dans les EHPAD.

7

ASPHYXIE

Impossibilité de respirer avec étouffement imminent
Généralement au décours d'une fausse route

Démarche aide soignant et IDE

L'OBSTRUCTION EST PARTIELLE :

Respecter la position spontanée du résident

- Le sujet tousse
- **Respecter cette toux**
- Au besoin aider à dégager les aliments ou le dentier dans la bouche

L'OBSTRUCTION EST TOTALE :

- Impossibilité de parler, de respirer.

C'EST UNE VRAIE URGENCE, qui doit être traitée par celui qui la constate

- **Respecter la position spontanée du résident**
- On utilise la manœuvre de HEIMLICH qui doit pouvoir être pratiquée **n'importe où ; par n'importe qui** sans aucun matériel.
- Le tout est d'utiliser l'air contenu dans les poumons afin que sa mobilisation expulse le corps étranger (principe du bouchon de champagne).
- **Dès les premiers signes d'étouffement, cette manœuvre doit être mise en œuvre.**

SUJET ASSIS OU DEBOUT

Le Soignant se place derrière le sujet et le dossier de la chaise. Il entoure la taille de ses bras, met une de ses mains en poing au creux épigastrique (entre l'ombilic et le sternum). Avec sa main libre, il saisit son poing et applique une brusque pression légèrement ascendante au niveau de la région épigastrique (l'abdomen et non les côtes). Il peut répéter 5 fois cette manœuvre si nécessaire.

SUJET DEBOUT

C'est la même manœuvre, sans la chaise.

SUJET COUCHÉ

Position préférable si le résident est comateux ou obèse, ou si le soignant a des petits bras ou pas assez de force. Le résident est couché, le mettre sur le ventre,. Le soignant pose les deux mains sur le dos du résident et appuie brusquement à plusieurs reprises.

Le succès de la manœuvre se mesure à la reprise de la respiration, à la recoloration cutanée et à la récupération de la conscience. Si le résident reprend sa respiration il est sauvé, vous pouvez alors appeler le médecin traitant pour discuter de la conduite à tenir

Si le résident ne reprend pas sa respiration essayer une aspiration trachéale en attendant le 15.

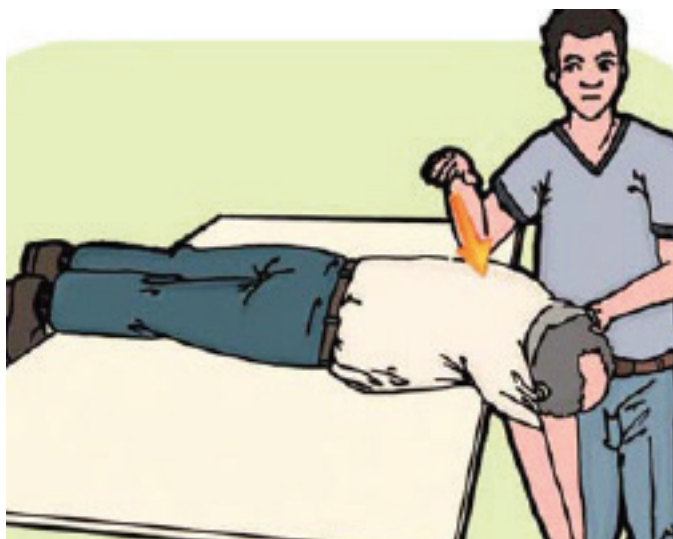
Appeler le 15 rapidement si les manœuvres sont inefficaces

HEIMLICH EN IMAGE

Le résident est laissé dans la position dans laquelle il se trouve au moment de l'étouffement



Résident debout



Résident coucher au lit



Résident assis

7

BIBLIOGRAPHIE

1. EMC- Médecine 2 (2) : 137-143
2. Pauderaux Ph. Physiologie de la déglutition. Sem Hôp Paris 1997 ; 73 : 597-602.
3. « Neuroleptiques : troubles de la déglutition » Rev Prescrire 2010 ; 30 (324) : 746-748.
4. Schoevaerds D. , Desuter G. , Van Der Vorst S. , et al . La dysphagie et les troubles de la déglutition chez la personne âgée. La Revue de Gériatrie, 2013, Vol. 38, N°4, P 273.
5. Morisset F., Gerouste M. Soins Gériatrie Vol 12, N° 68- décembre 2007. pp 28-29.
6. Deakin CD., Nolan JP., Soar J., Sunde K. , et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support. Resuscitation. 2010; 81: 1305-1351.
7. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency. Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations (Co STR) part 2 Adult basic life support. Resuscitation; 2005; 67: 188-189.
8. Blain H, Bonnafeux M, Grovalet N, et al. The table maneuver; a procedure used with success in four cases of unconscious choking older subjects. Am J Med; 2010; 123: 1150. e 7-9.
9. Edgcombe H, Carter K, Yarrow S. Anaesthesia in the prone position. Br J Anaesth, 2008; 100: 165-183.

Jean-François HENNERESSE

Recommandations générales

L'asphyxie par blocage alimentaire dans le larynx lors de l'absorption d'aliments ou de régurgitation inhalée est une urgence vitale plus spécifique du sujet âgé, d'une part par sa fréquence dans la population âgée et d'autre part par ses conséquences fonctionnelles. Environ 4000 décès/ an en France¹.

La prévalence des troubles de la déglutition dans la population âgée est sous-estimée, mais semble particulièrement élevée chez les grands vieillards et les personnes souffrant d'état polypathologique et pourrait atteindre 50% dans les unités de soins prolongés. La vieillesse physiologique altère divers paramètres de la déglutition, toutefois il semble que ces modifications liées à l'âge n'ont guère de conséquences sur les sujets en bonne santé ; elles pourraient par contre augmenter la vulnérabilité du sujet âgé en cas de pathologies intercurrentes ou de traitement sédatif (neuroleptique)².

Affections associées :

- Dégradation des performances masticatoires.
- Existence d'une xérostomie.
- Nombreux états pathologiques de la personne âgée entraînant une dysphagie (pathologies vasculaires cérébrales, pathologies dégénératives du système nerveux central, maladie du moto neurone)³.

Dans les institutions où l'on aide et où l'on fait manger, la personne âgée présentant des risques de fausses routes demande une vigilance de tous les instants en dépit des mesures de préventions mises en place lors des repas⁴.

Le décès par obstruction aigue des voies aériennes supérieures peut être confondu avec un arrêt cardiaque ou une insuffisance coronarienne. La prise en charge d'un état d'asphyxie nécessite l'intervention immédiate du ou des soignants présents quel que soit son statut (aide-soignant, IDE, médecin) qui doit enchaîner plusieurs actions :

- Constater une obstruction partielle ou totale des voies aériennes supérieures.
- Appeler à l'aide si obstruction totale avec signes de détresse respiratoire brutale (patient qui porte la main à la gorge et s'agite, est incapable de parler ou de tousser, garde la bouche ouverte, fait des efforts pour respirer sans que l'air puisse circuler, devient pâle puis bleu et tombe rapidement inconscient. L'anoxie cérébrale est totale 3 à 5 mn après l'arrêt cardio respiratoire)⁵.
- Isoler le patient des autres résidents et pratiquer la manœuvre de Heimlich immédiatement ou précédée :
 - De désobstruction au doigt uniquement si on voit du matériel dans la bouche (appareil dentaire instable, aliment solide visible), mais risque de morsure du soignant non négligeable. L'utilisation de pinces ou d'outils improvisés (couverts de table) est à éviter. En institution un matériel d'aspiration mobile accessible est recommandé.
 - De frappes successives (5 fois au maximum) avec le plat de la main entre les 2 omoplates.

Les recommandations internationales ne conseillent pas une méthode de préférence, il est conseillé de conjuguer plusieurs techniques⁶.

Dans la fiche asphyxie, ces recommandations sont bien décrites sauf la manœuvre initiale consistant à taper avec la main dans le dos (controversée dans certains pays car pouvant aggraver l'asphyxie en entraînant le corps étranger vers les voies aériennes distales), ni l'aspiration bucco-pharyngo-laryngée. Enfin la présence d'oxygène à administrer rapidement (5 Litres/mn), dès la reprise d'inhalation d'air après la manœuvre de désobstruction est indispensable en attendant l'arrivée des secours (appel du 15, du 18 ou du 112 depuis un portable).

Recommandations à l'usage des soignants en maison de retraite.

Le protocole de la manœuvre de Heimlich s'applique sur un patient âgé, assis le plus souvent à table, dès la reconnaissance d'un corps étranger des voies aériennes supérieures et avant l'arrêt cardiaque.

Le visuel de la fiche est explicite et correspond aux manœuvres que tout à chacun peut être appelé à pratiquer s'il est en contact avec des personnes à risque.

Si inefficacité des 5 manœuvres de Heimlich successives ou impossibilité à l'exécuter (sujet obèse), démarrer un massage cardiaque par compression thoracique⁷.

Il a été rapporté dans American Journal of Medicine, une nouvelle manœuvre dénommée « manœuvre de la table », qui consiste à allonger la victime en position ventrale et déclive sur une table avec la tête et les bras pendant en dehors de la table et à lui donner des claques dans le dos avec la paume de la main entre les deux omoplates. Cette méthode utilisée de manière empirique et avec succès après inefficacité de la manœuvre de Heimlich pourra être tentée en dernier ressort. La position déclive du sujet favorise l'expulsion de l'aliment obstruant et prévient une migration de celui-ci vers les voies aériennes distales. En outre la position ventrale pourrait améliorer temporairement les échanges gazeux chez des sujets déjà cyanosés. Cette méthode restant cependant à valider^{8,9}.

Enfin il faut insister, une fois les manœuvres de désobstruction terminées, sur la nécessité de remplir une fiche de traçabilité renseignée et validée par les intervenants où sont retransmis les actes et soins effectués pendant la réanimation. Le but étant de garantir la pertinence, l'efficacité et la qualité des soins apportés. Cette fiche doit être disponible sur le chariot d'urgence de l'unité.

En conclusion, l'élaboration de procédures et l'apprentissage des gestes de base de la réanimation sont des atouts pour agir rapidement, efficacement et sans stress en toute coordination.

8

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE (DYSPNÉE)

La tachypnée = respiration rapide ($> 20/\text{mn}$)

La bradypnée = respiration lente ($< 10/\text{mn}$)

La polypnée = respiration rapide ($> 20/\text{mn}$) et superficielle

L'orthopnée = difficulté respiratoire allongé

Démarche aide soignant

- Mettre le résident en position assise, le rassurer
- Lui dégrafer ses vêtements (col de chemise, ceinture de pantalon) s'il semble trop serré
- Vérifier l'absence d'obstruction buccale ou nasale
- Prendre la température

En plus des signe de gravité Rechercher les signes spécifiques

- une bradypnée ou une orthopnée
- si cette dyspnée apparaît au cours d'un repas, (report fiche asphyxie)
- Douleurs thoraciques

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- perdre son sang froid (ça augmente l'angoisse du malade)
- obliger le malade à s'allonger (mais le laisser adopter la position qui le soulage le mieux)

APPELER IDE

Démarche IDE

En plus des signe de gravités habituels

IL FAUT RECHERCHER UN OU PLUSIEURS SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES :

Douleur thoracique

- une bradypnée
- une orthopnée
- une tachypnée
- Température $> 38,5$ ou $< 36,5$ et/ou frisson

Si $\text{sat} < 90\%$ Instituer une oxygénothérapie au masque ou aux lunettes (3 litres/mn)
sauf si insuffisance respiratoire chronique débiter par 1l/mn

APPELER le médecin de la résidence le médecin traitant ou le médecin du 15

En attendant le médecin

Faire un ECG si appareil à disposition

Surveillance de la saturation

Surveillance de la conscience

Surveillance constantes habituelles

9

SAIGNEMENT DE NEZ (EPISTAXIS)

Démarche aide soignant

- Mettre le patient en position ASSISE, en lui maintenant la tête penchée en avant
 - Faire moucher le résident
 - PLACER, dans la narine qui saigne de l' Alginate (Type COALGAN R)
 - Puis APPUYER SUR L'AILE DU NEZ pendant 5 à 10 mn sans relâcher
- En règle, le saignement s'arrête en 3 à 4 minutes.

- Prendre la tension et le pouls

APPELER l'IDE si le saignement persiste, sinon le noter dans les transmissions pour le transmettre au médecin traitant

Démarche IDE

- Regarder si le patient est sous antiagrégant, AINS ou sous anticoagulant et sortir le dernier INR
- Si le résident présente une pathologie hémorragique connue suivre le protocole spécifique du résident
- Si le saignement abondant ou persistant (>10mn) surtout si le patient est sous anticoagulant ou si signes de gravité

**Et APPELER le médecin de la résidence,
le médecin traitant ou le médecin du 15**

**Maintenir la pression sur la narine sans enlever
la mèche en attendant le médecin**

9

BIBLIOGRAPHIE

1. Herman P. Epistaxis. Orientation diagnostique et prise en charge. Rev Prat 2000 ; 50(17) : 1959-1964.
2. Kucik CJ, Clenney T. Management of epistaxis. Am Fam Physicien 2005; 71(2): 305-11.
3. Pagliarulo G. Les Urgences ORL. Le Médecin du Québec 2007. 42(5) : 41-46.
4. Truang Tan Treung T. Tankéré F. Epistaxis: conduit à tenir. AKOS. Traité de médecine, 2010, 6-0450.
5. Ranerisson R, Der Sahakian G, Allo JC. Epistaxis SAU. Fiches techniques IDE et médecins. SAU Cochin Hôtel-Dieu. Janvier 2011.
6. Thomas GR, Dave S, Furze A, Lehman D. Managing common otolaryngologic emergencies. Emerg Med 2005; 37 (6) 39-48.
7. Pope LER, Hobbs CGL. Epistaxis: an update on current management. Postgrad Med J 2005; 81 (955); 309-14.
8. Lubianca-Neto JF, Bredemeier M, Carvalhal EF, et al. A study of the association between epistaxis and the severity of hypertension. Am J Rhinol 1998. 12: 269.
9. Klosec JM, Foucray PJ. Conduite à tenir et traitement d'un épistaxis. Encycl Med Chir, 1998 ; 6-0450 : 2p.
10. Haute Autorité de Santé. Avis de la Commission d'Évaluation des Produits et Prestations- 17 mai 2006.

*Jean-François HENNERESSE***Recommandations générales**

Le « saignement de nez » ou épistaxis est la plus fréquente des urgences ORL¹, car c'est une hémorragie des cavités nasales sinusiennes ou du rhinopharynx qui touche des adultes de 50 à 80 ans². Les gens âgés étant plus souvent polyopathologiques, fragilisés, elle peut parfois engager le pronostic vital, décompenser une pathologie existante (insuffisance coronarienne ou sténose carotidienne), ou constituer le signe révélateur d'une pathologie méconnue : rhinologique, vasculaire, sanguine et aboutir à une enquête étiologique.

En EHPAD, l'épistaxis est une situation fréquente car on y cumule les facteurs favorisant : âge avancé, multi tares, traitement anti-agrégant plaquettaire, anti-coagulant parfois difficile à équilibrer, chutes avec traumatisme facial.

Bien que 90% des épistaxis soient bénignes avec écoulement unilatéral peu abondant en goutte à goutte, elles restent une urgence potentielle³, en étant bilatérales ou antéro postérieures et abondantes⁴.

Recommandations à l'usage de l'aide-soignant

Le rôle initial de l'aide-soignant est de s'assurer au départ qu'il s'agit bien d'une épistaxis et non d'une hémoptysie (crachements de sang au cours d'accès de toux) ou d'une hématomatose (vomissements sanglants).

L'aide-soignant de nuit doit bénéficier d'une formation à ce soin pour en comprendre ses modalités successives :

- Il doit porter des gants à usage unique.
- Il doit mettre le patient en position assise (risque d'inhalation sanguine en position allongée).
- Il doit maintenir la tête du patient en avant pour éviter qu'il avale du sang et diminuer les risques de nausées et de vomissements.
- Il doit faire moucher et cracher le résident pour évacuer les caillots.

Dans le contexte de l'EHPAD, il faut savoir rassurer la personne âgée inquiète. L'utilisation d'une mèche d'alginat de calcium peut être aussi remplacée par une mèche de gaze imbibée d'une pommade nasale hémostatique type HEC®⁵.

Recommandations à l'usage des IDE

Les traitements anti-agrégant plaquettaires ou anti-coagulant principalement oraux en EHPAD (même équilibrés) sont des grands pourvoyeurs d'épistaxis. Les causes locales imposeront des conseils ultérieurs aux patients⁴ pour éviter les récives.

L'IDE vérifiera s'il y a eu des modifications récentes des doses d'anti-coagulant, et/ou la présence d'hématomes cutanés.

Les signes de gravité de la fiche 0 associent :

- Des modifications tensionnelles ≤ 100 ou ≥ 200 , contrôlés aux 2 bras en sachant que le contexte de saignement est très anxiogène pour le patient et peut favoriser les poussées tensionnelles. Il semble exister un consensus pour dire qu'il n'y a pas de lien de cause établi entre épistaxis et poussée hypertensive, sachant que la réduction de celle-ci chez un résident non connu hypertendu serait mal tolérée^{5,6,7}.
- Des sueurs.
- De la pâleur.
- De l'agitation.
- De l'anxiété (d'où à nouveau le rôle de rassurer le patient dans un contexte calme en attendant le médecin).

En ce qui concerne la compression de la narine qui saigne (parfois difficile à repérer), l'HAS recommande une compression bi digitale d'emblée, d'une durée au moins égale au temps de saignement biologique soit au minimum 7 mn⁸.

La commission d'évaluation des produits et prestations de l'HAS a rendu un avis le 17 mai 2006 concernant le COALGAN®, tampon hémostatique local de 0,4 g d'alginate de calcium. Bien que son niveau de preuve soit faible, il garde un Service Rendu (SR) suffisant en raison de l'intérêt de santé publique, compte tenu de l'incidence et de la prévalence de l'épistaxis de faible abondance provenant de la tache vasculaire (cas le plus fréquent)⁹. Ce qui correspond parfaitement aux recommandations de notre protocole.

10

DOULEURS THORACIQUES

Il s'agit de douleurs d'apparition brutale, siégeant au niveau du thorax

Démarche aide soignant

1. Je recherche des signes de gravité

2. Je précise les caractéristiques de la douleur

- Heure de début
- ATCD de douleurs identiques
- Douleur qui serre autour de la poitrine (= constrictive)
- Propagation de la douleur dans les bras et/ou dans le cou, et/ou dans les mâchoires (= irradiation)
- Notion de traumatisme, choc ou chute, dans les heures qui précèdent l'apparition de la douleur

3. Je décris les signes d'accompagnement

- Nausées, vomissements, palpitations, sueurs, difficulté respiratoire, anxiété, différence de tension entre les deux bras

**Appeler l'IDE pour transmettre les informations.
Si l'IDE ne peut pas venir rapidement appeler le 15**

Démarche IDE

1. En cas de signe de gravité, d'atcd de pathologie coronarienne, ou si la douleur est constrictive ou irradie :

- Appeler le 15 rapidement

- En attendant le médecin poser une voie d'abord veineuse avec du G 5% 500 cc
- Si matériel disponible faire un ECG

2. S'il n'y a aucun de signe de gravité, rechercher des signes en faveur d'une DOULEUR DE PAROI

- Rechercher une notion de traumatisme, de choc ou de chute, dans les heures qui précèdent l'apparition de la douleur
- Chercher si le patient localise précisément, avec un ou deux doigts, le siège de sa douleur
- Vérifier si une pression sur cette zone réveille la douleur
- Chercher un hématome en regard de la zone douloureuse

Si traumatisme + douleur à la pression et/ou hématome, il s'agit probablement d'une fracture de côte ou d'une contusion musculaire.

Donner 1g de PARACÉTAMOL et voir si cela soulage la douleur.

En cas d'absence de soulagement dans l'heure ou d'apparition de signes de gravité, appeler le 15

3. En attendant le médecin

- Laisser le résident au repos dans son lit semi-assis
- Rechercher les antécédents cardiaques et respiratoires dans le dossier
- Sortir la liste des traitements en cours

10

BIBLIOGRAPHIE

1. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2012; 33: 2569–2619
2. The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2011 ; 32 : 2999–3054
3. Société française de médecine d'urgence. Recommandations professionnelles. L'IDE seul devant une situation de détresse médicale. SFMU/ Décembre 2011.
http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rfe_IDE1112.pdf
4. Alsace santé au travail : D. Jacob, C. Martin, M. Ourliac et al. 26 fiches de soins à valider par le médecin signataire du protocole et destinées aux infirmiers et infirmières d'entreprise. Dernière mise à jour août 2010
<http://www.ast67.org/fr/dossiers/soins-d-urgence-et-securite/soins-d-urgence-en-milieu-de-travail/protocoles-de-soins-d-urgence-en-entreprise.html>
5. Secours Santé Médical 45 (Sapeurs pompiers du Loiret) - Dr Boquet. Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence (PISU). PROTOCOLE ISP N°2 – Douleur thoracique chez l'adulte. Mis à jour le lundi 30 mai 2005
http://sssm45.free.fr/article.php3?id_article=63
6. Thompson JM, Balfour N, Butt P, et al. (CAEP Rural & Small Urban Committee). Chest pain guideline and continuous quality improvement system for rural Canadian emergency health care facilities. *Can J Rural Med.* 1999;4(1):9-19.
7. Canadian Association of Emergency Physicians, Society of Rural Physicians of Canada, L'association des médecins d'urgence du Québec, National Emergency Nurses Affiliation. Position statements and guidelines. The Rural Chest Pain Guideline
<http://caep.ca/resources/position-statements-and-guidelines/rural-chest-pain-guideline>
8. State government of Victoria. Department of Health. Remote area nurses emergency guidelines 2012–13. pages 42-43
<http://www.vic.gov.au/search.html?q=emergency+guidelines>
9. Elder Medical Services, P.C. CHEST PAIN - Nursing Assessment Guideline
<http://www.ltcpractice.com/content/node-6/clinicians/cp.htm>

Claire DUTREY-DUPAGNE

Recommandations générales

La littérature internationale abonde concernant la prise en charge pré-hospitalière du syndrome coronarien aigu, qu'il s'agisse d'un infarctus du myocarde avec ou sans élévation du segment ST.^{1,2}

Cependant, le point de vue adopté par les sociétés savantes de cardiologie vise essentiellement à réduire le délai entre les premiers symptômes et la reperfusion coronaire. À titre d'exemple, les guidelines de la Société Européenne de Cardiologie sur l'infarctus avec élévation du segment ST recommandent :

- que les équipes ambulancières soient formées et équipées pour diagnostiquer l'infarctus (électrocardiogramme et télémétrie si nécessaire) ; recommandation de niveau IB ;
- et puissent administrer le traitement en urgence, y compris la thrombolyse; recommandation de niveau IB.

À l'évidence, cette approche ne correspond pas à la situation fréquemment rencontrée en EHPAD, de survenue d'une douleur thoracique d'étiologie indéterminée, dans un contexte de polyopathie et en l'absence d'infirmière ou de médecin (dans la situation de survenue nocturne qui nous intéresse ici).

Pour diminuer le délai de reperfusion, les cardiologues recommandent d'agir sur 3 facteurs :

- délai entre le début des symptômes et le « first medical contact » (FMC) ;
- puis le délai entre FMC et diagnostic (ECG) ;
- enfin le délai entre diagnostic et reperfusion.

Le FMC, premier contact, est défini par la prise en charge soit par un médecin, soit par une profession paramédicale, ou l'arrivée aux urgences.

Dans notre contexte, le seul levier est le délai début des symptômes-diagnostic ; il faut garder en mémoire les éléments permettant de diminuer ce délai qui sont décrits dans les guidelines : connaissance par le patient et la famille des antécédents coronariens, et formation à reconnaître les symptômes qu'ils soient typiques (douleur thoracique prolongée, irradiant au cou ou au bras), ou atypiques (nausées, vomissements, dyspnée, palpitations ou syncope). La fréquence des formes atypiques chez le sujet âgé est prise en compte dans les recommandations.

Dans la fiche douleur thoracique, ces caractéristiques ont été bien décrites, permettant à la soignante de nuit de décider rapidement l'appel de l'IDE ou du 15. La syncope n'est pas mentionnée dans la fiche mais les troubles de la conscience constituent un des critères de gravité de la fiche N°0 devant faire alerter l'IDE ou le 15. Donc notre protocole répond in fine aux recommandations de la Société Européenne de cardiologie.

Recommandations à l'usage des infirmières

En France, la Société Française de médecine d'urgence a élaboré des recommandations professionnelles à l'usage des IDE seuls devant une situation de détresse médicale.³ Il est spécifié dans l'introduction que les IDE des EHPAD sont concernés par cette publication.

La fiche douleur thoracique est tout à fait conforme à la recommandation 12 de ce texte, pour ce qui concerne la douleur thoracique non traumatique : recueil de l'anamnèse avec l'heure de début de la douleur, mesure des paramètres vitaux, transmission rapide au médecin régulateur. En revanche, la recommandation requiert en plus la mesure de la glycémie capillaire, que nous n'avons pas retenue.

Concernant les actions et actes infirmiers, la fiche est conforme à la recommandation 12 dans la plupart des cas :

- mise en place d'une voie veineuse périphérique ;
- pas d'argument scientifique pour recommander la réalisation d'un électrocardiogramme avant la transmission du bilan infirmier ;
- réalisation d'un ECG après la transmission du bilan ;
- pas d'administration de médicaments à visée cardio-vasculaire en dehors d'un contact médical (médecin sur place ou médecin régulateur).

Ces recommandations sont toutes de niveau « Accord fort approprié ».

En revanche, nous n'avons pas retenu la recommandation d'avoir un défibrillateur à proximité du patient, qui ne serait pas applicable dans certains de nos établissements.

D'autres recommandations à l'usage des infirmières ont été publiées en France, répondant à des situations particulières. Il s'agit des fiches d'urgence à l'usage des infirmiers et infirmières d'entreprise et des protocoles des sapeurs Pompiers.

Dans le cas des IDE d'entreprise⁴, dans la fiche N°1 « soins infirmiers en cas de douleurs thoraciques aiguës », le recueil des caractéristiques de la douleur et l'appel du 15 viennent au premier plan, comme dans notre fiche. Elle précise en plus la mise sous O₂ au masque 15 l/mn si difficultés respiratoires. Il existe également une fiche N°2, « soins infirmiers en cas de suspicion d'infarctus du myocarde ou d'angine de poitrine », qui recommande la pose d'une voie veineuse (sérum physiologique) et l'administration éventuelle de trinitrine après avis du médecin régulateur.

Le protocole des Sapeurs Pompiers⁵ est séparé en deux parties :

- pour le secouriste, les recommandations sont identiques aux nôtres, hormis la possibilité de faire prendre un traitement préalablement prescrit par le médecin, sur consigne du médecin régulateur, et la mise sous O₂ 9 l/mn devant des signes de détresse vitale ;
- pour l'IDE, oxygénothérapie, mise en place de la voie veineuse (sérum physiologique), administration possible de Natispray avant l'appel du régulateur, si la pression artérielle est correcte.

Dans les deux documents, la nécessité d'avoir un défibrillateur à disposition est soulignée. En revanche, aucune des deux fiches ne mentionne la possibilité de réaliser un ECG.

Dans les pays anglo-saxons, et en particulier dans les pays où l'organisation du premier recours repose grandement sur les « nurses » du fait de l'éloignement géographique des centres de soins, des aides à la décision ont été publiées par les Sociétés Savantes. Il faut noter cependant que ces recommandations concernent la prise en charge du syndrome coronarien aigu de l'adulte, tant que le diagnostic n'a pas été exclu, et ne sont pas bien adaptées à la situation de douleur thoracique en EHPAD. Pour les Canadiens comme pour les Australiens, l'IDE va pouvoir prendre en charge une suspicion de syndrome coronarien aigu de manière plus autonome : mise en place de l'oxygénation, monitoring, perfusion de sérum physiologique, réalisation de l'ECG, administration de l'aspirine et du spray de trinitrine, prise en charge de la douleur,

- en attendant l'arrivée du médecin, pour les nurses canadiennes ;
- avant le transfert à l'hôpital pour les Australiens, le médecin étant supposé joignable au téléphone mais non présent.

Recommandations à l'usage des infirmières de maisons de retraite

Le seul protocole retrouvé correspondant parfaitement à notre situation en EHPAD émane d'un groupe spécialisé dans l'aide à la prise en charge des personnes âgées fragiles : LTCPractice, basé à Buffalo, New York (www.ltcpractice.com).

Ils ont en particulier développé des outils pour aider les infirmières des maisons de retraite. L'objectif est de leur enseigner comment pratiquer une évaluation correcte avant d'appeler les secours, et de faciliter ainsi la communication avec les régulateurs.

La recommandation « Chest pain »⁹ est structurée de la façon suivante :

- « history » : correspond aux points 2 et 3 de notre fiche, auxquels viennent s'ajouter des éléments concernant les antécédents et les traitements du résident, notamment prise d'anticoagulants et/ou antiagrégants ;
- « physical » : correspond à notre recherche de signes de gravité, plus la réalisation d'une glycémie capillaire chez le diabétique, une auscultation pulmonaire, un examen abdominal et une recherche d'œdèmes ;
- « response » : oxygène 2 l/mn, trinitrine si un protocole en cas de besoin existe pour le résident.

Les secours seront appelés avec notification d'urgence en cas de signes de gravité ou de douleur résistante à la trinitrine, sans notification d'urgence dans le cas contraire (classification américaine, qui ne s'applique pas en France puisque le 15 est appelé de toute façon).

Partie « douleur de paroi » de la fiche

Cette évaluation spécifique n'a été retenue dans aucune des publications mentionnée, hormis dans la fiche de la médecine du travail, dans laquelle la recherche d'un traumatisme est mentionnée dans l'interrogatoire. LTP practice propose une fiche de chute, qui correspond plus dans son esprit à la nôtre. La fiche « Chest injury » des australiens traite du traumatisme thoracique grave, avec recherche et prise en charge d'un hémato ou pneumothorax. Il s'agit donc là d'une approche spécifique, liée à la fréquence des chutes en EHPAD.

Au total, la fiche douleur thoracique est conforme aux différents protocoles et recommandations retrouvés dans la littérature, aux points près de la mise en place d'une oxygénothérapie, qui est retrouvée dans la plupart des protocoles existants, de la mesure de la glycémie capillaire, qui est parfois recommandée, et de la mise à disposition du défibrillateur, qui ne s'applique pas nécessairement en EHPAD.

11

DOULEURS ABDOMINALES

Démarche aide soignant

Allonger le résident au calme

Prendre la température

Rechercher des signes de gravité (fiche 0)

Rechercher les signes de gravité spécifiques

- Vomissement (fécaloïde, alimentaire...) à plusieurs reprises (quantité aspect)
- Absence de selles depuis au moins 3 jours
- Diarrhée récente (quantité, fréquence, aspect)
- Dernière miction (rétention d'urine)
- Un saignement extériorisé
- Teint jaunâtre ou pâleur

Rechercher les éléments associés

- Cicatrices abdominales, stomie, masse abdominale
- Toux ou crachat
- Agitation ou somnolence

**le résident NE PRÉSENTE AUCUN DE CES SIGNES :
Appeler l'infirmière**

Démarche IDE

Prendre le pouls et la TA aux deux bras

Vérifier :

- Si le ventre est dur
- Si le ventre est ballonné de manière inhabituelle
- Si la douleur est augmentée quand le patient tousse
- Si il y a une masse abdominale inhabituelle (hernie...)

Évaluer la présence de signe de douleur thoracique (fiche 10)

Si le résident NE PRÉSENTE AUCUN SIGNE DE GRAVITÉ

S'il existe une constipation depuis plus de 3 jours (voir fiche 13)

En l'absence de constipation constatée :

Donner un antispasmodique non anticholinergique (Type SPASFON LYOC®) à renouveler éventuellement jusqu'à 1 fois en restant vigilant face à l'apparition d'un des signes décrits ci-dessus, et montrer le patient au médecin le lendemain matin.

Toujours vérifier l'existence d'un protocole personnalisé sur les douleurs récurrentes si présent l'appliquer en l'absence de signes de gravité.

**Toute douleur abdominale aiguë non calmée par le traitement
dans les 30 mn doit faire APPELER le médecin de la résidence,
le médecin traitant ou le médecin du 15**

11

BIBLIOGRAPHIE

1. Brewer R, Golden F, Hitch D, et al. Abdominal pain: an analysis of 1 000 consecutive cases in a university hospital emergency room. *Am J Surg* 1976 ; 131 : 219-23.
2. Ciccone A, Allegra J, Cochrane D, Copy R, Roche L. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. *Am J Emerg Med* 1998 ; 16 : 43-8.
3. B. Vermeulen. Est-ce que l'âge influence le processus diagnostique de l'abdomen aigu ? *Médecine d'urgence* 2003, p. 57-66. © 2003 Elsevier SAS
4. de Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. *J Clin Gastroenterol.* 1994 Dec;19(4):331-5.
5. Parker J, Vukov L, Wollan P. Abdominal pain in the elderly: use of temperature and laboratory testing to screen for surgical disease. *Fam Med* 1996 ; 28 : 193-7.
6. Cooper G, Shlaes D, Salata R. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994 ; 19 : 146-8.
7. Nicolle LE. Urinary infections in the elderly: symptomatic or asymptomatic? *International Journal of Antimicrobial Agents*. Volume 11, Issue 3, Pages 265-268, May 1999
8. Nicolle LE. Febrile urinary infection in the elderly institutionalized. *The American Journal of Medicine*. Volume 100, Issue 1, Pages 71-77, January 1996
9. IDSA Guidelines for Asymptomatic Bacteriuria • *CID* 2005;40 (1 March) • 649

11

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Élisabeth CHORRIN-CAGNAT

10% des consultations à domicile sont motivées par une plainte abdominale, 5 à 10% des motifs d'arrivée aux urgences hospitalières sont d'origines abdominales et motivent 18 à 42% d'hospitalisation « adulte » et 2/3 des Personnes Agées (PA) arrivant aux urgences pour cette cause seront hospitalisées.¹ Les personnes âgées de plus de 50ans représentent 26% des consultations d'urgence, la douleur abdominale représente 4% de ces patients et ce pourcentage ne se modifie pas significativement avec l'âge.²

Devant la plainte de douleurs abdominales d'un résident :

Évoquer une urgence « urgente » : la première démarche de l'aide-soignante sera la recherche de **signes de gravité** (fiche 0) qui s'ils sont présents imposent l'appel direct au médecin du 15 ainsi que prévenir l'infirmière.

Devant la plainte de douleurs abdominales aiguës, sont à rechercher des signes spécifiques tels que :

- Vomissement(s) (fiche 14)
- Diarrhée(s) (fiche 12)
- Constipation (fiche 13)
- Saignements extériorisés se reporter à la fiche hémorragie (fiche 16)

Des **signes d'inspection** sont à rechercher également : un teint jaunâtre qui évoquera un problème vésiculaire éventuel, une voussure ou une masse de l'abdomen qui pourront faire penser à la possibilité d'un problème herniaire ou d'un globe vésical. La présence de cicatrice(s) abdominales ouvrira les possibilités d'un iléus mécanique sur bride.

Comme on l'a vu, la fréquence des douleurs abdominales ne change pas avec l'âge, mais les causes de ces douleurs varient pour certaines d'entre elles très nettement selon l'âge des patients.³

Le tableau ci-dessous rend bien compte **des variations de fréquence des pathologies à évoquer** selon que l'on ait plus ou moins de 50 ans. Quatre pathologies rendent compte de 64% des diagnostics. Ainsi après 50 ans, un patient opéré sur 5, le sera d'une pathologie vésiculaire, le plus souvent lithiasique. À l'opposé, il y aura 2,5 fois moins de diagnostics dits de douleurs non spécifiques (DNS) chez la personne âgée.⁴

Douleur abdominale avec un diagnostic de certitude	Douleur abdominale aiguë chez des patients de < 50 ans (n = 6 317)	Douleur abdominale aiguë chez des patients de > 50 ans (n = 2 406)
Cholécystite	6 %	21 %
Douleurs abdominales non spécifiques (DNS)	40 %	16 %
Appendicite	32 %	15 %
Iléus mécanique	2 %	12 %
Pancréatite	2 %	7 %
Maladie diverticulaire	< 0,1 %	6 %
Cancer	< 0,1 %	4 %
Hernie inguinale	< 0,1 %	3 %
Problèmes vasculaires	< 0,1 %	2 %
D'après : De Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. J Clin Gastroenterology 1994 ; 19 : 331-5.		

A contrario, chez la personne âgée, **certains indicateurs sont à considérer avec prudence** puisqu'ils perdent de leur valeur prédictive par rapport à l'adulte plus jeune.

Ainsi de la T° :

Parmi les signes cliniques objectifs, la pertinence de la mesure de la température a été évaluée afin d'identifier sa contribution dans le processus diagnostique et dans la décision thérapeutique (traitement conservateur vs traitement chirurgical). Parmi les patients traités médicalement 77 % n'avaient pas de fièvre, 13 % une température entre 37,5 et 38°C et 10 % plus de 38°C. Parmi les cas chirurgicaux, 86 % n'avaient pas de fièvre, 8 % une fièvre modérée et seuls 6 % une fièvre supérieure à 38°C.⁵ Les personnes âgées présentent quatre fois moins souvent une hyperthermie lors d'un processus inflammatoire intra-abdominal et la température n'est pas un élément déterminant pour la décision thérapeutique.

Ainsi de l'utilisation de la bandelette urinaire :

Elle doit rester très prudente, chez la personne âgée. On retrouve une bactériurie asymptomatique chez 15 à 30% des hommes âgés et chez 25 à 50% des femmes âgées. Chez une personne âgée fébrile, on peut retrouver 33 à 50% de CBU positifs indépendamment de la cause de la T°.⁷

En EHPAD, devant un tableau infectieux, les urines n'en sont la cause que dans 10% des cas.⁸

La bandelette urinaire et/ou le CBU ne sont pas recommandés chez la personne âgée institutionnalisée.⁹

12

DIARRHÉES

Plus de 4 selles liquides par jour

Démarche aide soignant

Vérifier l'absence de signes de gravité IL FAUT :

- **Éviter** la DÉSHYDRATATION, en faisant boire
- **Noter** LA FRÉQUENCE, l'aspect, l'odeur des selles et la TEMPÉRATURE CORPORELLE
- **Noter** ce que le résident a mangé et si il existe un vomissement

Suivre les protocoles d'hygiène

Au delà de 3 cas, suivre le protocole toxi-infection alimentaire

- IL NE FAUT PAS

Donner de Loperamide ou du Diosmectite (smecta) systématiquement.

- NE PAS OUBLIER

Une diarrhée cache souvent un FÉCALOME

APPELER L'IDE si l'un de ces signes existent

Démarche IDE

Éliminer les signes de gravité

- **Vérifier** l'absence de constipation dans les jours précédents
- **Vérifier** l'aspect des selles : présence de morceaux durs dans une diarrhée qui confirme l'existence d'un fécalome tenter une extraction fécale si positive cela confirme un fécalome (suivre le protocole constipation)
- **Noter** si le résident vomi et/ou la présence de sang
- **Vérifier** ce que le résident a mangé aux repas de la journée si cela est possible.
- **Vérifier** le traitement(nouveau traitement, antibiotique notamment)

Revérifier la température le pouls et la tension

Si douleurs abdominal suivre la fiche douleur abdominal

Si vomissement suivre la fiche vomissement

**LE SIGNALER AU MÉDECIN TRAITANT
ou de nuit appeler le lendemain le médecin traitant**

**Appeler le médecin du 15 si signe de gravité,
fièvre élevée, douleurs abdominal**

13 CONSTIPATION

Absence de selle depuis au moins 3 jours

Démarche aide soignant

- IL FAUT

Éliminer les signes de gravité

Vérifier la fréquence habituelle des selles

Vérifier l'absence de diarrhée dans les jours précédents

Demander au résident s'il existe une douleur abdominale

Noter un changement de comportement, l'existence de vomissement

Regarder si le résident est habituellement sous laxatif et s'ils ont été pris ou pas

- NE PAS OUBLIER

Une constipation est fréquente chez le sujet âgé.

> Une diarrhée cache souvent un FÉCALOME

En l'absence de signe de gravité, appeler l'Infirmière

Démarche IDE

Regarder s'il existe la mise en route d'un nouveau traitement

Évaluer l'état général. En cas de douleurs abdominales associées mais avec de bonnes constantes et avec un ventre souple

Faire une extraction fécale au doigt si productif

Faire un NORMACOL et voir ce que cela donne

Si le résident est sous laxatifs : il faut voir s'il les prend ou s'il les a arrêtés.

Signaler le lendemain au médecin pour augmenter les doses ou les donner différemment.

Il est également important de bien faire boire le résident, de lui proposer une activité physique régulière et d'enrichir son alimentation en fibre.

Si le résident n'a pas de laxatifs : il faut proposer de lui en donner surtout si le résident en avait avant et qu'ils ont été arrêtés ou si il prend un traitement constipant

Le signaler au médecin dès le lendemain pour modifier le traitement

**Le signaler le lendemain au médecin traitant
Ne pas appeler le médecin du 15 sauf si signe de gravité**

14

VOMISSEMENT

Emissions d'aliments, de bile, par la bouche, souvent précédés de sensations de malaise et de nausée

Démarche aide soignant

Rechercher les signes de gravité

Présence de sang

Prendre la température

Rechercher si une cause simple peut expliquer :

- Toux, fausse route
- Constipation, (date des dernières selles) suivre protocole constipation
- Repas pris trop rapidement
- Contrariétés psychologiques
- Angoisse

**Appeler l'infirmière en cas de récurrence,
de vomissement collectif ou de signes de gravité**

Démarche IDE

RECHERCHER SI UNE CAUSE SIMPLE PEUT LES EXPLIQUER

- Prise d'un nouveau traitement émétisant,
- Fausse route,
- Toux

En cas de fécalome suivre le protocole

EN ABSENCE DE SIGNE DE GRAVITE

Appeler le médecin traitant le lendemain matin

Poursuivre la surveillance le reste de la nuit

Pouls, tension, température, vomissement, diarrhée.

**En cas de récurrence ou de signe de gravité
APPELER LE 15**

Si signes de graviter

Poser une perfusion de G5% en attendant le médecin

12-13-14

BIBLIOGRAPHIE DIARRHÉE, VOMISSEMENT, CONSTIPATION

www.doctissimo.fr/html/dossiers/transit/nu_3948_diarrhee_origine.html

www.fascicules.fr

www-sante.vjf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/malinfped/194a/lecon194a.html

www.med.univ-angers.fr/discipline/pediatric/certin

www.santepratique.fr/diarrhee-aigue.php

www.sante.vjf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/hepgastro/autoe

www.docteurdic.com/symptome/vomissements.aspx

www.eurekasante.fr/maladies/estomac-intestins/nausees-vomissement

[www.med.univ-rennes1.fr /Cerf/edicerf /strat/SROS3.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/Cerf/edicerf/strat/SROS3.html)

www.snfge.asso.fr/.../Oc_intestin_grele/faq/grele-diarrheee.htm

www.anemf.org/Dossier-_clinique-RPC-constipation-200

Memento URGENCES C. Prudhomme, Praticien hospitalier SAMU 93. Hôpital Avicenne Bobigny.
Edition 2009

soins-infirmiers.com

www.refdoc.fr

www.ars.sante.fr www.inpes.sante.fr

12, 13, 14

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Sorina VOLENTIR

La diarrhée, les vomissements, la constipation, sont des signaux d'alarme (de mauvais pronostic en certaines situations). Les troubles du transit mentionnés peuvent apparaître isolés ou associés entre eux et/ou associés avec une douleur abdominale aiguë. Pour les sujets âgés, avec fragilité et poly-pathologie, l'apparition aiguë des troubles du transit peut signifier le déclenchement des syndromes cataboliques qui peuvent décompenser rapidement un malade fragile, avec poly-pathologie. L'attitude des intervenants (infirmières et soignants) sur les urgences en EHPAD est d'importance décisive, pour avoir la juste attitude vis-à-vis d'un contexte de souffrance dans la sphère gastroentérologique, chez le sujet âgé, aussi. Le médecin coordonnateur, comme gérant de l'assurance de la continuité des soins, doit savoir coordonner et enseigner pour l'utilisation des fiches d'urgence, comme attitude cardinale, pour faire possible les bonnes pratiques pour les urgences au sein de l'EHPAD et dans les circuits externes d'urgence, dans les réseaux gériatriques des soins aussi.

12-Diarrhée

- Dans les pays développés, les cas de diarrhée aiguë sont très fréquents (3 millions de cas par an vus en médecine générale en France) et le plus souvent de nature présumée infectieuse. Ils sont pour la plupart bénins, régressant sous traitement symptomatique en moins de 3 jours, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des examens complémentaires ou à une antibiothérapie à visée étiologique.
 - En institution gériatrique, tous les éléments sont réunis pour augmenter le risque d'infection intestinale : restauration collective, admission de convalescents ayant récemment séjourné en milieu hospitalier, contamination féco-oraie accrue par existence de patients déments et/ou incontinents.
 - Au-dessus de 75 ans, la mortalité par diarrhée infectieuse n'est pas négligeable, liée aux accidents de déshydratation pendant la diarrhée, à un pic de mortalité 8-10 jours après le début de la diarrhée alors que celle-ci a souvent disparu (cette mortalité est attribuée aux conséquences à moyen terme d'une hypo-perfusion des organes vitaux pendant la phase de déshydratation), et enfin aux formes graves de colites à *Clostridium difficile* (en particulier dues au nouveau variant du germe, plus agressif, endémique dans le continent américain et maintenant en Europe).
 - Dans des cas particuliers (syndrome septicémique, déshydratation sévère, diarrhée hémorragique, terrain fragile, très vulnérable (valvulopathie), il est nécessaire de prescrire en urgence des examens biologiques et un traitement antibiotique probabiliste. Le traitement d'une diarrhée aiguë comporte toujours des recommandations d'hygiène, d'hydratation et d'alimentation, en plus du traitement symptomatique de la diarrhée et des signes digestifs et généraux associés. La diarrhée des antibiotiques est le plus souvent bénigne, liée à une dysbiose de la flore intestinale.
- Plus rarement, il s'agit d'une infection ou d'une colite à *Clostridium difficile*, à traiter en première intention par métronidazole ou d'une colite à *Klebsiella oxytoca*, habituellement régressive à l'arrêt de l'antibiotique.

IMPORTANT : UNE DIARRHÉE CACHE SOUVENT UN FECALOME

13-Vomissement

- Les causes de vomissements sont très nombreuses et diverses. On distingue arbitrairement les vomissements aigus et les vomissements chroniques (plus de 7 par jour).
- Que les vomissements soient aigus ou chroniques, le diagnostic de leur cause est évoqué sur le contexte, le mode évolutif, les signes associés, la nature et le moment de survenue par rapport aux repas et les données de l'anamnèse et de l'examen clinique.
- Souvent les vomissements sont le symptôme prédominant et la démarche diagnostique peut être plus difficile s'il n'y a pas d'élément d'orientation.

- Certains diagnostics doivent toujours être évoqués sur la pathologie du sujet âgé : surdosage ou intolérance à certains médicaments (digitaline, théophylline, opiacés) ou toxiques, causes métaboliques (dont l'insuffisance rénale aiguë et surrénalienne) et hypertension intra-crânienne.
- L'examen clinique (complet incluant l'examen neurologique) doit chercher des signes de complications, notamment des signes de déshydratation et, en cas de vomissements chroniques, des signes de dénutrition.
- Les vomissements aigus sont le plus souvent dus à une gastro-entérite virale ou à une toxi-infection alimentaire (contexte évocateur surtout si plusieurs personnes dans l'entourage sont atteintes ou épidémie en cours).
- Les vomissements sont au second plan dans les situations de douleurs abdominales aiguës.
- L'orientation vers une cause neurologique repose sur les signes associés : vertiges, céphalées, signes prodromiques et évolution par crises, fièvre, photophobie et raideur méningée, traumatisme crânien : contusion cérébrale ou hématome extra ou sous-dural. Les causes métaboliques et endocriniennes ne sont diagnostiquées que par les explorations biologiques spécifiques.
- Les pièges, en dehors des causes médicamenteuses sont le glaucome aigu et l'infarctus du myocarde inférieur notamment en cas de douleurs abdominales hautes associées et insuffisance rénale aiguë. Les causes des vomissements chroniques ou récidivants : sténoses digestives et les causes psychologiques ou psychiatriques (les vomissements de l'anorexie mentale et de la boulimie).
- Les vomissements psychogènes sans maladie psychiatrique sont très fréquents, souvent déclenchés par des épisodes d'anxiété (horaire capricieuse).
- Le potentiel émétisant des chimiothérapies dépend du produit et de la dose (le % indique la fréquence des vomissements). Situations qui doivent conduire à une hospitalisation en urgence :
 - urgences médicales ou chirurgicales ;
 - troubles hydro-électrolytiques (déshydratation) ;
 - troubles de la conscience (risque d'inhalation du contenu gastrique) ;
 - impossibilité de hydratation par voie orale ;
 - impossibilité de prendre un traitement indispensable par voie orale (anticoagulants) ;
 - décompensation d'une affection associée.

13-Constipation

- Une des plus fréquentes plaintes des résidents âgés, avec polypathologie, alité et avec troubles de la marche !
- Dans les pays occidentaux, la prévalence de la constipation se situe entre 15 et 20 %. Parmi les autres causes de constipation, on oppose les constipations qui sont secondaires à une cause organique (constipation « symptôme ») aux constipations idiopathiques (constipation « maladie »).
- Une cause médicamenteuse ou toxique doit être cherchée systématiquement chez des malades se plaignant de constipation récente.
- Une constipation récente ou l'aggravation brutale d'une constipation chronique doit faire chercher une cause organique, avant tout une sténose colique.
- Certaines constipations sont d'origine médicamenteuse (opiacés, antidépresseurs).
- Une constipation idiopathique peut être liée à un ralentissement du transit, à une perturbation de l'évacuation rectale (dysphasie) ou aux deux mécanismes à la fois.
- Une dyschésie peut être secondaire à un dysfonctionnement des sphincters de l'anus, à des troubles de la statique pelvienne postérieure, à une altération de la sensation de besoin exagérée.
- La mesure du temps de transit colique segmentaire et global de marqueurs radio-opaques est indiquée devant une constipation apparemment banale, résistante à un traitement médical bien conduit. L'apport quotidien de fibres doit être supérieur à 15g, les laxatifs osmotiques sont le traitement de première intention.

15 FIÈVRE

Température >38,5 La fièvre est un symptôme courant chez le sujet âgé. Elle peut être isolée ou retardée.

Démarche aide soignant

- Tout syndrome fébrile doit être **vérifié** (apprécier la température de la pièce et si besoin rafraîchir le résident), prise de température 30 mn après.
- Si la température est confirmée supérieure à 38,5, rechercher les signes de gravités.

Il faut noter :

- l'heure de la prise de T° élevée et le mode de prise (rectal, creux axillaire, pli de l'aîne, etc.).

Rechercher les signes associé :

- Toux même minime
- Le caractère purulent d'une expectoration jusque là absente
- Les apports hydriques des jours précédents
- Douleurs abdominale, diarrhée, troubles mictionnelles, vomissements
- Un mal de tête
- Des frissons

Faire boire le plus possible, si résident conscient et pas de fausse route. Ne pas couvrir le résident, voire, le découvrir.

En l'absence de signe de gravité Appeler l'Infirmière

Démarche aide IDE

- **Si troubles mictionnelles** faire une bandelette urinaire
- **Vérifier** la prise de neuroleptique ou la mise sous antibiotique depuis moins de 48h
- **Noter** l'heure de prise du paracétamol si traitement habituel

L'IDE évaluera au vu du dossier et du traitement en cours et appellera le médecin du 15 la nuit ou le médecin traitant en journée en l'absence de signes de gravité.

Appeler le médecin du 15 si signe de gravité

**Si signes de gravité,
poser une perfusion de G5% En attendant le médecin**

15

BIBLIOGRAPHIE

1. Bleeker-Rovers, Cvan der Meer, J; Beeching N. Common medical presentations: Fever. Acute medicine Part 1 of 2 , Medicine. 2008;37(1):28 34.
2. Carey JV. Literature review: should antipyretic therapies routinely be administered to patient fever? Journal of Clinical Nursing. sept 2010;19(17/18):9377 2393.
3. High KP ; Bradley SF ; Gravenstein S ; Mehr DR ; Quagliarello VJ ; Richards C et al. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. Journal of the American Geriatrics Society. mars 2009;57(3):375 94.
4. HilaThompson, H; Kagan, S. Clinical management of fever by nurses: doing what works. Journal of Advanced Nursing. 2011;67(2):359 370.
6. Outzen M. Management of Fever in Older Adults. Journal of Gerontological Nursing. mai 2009;35(5):17 23.
7. Pilly. Item n° 203 : Fièvre aiguë chez l'enfant et chez l'adulte. 2012; Disponible sur: http://www.infec-tiologie.com/site/medias/enseignement/ECN/41-ECN-item_203.pdf
8. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE. J.O n°183. aout 2004;37087.
9. Recommandations du Comité d'Infectiologie de l'Association Française d'Urologie. Diagnostic et traitement des infections bactériennes urinaires de l'adulte: Cystites aiguës, Pyélonéphrites aiguës, Prostatites aiguës, Progrès en Urologie. 2008;18(suppl. 1):S4 S8.

15

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Claire TROTEL

Il existe peu de références concernant le management de la fièvre par l'IDE, et il n'existe aucune recommandation officielle concernant la conduite à tenir en cas de fièvre.

Qu'est-ce que la fièvre ?

La définition française de la fièvre est la suivante :

Température centrale dépassant 37,5°C le matin et 37,8°C le soir.

La mesure de la température doit être effectuée à distance des repas et après 20 minutes de repos.

Les valeurs obtenues par voie axillaire ou buccale sont à majorer de 0,4 à 0,6 °C pour apprécier la température centrale¹.

La définition anglo-saxonne diffère :

- une prise de température buccale > 37,8°C

- des mesures répétées de températures buccales > 37,2°C ou rectale > 37,5°C ou une augmentation de la température de base de 1,1°C².

Particularité de la fièvre chez le sujet âgé :

Chez la personne âgée, la température de base est plus basse, et il existe une moins bonne réponse fébrile, ce qui est la conséquence de la diminution de la réaction immunitaire. Il est donc plus difficile de détecter une fièvre³.

Il est à noter que les conséquences de la fièvre chez le sujet âgé peuvent être potentiellement graves, notamment concernant le risque de déshydratation, de trouble du comportement ou de décompensation d'autre pathologie⁴.

Concernant la démarche aide-soignante :

Il est clair qu'une température élevée doit être vérifiée, que le résident doit être découvert et que le mode de prise de température doit être noté. Les démarches suivantes visent à guider sur l'étiologie de la fièvre, et sur ses répercussions⁵:

- symptômes respiratoires, gastro-entérologiques, urologiques
- état d'hydratation, de conscience
- fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle

L'aide soignante prend les mesures précédentes, veille à la bonne hydratation si possible et appelle l'IDE⁶.

Concernant la démarche IDE :

En cas de fièvre et/ou de trouble mictionnel, il est recommandé de faire une bandelette urinaire. La méthode de recueil des urines est à adapter en cas de continence ou non, de sonde à demeure...⁷

Savoir respecter la fièvre qui a peu de conséquences, qui renseigne sur l'état actuel de l'infection, permet l'activation de certaines défenses immunitaires, et éviter les antipyrétiques qui peuvent avoir plus de conséquences néfastes que la fièvre elle-même.

Donc pas d'antipyrétique en systématique avant d'en référer au médecin traitant, sauf si la fièvre est mal tolérée ou supérieure à 40°C^{8,9}.

Il est du rôle de l'IDE d'en référer au médecin traitant ou de prévenir le médecin du 15 en cas de signe de gravité.

Au total :

Notre protocole est en accord avec les références bibliographiques trouvées, il semblerait judicieux de rajouter la définition de la fièvre, et que la prise d'antipyrétique ne doit pas intervenir de manière systématique..

16 HÉMORRAGIE

Démarche aide soignant

Laisser un soignant près du résident et aller chercher le chariot d'urgence

LE RÉSIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LA BOUCHE :

Mettre le patient en position demi assise au lit ou en décubitus latéral

LE RÉSIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR VOIE BASSE (anus, vagin, méat urinaire) :

Allonger le résident et mettre une protection sèche

En cas de saignement sur fistule artério- veineuse d'un dialysé

Faire un pansement compressif en maintenant longtemps la pression

**En présence de signe de gravité ou
d'hémorragie abondante, appeler le 15**

**En l'absence de signe de gravité ou
d'hémorragie de faible abondance, appeler l'IDE**

Démarche IDE

- Évaluer l'état général du résident
- Vérifier la provenance du sang
- Vérifier la prise d'anticoagulant ou antiagrégant

LE RÉSIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LA BOUCHE

- En petite quantité qui ressemble plus à des crachats vérifier dans le DLU les ATCD du résident et de ses pathologies en cours

En l'absence d'ATCD et de pathologie en cours rechercher des signes de toux, de douleurs abdominales ou thoracique, de fièvre en l'absence de signes autres surveiller le résident et signaler le lendemain au médecin traitant

- En grande quantité ou en cas d'ATCD identique ou à risque (hémorragie digestive, alcoolisation avec varices oesophagienne, cancer digestif ou pulmonaire etc) et/ou en cas de signes de gravités appeler 15

LE RÉSIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR L'ANUS

- Regarder s'il y a une hémorroïde le signaler au médecin le lendemain : mettre de la vaseline
- En l'absence d'hémorroïde quantifier la quantité de l'hémorragie si faible le signaler au médecin traitant le lendemain

LE RÉSIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LE MÉAT URINAIRE

- Prévoir un ECBU le lendemain matin

LE RÉSIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LE VAGIN

- Après vérification que le sang est bien d'origine vaginale, évaluer la quantité pour le signaler le lendemain au médecin traitant

**En cas d'hémorragie importante avec signes de gravité,
appeler le médecin du 15**

En attendant le médecin poser une perfusion intra-veineuse G5% (G16)

16

BIBLIOGRAPHIE

1. Facon,A; Van Laer,V; Garrigue,R; Goldstein,P. Hémorragies digestives Stratégie préhospitalière, régulation et orientation. Médecine d'urgence. 1999;13 20.
2. Ahmed, Asma; Stanley, Adrian J. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the Elderly. *Drugs & Aging*. 2012;29(12) : 933 40.
3. SFMU. Recommandations Professionnelles. L'IDE seul devant une situation de Détresse Médicale. 2011.
4. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE. J.O n°183 du 8 août 2004. Article R. 4311-14
5. Pateron, D. Hémorragies digestives: Évaluation et prise en charge non spécifique. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 28(supplément 1):179 185.
6. Item 205 - Hémorragie digestive [Internet]. 2008-2009. Support de cours disponible sur: <http://umvf.univ-nantes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item205/site/html/cours.pdf>
7. Pateron, D. Stratégie de prise en charge d'une hémorragie digestive aiguë. *Journal Européen des Urgences*. 2006;19(4):195 201.
8. Barnert, J ; Messmann, H. Management of lower gastrointestinal tract bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2008;22(2):295 312.
9. Lesur, Gilles. Prise en charge d'une hémorragie digestive basse sévère. *Hépatogastro (Montrouge)*. 2006;13(5):335 344.
10. Facon,A; Van Laer,V; Garrigue,R; Goldstein,P. Hémorragies digestives Stratégie préhospitalière, régulation et orientation. Médecine d'urgence. 1999;13 20.
11. Triadafilopoulos, G. Management of Lower Gastrointestinal Bleeding in Older Adults. *Drugs & Aging*. 2012;29(9):707 15.
12. Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP).Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement des hémorroïdes. 2001
13. Collège des enseignants de pneumologie. item 317. hémoptysie. 2013.
14. Fartoukh, M. Hémoptysie grave. Indications d'admission et orientation à l'hôpital ou en soins intensifs. *Revue des maladies respiratoires*. 2010;27(10):1243 53.
15. Renaud, S; Falcoz, PE; Santelmo, N; Massard, G. Prise en charge des hémoptysies massives. *Revue de Pneumologie clinique*. avr 2012;68(2):123 130.
16. Hicks, D; Li, CY. Management of macroscopic haematuria in the emergency department. *Postgraduate medical journal*. 2008;84(996):539 44.
17. Boubli, L; Sferlazzo, K; D'Ercole, C, COLLÈGE NATIONAL, DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. Les métrorragies fonctionnelles après la ménopause. Paris; 2004.

Claire TROTEL

La prise en charge des hémorragies, qu'elles soient digestives ou d'origine pulmonaire, est très protocolisée dans sa partie hospitalière, mais il existe assez peu de référence officielle concernant la conduite à tenir dès le domicile.

Généralités sur les hémorragies :

La priorité est de connaître l'origine du saignement : digestif sur effort de vomissement, ou pulmonaire sur effort de toux. Penser à éliminer l'épistaxis déglutée.

Concernant le positionnement du patient à la découverte de l'hémorragie haute, il est recommandé de placer le résident en décubitus latéral en cas de troubles de conscience, ou en décubitus dorsal avec les jambes surélevées en cas de signe de choc¹. La position demi-assise est donc réservée aux personnes conscientes et sans signe de choc (ce qui est évaluable par l'IDE).

La recherche des facteurs de risque d'hémorragie doit toujours être faite (AINS, aspirine faible dose, antécédent d'ulcère gastroduodénal, de varices œsophagiennes, d'éthylisme, de tabagisme, de cancer pulmonaire ou digestif, ou l'antécédent d'épisode identique...)²

Les recommandations professionnelles de la Société Française de Médecine d'Urgence³ proposent à l'IDE devant une situation d'hémorragie sévère de l'adulte :

- de transmettre immédiatement au médecin régulateur du SAMU un bilan comportant la notion d'hémorragie sévère, d'un saignement extériorisé important de l'adulte ;
- d'indiquer l'anamnèse, les antécédents, les traitements en cours, la mesure des paramètres vitaux : Fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation, pression artérielle, état de conscience, recherche des signes de gravité : signes de choc, troubles de conscience ;
- il est recommandé d'éviter la position proclive ;
- d'administrer de l'oxygène le plus précocement possible ;
- de poser une voie veineuse périphérique de gros calibre ;
- de débiter un remplissage par cristalloïdes isotoniques ;
- et de surveiller et contrôler les paramètres vitaux.

Ces recommandations ne sont pas à l'intention particulière des résidents d'ehpad, et la gestion de chaque cas est discutable avec le médecin régulateur.

Rôle de l'IDE face à une hémorragie :

Il est du rôle propre de l'IDE de reconnaître les situations d'urgence⁴, de rechercher les signes de gravité, d'estimer l'abondance du saignement.⁵

À moins qu'il ne s'agisse de rectorragies d'allure proctologique, certains auteurs recommandent d'appeler systématiquement le 15, quelque soit la quantité estimée de l'hémorragie.⁶

En situation d'urgence, le G5% est peut-être plus facile d'accès en EHPAD, mais si un remplissage est nécessaire, il serait judicieux de poser un NaCl 0,9%.⁷

Particularité de l'hémorragie digestive basse :

La gravité des hémorragies digestives basses est souvent moindre que celle des hémorragies hautes.⁸ Il faut également rechercher les signes de gravité : signes de choc hypovolémique, saignement persistant, AINS, comorbidités...⁹

En dehors des saignements hémorroïdaires, il est recommandé d'appeler le 15 dans tous les cas,¹⁰ même si dans 85% des cas, les hémorragies digestives basses n'ont pas de répercussion hémodynamique et peuvent être évaluées en externe. Dans 15% des cas, il existe des signes de sévérité : tachycardie >100, TAS<100mmHg, hypoTAO : urgences et hospitalisation.¹¹

Concernant l'application de crème anti-hémorroïdaire, la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP) confirme la possibilité d'application de la titanoréine en cure courte en cas de crise hémorroïdaire, surtout pour son rôle lubrifiant.¹²

Hémoptyxies :

Selon les recommandations du Collège des enseignants de pneumologie, dès qu'il existe une évacuation de sang rouge par la bouche dans un effort de toux : appeler le 15.¹³ Toute hémoptyxie est une urgence, car même minime, elle peut annoncer une hémoptyxie grave.

- Rechercher les signes cliniques de mauvaise tolérance... ;
- Prise en charge diagnostique et thérapeutique : oxygénothérapie systématique.^{14,15}

Si possible, il est recommandé de recueillir les expectorations dans des crachoirs.

Hématurie :

La littérature confirme la nécessité d'affirmer toute hématurie par un ECBU.¹⁶ Elle informe également sur la nécessité d'admettre les patients aux urgences (ou ici appeler le 15) en cas de rétention aiguë d'urines, douleur incontrôlée, sepsis, insuffisance rénale aiguë, coagulopathie, comorbidités sévères.

Métrorragies :

Elles sont rarement abondantes au point d'être une urgence. Après évaluation et recherche des signes de gravité, il convient de déterminer les caractères du saignement : survenue spontanée ou provoquée, abondance, nombre d'épisode hémorragique et signes associés (pesanteur pelvienne, douleurs).¹⁷

Ces données confirment la possibilité de réévaluer et d'attendre pour signaler l'épisode le lendemain au médecin traitant.

Au total :

Quelques discordances entre notre protocole et la littérature :

- éviter la position demi-assise avant la recherche de signes de choc ;
- oxygénothérapie systématique si possible en cas d'hémoptyxie ;
- appeler le 15 dans tous les cas d'hémorragie digestive haute, basse ou d'hémoptyxie, quelque soit la quantité évaluée, en dehors des saignements hémorroïdaires ;
- poser une poche de NaCl 0,9% plutôt que de G5% si possible.

17 PLAIE

Le vieillissement entraîne un amincissement de la peau qui devient beaucoup plus fragile.

Démarche aide soignant

Un coup, ou une contention, peut entraîner un DÉCOLLEMENT CUTANÉE avec mise à nu des tissus sous-jacents (graisse - muscle - os).

Il s'agit d'une urgence de soins.

Il suffit de reposer proprement la zone décollée sur la zone à vif, de recouvrir d'un tulle gras, en quadruple épaisseur, d'ajouter de la vaseline

Une chute ou un coup peut entraîner une PLAIE FRANCHE et qui saigne.

Nettoyer au mieux la plaie pour éliminer les débris qui pourraient s'y trouver (terre - graviers - particules de peinture etc.)

Comprimer avec une compresse sèche

La suture devra être faite dans un délai de 6 heures

Un coup peut entraîner le SAIGNEMENT D'UNE VARICE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Allonger le patient en surélevant le membre inférieur. Généralement, cela suffit à stopper le saignement.

Au besoin, appliquer une compresse sèche ou un pansement à base d'ALGINATE.

**Après les premier geste d'urgence
appeler l'IDE pour évaluation**

Démarche IDE

L'infirmière évaluera la situation et fera le pansement adéquate

Vérifier si le vaccin antitétanique est à jour dans le DLU

17

BIBLIOGRAPHIE

1. SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE / 1.Conférence De Consensus-2005/ Prise En Charge Des Plaies Aux Urgences.
2. HAS / Recommandation- Prise En Charge Des Plaies.
3. HAS / Bon Usage Des Technologies Médicale - Indications Et Utilisations Recommandées - Les Pansements.
- 4.HAS / Recommandations Pour La Pratique Clinique -Prise En Charge D'Ulcère De Jambe.
5. L'ESSENTIEL DES REGIONALES DE GERONTOLOGIE / Revue- Edition 2011- Nettoyage De Plaie; Les Ulcères De Jambe.
6. ASSOCIATION PLAIES ET CICATRISATION D'ILLE ET VILAINE / Guide De Bonne Pratique Pour La Prise En Charge Des Plaies.
7. HOPITAL SAINT LOUIS / Dr.Katia Bustamanta- Chirurgien Plasticien- Traitement De Plaies Traumatique.
8. COLLEGE DE MEDECIN VASCULAIRE ET DE CHIRURGIE VASCULAIRE / Insuffisance Veineuse Chronique - Varices.
9. HOPITALE BROCA / Dr. Sylvie Havlon - Plaies Chroniques

17

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Mustafa GOKPINAR

Fiche : La vieillesse entraîne un amincissement de la peau qui devient beaucoup plus fragile.

Biblio : La peau de sujet âgé se caractérise par une grande fragilité - avec disparition des papilles dermiques, moins de collagène - ainsi un traumatisme mineur peut être responsable de plaies délabrantes évoluant fréquemment vers la nécrose de lambeaux décollés ^{1.p. 6}.

1) Fiche : Un coup ou une contusion, peut entraîner un DECOLLEMENT CUTANÉ avec mise à nu des tissus sous-jacents (graisse, muscle, os...). Il s'agit d'une urgence de soins. Il suffit de reposer proprement la zone décollée sur la zone à vif, de recouvrir d'un tulle gras, en quadruple épaisseur, d'ajouter de la vaseline et de laisser le pansement 3 à 4 jours.

Biblio : Une plaie se définit comme une effraction de la barrière cutanée par un agent vulnérant, survenant par coupure, écrasement ou abrasion. Les plaies représentent environ 13 % des admissions au service des urgences, intéressant principalement la tête, les membres supérieurs et les membres inférieurs ^{1.p2,7.p1}. En l'absence de facteur local ou général pouvant retarder la cicatrisation on parle de plaie aiguë ³. Quel que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son étiologie ³. Le plus souvent d'origine mécanique, thermique ou chimique peuvent aussi résulter d'une pathologie évolutive préexistante - ulcération d'étiologie variceuse ^{7.p1}.

2) Fiche : Une chute ou un coup peut entraîner une PLAIE FRANCHE et qui saigne. Nettoyer au mieux la plaie pour éliminer les débris qui pourraient s'y trouver (terre, graviers, particules de peinture etc.) Comprimer avec une compresse sèche. La suture devra être faite dans un délai de 6 heures. Prévenir l'IDE et voir si un transfert aux urgences est nécessaire, en fonction de l'importance du décollement, un transfert aux urgences pourra être décidé si une suture semble nécessaire.

Biblio : Lavage au sérum physiologique est un temps fondamental. Le nettoyage n'est pas recommandé. Le brossage pour les plaies souillées est à réaliser sous anesthésie. L'antiseptisme de la zone lésée fait appel de préférence à la polyvidone iodée, à l'hypochlorite de sodium, éventuellement à la chlorhexidine (avec accord professionnel) ^{1.p1}. Les principes de cicatrisation reposent sur le maintien de l'exsudat au niveau de la plaie. Celui-ci participe à la détergence (lymphocytes, monocytes, polynucléaires) et à la reconstruction tissulaire (facteur de croissance). La flore est à respecter. Pas d'antibiotique local. Pour nettoyer la plaie le sérum physiologique est le produit de référence car non toxique, prêt à l'emploi, indolore et peu coûteux. Les antiseptiques provoquent des douleurs, hypertoniques incom-

patible entre eux et allergisants, l'eau sterile déminéralise et hypotonique, elle entraîne donc des douleurs ^{5.p10}.

L'utilisation d'un pansement impose le respect des règles d'hygiène – lavage de main, nettoyage des plaies etc. – qui joue un rôle fondamental dans la prévention des infections ^{3.p1}. Recommandation HAS pour la plaie sans distinction la phase de cicatrisation, c'est les pansement hydrocellulaire (MEPILEX, ALLEVYNE) et hydrocolloïdes-CMC (URGOTUL) ². protection des plaies aiguës légèrement hémorragiques et/ou exudatif par pansement adhésifs stérile avec compresse intégrée support film, si peu ou moyen hémorragique par compresses stériles de coton hydrophilé à bord adhésif ou compresses stériles absorbant non adhérent pour les plaies productives, nettoyage de la plaie avec compresse stérile ³. Délai de 12 heures fixé comme limite raisonnable de réparations primaires ^{8.p1}. Risque infectieux augmente avec le délai de prise en charge ^{1.p4}. Les bandes adhésives ne sont pas recommandées pour les personnes âgées- devant le risque décollement du lambeau à leur mobilisation ^{1.p6}.

Orientation des blessés sont déterminés par des éléments de gravités immédiate ou potentielle engageant le pronostic vital ou fonctionnelles, mécanisme, siège, existence de signes de détresse vitale et EVA. Toutes plaies pénétrantes doit faire redouter des lésions sous-jacentes, toute plaie en regard d'un axe vasculo-nerveux ou d'un organe vital comporte des risques spécifiques ainsi une douleur persistante en aval d'une plaie de membre doit faire redouter ischémie aiguë (membre froid, abolition d'un pouls) ^{1.p2,8,10}. Les données de l'interrogatoire sont mécanisme et l'heure de traumatisme, antécédents, traitement en cours, vaccination antitétanique, produit déjà appliqué sur la plaie ^{1.p2,11,12}.

3) Fiche : Un coup peut entraîner le SAIGNEMENT D'UNE VARICE MEMBRES INFÉRIEURS. Allonger le patient en surélevant le membre inférieur. Généralement cela suffit à stopper le saignement. Au besoin, appliquer une compresse sèche ou un pansement à base d'ALGINATE.

Biblio : Rupture d'une ampoule variqueuse est une complication hémorragique classique (mais rare) des varices des membres inférieurs. Il convient de la juguler rapidement par une compression locale et une surélévation de membre ^{8.p6}. Les varices se définissent comme des veines dont la paroi est pathologique et qui deviennent dilatées et tortueuses avec incontinence valvulaire ^{8.p2}.

Fiche : Toute plaie non traumatique sera montrée au médecin traitant.

Biblio : Ulcère : Perte de substance cutanée survenant spontanément ou à la suite d'un traumatisme minime, sans tendance spontanée à la guérison ⁹. L'évolution de l'insuffisance veineuse chronique aboutit à l'ulcère veineux dont les principales caractéristiques sont : indolore, non creusant, fond humide et siège péri-malléolaire ^{8.p5}... forme irrégulière, pigmentation brunâtre de la peau péri-ulcéreuse (souvent accompagnée d'eczéma), pouls normal au pied ^{5.p10}.

Le traitement des ulcères veineux est en premier lieu fondé sur la compression ^{3.p1,5,p10}.

Adapter le traitement en cas d'AOMI associé en diminuant la pression, recommander la mobilisation globale et de cheville (kiné nécessaire), traiter les comorbidités (surpoids, diabète, dénutrition, insuffisance cardiaque, HTA⁴, prévenir les traumatismes, obtenir une hygiène satisfaisante, recommander le drainage de posture et indiquer les positions à éviter, mettre à jour le vaccin anti-tétanique^{5,p10}.

L'ulcère artérielle se caractérise par une forme plutôt régulière, une peau péri-ulcéreuse athrophique et pâle, un pouls faible au niveau du pied, apparaît souvent au dessus et autour de chevilles, ainsi que sur le pied, ne doit pas être traité par compression. Traitement étiologique essentiellement révascularisation^{5,p10,6,p1}. Traiter la douleur en fonction de la cause (changer de pansement, adapter la compression, traiter les complications locales...) si nécessaire la prescription d'un topique anesthésique pour les soins et des antalgiques. Rappel important : ne pas réaliser de prélèvement bactériologique ni de traitement antibiotique systématique. Ne pas utiliser d'antibiotique local, utiliser d'antibiotique orale si signes cliniques d'infection⁴.

RÉSUMÉ DE BIBLIOGRAPHIE

Cette fiche est simple mais répond bien la situation. Afin d'éviter l'utilisation de produits inadéquats, on peut ajouter "Pour nettoyer la plaie le sérum physiologique est le produit de référence"^{5,p10}. On peut ajouter aussi "les bandes adhésives ne sont pas recommandées pour les personnes âgées devant la risque de décollement du lambeau à leur mobilisation"^{1,p6}. Pour mieux préciser les circonstances, on peut élaborer une fiche particulière de plaie à remplir par le personnel de nuit.

18

GROSSE JAMBE CHAUDE

Il s'agit d'évaluer une jambe gonflée, plus ou moins rouge, chaude et douloureuse, par comparaison à la jambe opposée.

NE PAS FAIRE :

- Mobiliser le résident
- Cacher la jambe par une bande ou un bas à varices sans avoir de diagnostic

Démarche aide soignant

Rechercher les signes de gravité Signes de gravité spécifique :

- Une augmentation de la température corporelle (plus de 38°,5)
- Une désorientation récente
- Une respiration rapide associée à un cœur rapide
- Une douleur vive localisée
- Une augmentation de volume par rapport au coté opposé
- Une brutalité d'apparition des troubles (moins de 12 heures)
- Un retour d'hospitalisation

Signes rassurants :

- Les deux jambes sont grosses ;
- La douleur est ancienne, stable, chronique
- La température est normale (moins de 37°2)

Ce tableau peut correspondre à plusieurs diagnostics

Appeler l'infirmière

Démarche IDE

Rechercher :

- Si le résident souffre de diabète ou d'insuffisance cardiaque ou bénéficie d'un traitement anticoagulant
- Si une intervention chirurgicale, un alitement, un traumatisme, un récente a eu lieu
- S'il existe des ATCD de phlébite
- Si un traitement récent a été entrepris sur le pied ou les ongles
- S'il existe un ulcère ou une plaie de la jambe

**L'ASSOCIATION Grosse Jambe et gêne respiratoire ou
désaturation avec Un pouls rapide (> 120),
Une baisse de TA (<100 de systolique),
Une fièvre (> 38°5) ou
Une coloration rouge ou bleue de la jambe
appel du 15 EN URGENCE**

En attendant le médecin pose d'un Glucosé 5 %

**Dans les autres cas, signalement au médecin traitant
ou coordonnateur le lendemain**

18

BIBLIOGRAPHIE

1. Conférence de consensus sur l'érysipèle :

*Annales de dermatologie et de vénéréologie (Signes de gravité)

- 2002; 192: 2 p 170-175. M. BONNETBLANC, P. BERNARD, A. DUPU

- 2005; 132: 7S167-7S171

- 2008; 135S-F175-F180

2. Protocole de prise en charge et traitement des urgences.

Société Francophone des Urgences (Interrogatoire - Antécédents - Pathologies associées) :

*Société Francophone des Urgences Médicales - Édition ARNETTE

*Médecine Mal Infect 2000; 30: 241

*Conférence de consensus. Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge.

3. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et Société Française de Dermatologie

Conférence de consensus (Signes locaux - Signes généraux - Interrogatoire - Maladies connexes) :

*Conduite à tenir devant une grosse jambe rouge (204)

Docteur Alexandre BUCCI - Mars 2004

*Médecine Maladies Infectieuses 2000; 30: 241-5

4. Conduite à tenir devant une grosse jambe. Cours

Docteur Omar DAHMANI- CHU Hassan II

Sites Internet :

www.sfdermato.com/doc/formation/erysipele_court.pdf

www.sciencedirect.com (Annales de dermatologie)

www.sfm.fr/fr/formation/consensus (Société Francophone des Urgences)

www.seformeralageriatrie.org/Documents/SAU%20et%20PA.pdf

www.urgences-serveur.fr/grosse-jambe-rouge-aux-urgences,68.htm

www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/.../leconimprim.pdf

www.chufes.ma/amirf/Cours/medecine_admission/26.pdf

18

ANALYSE CRITIQUE DE LA BIBLIOGRAPHIE

Pierre GALLIAN

REPRISE DES POINTS ESSENTIELS DE LA BIBLIOGRAPHIE

Conférence de consensus sur l'érysipèle¹

L'érysipèle est la cause la plus fréquente des grosses jambes chaudes rouges aiguës et fébriles.

- La mise en route du traitement des dermo-hypodermes bactériennes ne doit pas être retardée par l'attente d'examens complémentaires qui ont en général peu d'intérêt diagnostique

- Les dermo-hypodermes inflammatoires sur insuffisance veineuse chronique aboutissent à la lipodermatosclérose du tiers inférieur de jambe

Elles évoluent sur un mode chronique avec parfois des poussées inflammatoires aiguës.

Le texte de référence est la conférence de consensus sur l'érysipèle d'avril 2001 :

www.sfdermato.com/doc/formation/erysipele_court.pdf

Les signes de gravité (Annales de Dermatologie)

Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous. Leur présence doit impérativement conduire à une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide.

Signes généraux	Hyperthermie Syndrome confusionnel Tachypnée Tachycardie Oligurie Hypotension Pâleur
Signes locaux	Douleur résistante aux antalgiques simples Œdème majeur Bulles hémorragiques Signes de nécrose cutanées (superficielle ou profonde) Troubles de la sensibilité Présence d'emphysème sous cutané
Autres facteurs	Co morbidités : diabète, obésité... Contexte social : précarité...

CHU Hassan II⁴

- Mode de début : brutal ou insidieux.

- Modalités évolutives : extension rapide ou lente.

- Prodromes : frissons, douleur locale.

- ATCD chirurgicaux sur le membre concerné : osseux, vasculaire, présence d'un corps étranger.

- ATCD récent d'une pathologie du pied ou la jambe : douleur, prurit inter orteil, traumatisme, grattage, arthralgies, entorse, tendinite de la cheville.

- Œdème chronique de la jambe :

* stase veineuse : insuffisance veineuse post phlébitique ;

* stase lymphatique, ulcère de jambe.

- Notion de piqûre ou morsure d'animal.
- Maladie associée : diabète, insuffisance veineuse, rhumatisme, alcoolisme chronique.
- Signes subjectifs locaux variables : brûlure locale+++, tension douloureuse si œdème important, prurit, douleur avec aggravation lors de la position déclive.

Protocole de prise en charge et traitement des urgences²

Points clés :

1. L'érysipèle est la cause la plus fréquente des grosses jambes rouges aiguës et fébriles. Il ne faut pas pour autant méconnaître les formes graves ou atypiques d'hypodermes infectieuses qui nécessitent une prise en charge différente.
2. La mise en route du traitement des dermo-hypodermes bactériennes ne doit pas être retardée par l'attente d'examens complémentaires qui ont en général peu d'intérêt diagnostique.
3. Les dermo-hypodermes inflammatoires sur insuffisance veineuse chronique aboutissent à la lipodermatosclérose du tiers inférieur de jambe ; elles évoluent sur un mode chronique avec parfois des poussées inflammatoires aiguës.

Conduite à tenir devant une grosse jambe rouge³

Résumé :

La « grosse jambe rouge aiguë » réalise un tableau clinique d'installation rapide, maximum 48 heures, associant un placard érythémateux assez bien limité, parfois extensif, uni ou bilatéral, associé souvent à un œdème et pouvant s'accompagner de signes infectieux.

Il faut préciser : la date de début et les modalités évolutives (début brutal ou insidieux, extension rapide ou lente...), la précession par des prodromes (frissons...), les antécédents chirurgicaux sur le membre concerné, les antécédents récents d'une pathologie du pied ou de la jambe (prurit inter-orteil...), la notion d'œdème chronique d'origine veineuse ou lymphatique, les traitements déjà instaurés (antibiotiques ou traitements topiques), la notion de morsure ou de piqûre, l'existence de maladies associées (diabète, insuffisance veineuse, artériopathie des membres inférieurs, imprégnation œnologique chronique...).

Il apparaît à la lecture de la bibliographie que l'attitude diagnostique et thérapeutique à adopter devant une grosse jambe chaude est un consensus sur :

- Les signes de gravité, justifiant une prise en charge la plus rapide possible. Nous n'avons retenu dans notre fiche que les signes adaptés à la situation et aux besoins des EHPAD ;
- Les signes de comorbidité, qui orientent le diagnostic ;
- Le grand danger de l'érysipèle ;
- Le risque de thrombose veineuse, à bas bruit et d'embolie.

C'est bien l'association des signes de gravité qui permet d'agir rapidement.

Les signes rassurants permettent à contrario d'éviter des décisions trop brutales d'hospitalisation injustifiée et de passage aux urgences.

Cette fiche, dont l'usage restera peut être relativement faible, par comparaison à d'autres situations, (Chute par exemple), présente l'intérêt de pouvoir éviter des hospitalisations inutiles et de favoriser la prise en charge rapide d'érysipèle, de thrombose veineuse, voir d'embolie. Ces pathologies, qui peuvent mettre en cause le pronostic vital, bénéficieront d'un traitement et d'une prise en charge en EHPAD, d'autant meilleure que l'instauration en est rapide. C'est bien l'objectif prioritaire de ces protocoles et le consensus retrouvé dans la bibliographie permet de valider cette fiche sans difficulté.

19

HYPOGLYCÉMIE

L'hypoglycémie (Glycémie inférieure à 0,6g/l)
C'est une urgence vitale

Démarche aide soignant

En cas de malaise, chute, agitation, apathie inhabituelle, sueur, palpitation, sensation de faim, faire glycémie capillaire si délégation donné dans l'EHPAD si non appeler IDE pour faire une glycémie capillaire.

Si glycémie inférieure à 0,6g/l ou forte présomption d'hypoglycémie

Résident inconscient
mettre en PLS et appeler le 15

Résident conscient : resucrage per os 3 morceaux de sucre ou une briquette de jus de fruit puis une banane ou un morceau de pain.

**Après les premier geste d'urgence,
appeler l'IDE pour évaluation**

Démarche IDE

En l'absence de trouble de la conscience ou de trouble digestif limitant les prises alimentaires
Resucrage per os

- 3 morceaux de sucre ou une briquette de jus de fruit puis une banane ou un morceau de pain

En cas de trouble de la conscience

- IVD de 2 ampoules de G 30% et pose d'une voie d'abord avec du G 10% idéalement ou du G5%

Si voie d'abord impossible et patient diabétique

- vérifier si protocole personnalisé

- Si absence de protocole faire du GLUCAGEN 1mg IM ou SC **et appeler le 15**

Dans tous les cas vérifier

- la température, la présence de signes infectieux toux, brûlures mictionnelles etc., prise des traitements et de l'alimentation

**Le lendemain signaler le patient au médecin traitant
pour réévaluation du traitement**

1. H. Gin, V. Rigalleau, C. Gonzalez -Diagnostic des hypoglycémies de l'adulte: -
Université Bordeaux 2, Bordeaux ; Service de diabétologie-nutrition, CHU de Bordeaux, Hôpital du
Haut-Lévêque, Pessac.
Médecine des Maladies Métaboliques. Volume 5, Issue 4, September 2011, Pages 365–369
2. EBSCOhost Discovery Service/ Hypoglycaemia Prevention and management
By Mary Lowth, MA MB BChir FRCGP PGCME GP and medical educationalist
2012, Practice Nurse, Reed Business Information UK, Ltd., a division of Reed Elsevier,
<https://ehis-ebsohost-com.frodon.univ-paris5.fr/eds/detail?>
3. G. Slama, Pr Université René Descartes – Paris V ; Hôtel-Dieu, AP-HP, P
Hypoglycémies réactionnelles ou fonctionnelles
Médecine des maladies Métaboliques - Septembre 2011 - Vol 5 - n°4
4. Roslyn C. Kelly, MS, RN-BC, CDE, is Diabetes Nurse Educator,
Veterans Affairs Maryland Health Care System, Baltimore, MD.
Beverly B. Owens PhD, RN, ACNS-BC, CNA-BC, is Nurse
Educator of Managed Care, Veterans Affairs Maryland Health Care
System, Baltimore, MD .American Academy of Ambulatory Care Nursing NOVEMBER/DECEMBER 2010:
Hypoglycemia treatment in the ambulatory care setting
5. Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques. Mise à jour décembre
2004. ITEM 206 : HYPOGLYCEMIE
6. J.-C. Orban *, D. Lena, M. Bonciu, D. Grimaud, C. Ichai
- Complications métaboliques du diabète
Les Essentiels 2006, p. 471-480.
www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06_36/ca...
7. Dr Sheila Ardigo Pr Jacques Philippe Service de diabétologie,
endocrinologie et nutrition HUG, 1211 Genève 14
Dr Sheila Ardigo Département de gériatrie Hôpital des Trois-Chênes Ch. Pont-Bochet 3, 1226 Thônex
Hypoglycémie et diabète
Revue Médicale Suisse N° 160 publiée le 04/06/2008
8. L. Glasser¹, M. Alt-Tebacher², J.-L. Schlienger¹, 1 Service de médecine interne, endocrinologie et nu-
trition, CHU Hautepierre, Hôpitaux universitaires de Strasbourg. 2 Centre de pharmacovigilance, CHU de
Strasbourg. Hypoglycémies iatrogènes
Médecine des Maladies Métaboliques Volume 5, Issue 4, September 2011, Pages 377–381
9. P. Devos, J.-C. Preiser Service de réanimation, domaine universitaire Sart Tilman B35, CHU de Liège,
4000 Liège 1, Belgique
Recommandation formalisée d'experts Réalisation pratique du contrôle glycémique :
les modalités de surveillance
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 28 (2009) e22
10. F 20 M. Fonfrede, I. Jday-Daly, C. De Curraize¹, C. Augereau-Vacher, G. Lefevre, C. Hennequin-Le Meur
Pitié Salpêtrière, Paris ; Necker-Enfants Malades, Paris ; HEGP, Paris ; Tenon, Paris
Lecteurs de glycémie: comparaison des résultats de 5 lecteurs et écart par rapport à la glycémie veineuse
du laboratoire
Diabetes Metab 2011, 37, A24-A35

11. Goldstein, P. (2009). Assessment and treatment of hypoglycemia in elders: Cautions and recommendations. *MEDSURG Nursing*, 18(4), 215-223. (p 220)
12. Pr. A. Grimaldi Université Pierre et Marie Curie
Diabétologie Questions d'internat 1999 – 2000
15.1 - Hypoglycémies en dehors du diabète
15.2 - L'hypoglycémie chez le diabétique
13. A Rigoir-Louvel, S Cherino-Marchand, P Fiquet, JM'Bemba, A Sola, C Boitard
Diabetologie, Hôtel Dieu, Paris. SFD (ALFÉDIAM) PP5 En correction d'une hypoglycémie non sévère / quelle est la meilleure dose ?
Diabetes Metab 2010, 36, A111-A114
14. R9 - HEGP : Conduite a tenir hypoglycemie, resucrage, sucre, glucagen, ento www.hegp.fr/diabeto/desequilibrehypoquefaire.html
15. Diabète-AFD Hypoglycémie diabétique
www.afd.asso.fr/diabétique/glycemie/hypo
16. K-11 - A. GRIMALDI, G. SLAMA, N. TUBIANA-RUFI, A. HEURTIER, J.L. SELAM, A.SCHEEN, C. SACHON, B. VIALETES, J.J. ROBERT, L. PERLEMUTER
L'HYPOGLYCEMIE DU PATIENT DIABETIQUE 1997 2008
Recommandations de l'ALFEDIAM
www.alfediam.org/membres/recommandations/alfediam
17. AS Champion¹, F Caillet², S Fridez³, C Kohler⁴, M Neuenschwander⁵, S Weber⁴, JJ Grimm⁴
1Unité de Diabétologie, Utd, Porrentruy, Suisse ;
2Diabétologie, Hôpital du Jura, Porrentruy, Suisse ;
3Unité de Diabétologie, Hôpital du Jura, Porrentruy, Suisse ;
4Unité de Diabétologie, Hôpital du Jura, Delémont, Suisse ;
5Unité de Diabétologie, Hôpital du Jura, Saignelégier, Suisse.
Traitement de l'hypoglycémie non sévère chez le patient diabétique à l'hôpital
Diabetes Metab 2010, 36, A111-A114
18. M 7 - S. Papadopoulou, A.-S. Champion, F. Caillet, S. Fridez, J.-J. Grimm
Unité d'endocrinologie, diabétologie, du métabolisme et de la nutrition, Hôpital du Jura, Delémont et Porrentruy, Suisse *Diabetes Metab* 2011, 37, A36-A108
Traitement de l'hypoglycémie non sévère (HNS) en milieu hospitalier : faut-il un glucide « lent » après le traitement initial ?
19. T 1-American Diabetes Association
Standards of Medical Care in Diabetes—2013-p24+25
Originally approved 1988. Most recent review/revision October 2011.
DOI: 10.2337/dc12-s011
© 2012 by the American Diabetes Association.
http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full
http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full.pdf+html
DIABETES CARE,
VOLUME 35, SUPPLEMENT 1, JANUARY 2012 S27 S28

Antoine BOSSELET

Démarche Aide soignant

La fiche initiale que j'ai analysée distinguait résidents diabétiques et non diabétiques

Les signes d'hypoglycémie étant identiques chez le patient diabétique ou non diabétique ^{1,2,3}, aucun signe n'étant vraiment spécifique de l'hypoglycémie ^{1,2,3,4,5,6,7} et la iatrogénie étant la première cause d'hypoglycémie chez l'adulte⁸ le groupe de travail a décidé de supprimer la distinction entre ces 2 populations, et de prendre les signes d'appels les plus fréquents de l'hypoglycémie dans la « Démarche Aide soignant ».

L'aide-soignant légalement n'a pas le droit de faire une glycémie capillaire, mais une délégation peut être donnée pour qu'il puisse le faire.

Une mesure de la glycémie capillaire est à pratiquer dans toute situation inhabituelle (cf. fiche) mais n'a aucune valeur médico-légale chez le non diabétique ^{1,9}, et n'a qu'une valeur indicative chez le diabétique, la glycémie par prélèvement sanguin au laboratoire étant la référence de mesure ; il faut noter que les lecteurs de glycémie français sont fiables à 84,6 % mais pouvant parfois, pour certains lecteurs, sur ou sous estimer la glycémie ^{9,10}.

Le re-sucrage per os d'un résident sans trouble digestif ni trouble de conscience, peut être fait par l'aide-soignant, même si la glycémie capillaire n'a pas été réalisée et qu'il y a une forte présomption d'hypoglycémie.

Les auteurs ^{2,4,5,7,11,12,13,14} s'accordent, avec le protocole de re-sucrage suivant, semblable au protocole de la fiche initiale :

re-sucrage 20g oral :

- 3 à 4 sucres de 5g
- ou 180 ml de jus de fruits (une briquette)
- 1 cuillère à soupe de confiture ou de miel

L'aide-soignant mettra la personne inconsciente en position latérale de sécurité.

Il appellera l'infirmier une fois les gestes d'urgence réalisés

Démarche IDE

L'IDE vérifiera la glycémie capillaire si celle-ci n'a pas été faite par l'aide-soignant.

Traitement de l'hypoglycémie

Le protocole de re-sucrage (per os et IM-IV) de l'ancienne fiche était en adéquation avec les schémas retrouvés dans la littérature ^{2,4,5,7,11,12,13,14} :

1/ S'il n'y a pas de troubles de conscience ni troubles digestifs

La glycémie capillaire se situant généralement entre 0,6 à 0,45 g/l

L'IDE fait un re-sucrage 20g oral : (voir plus haut)

Un contrôle glycémique est préconisé à 15 mn (2,4,11)

L'Alfediam ¹⁶ et l'AFD ¹⁵ recommandent une prévention d'une récurrence d'hypoglycémie à court terme mais semble inapproprié pour d'autres auteurs ^{17,18}. La prise d'aliments gras retarde la remontée de la glycémie ¹⁹.

Le protocole de la fiche initiale n'a pas été modifié et la prévention des récurrences gardée dans la nouvelle fiche.

2/ En cas de Troubles de conscience et/ou troubles digestifs

Glycémie capillaire comprise entre 0,6 à 0,45 g/l jusqu'à une hypoglycémie sévère < 0,45 g/l^{2,4,5,7,11,12,13,14}

a/ Une voie d'abord veineuse possible : re-sucrage avec 20g IV de 25 ml de dextrose à 50%^{2,4,7,11} ou 2 ampoules de glucosé hypertonique à 30% et pose perfusion de G5% ou 10%^{5,12}.

La glycémie sera contrôlée à 15 mn^{2,4,11}

La fiche initiale n'a pas été modifiée

b/ Il n'y a pas de voie d'abord veineuse ou le patient est diabétique sous insuline : glucagon sous-cutané ou intramusculaire 1 mg^{5,11}.

Le glucagon peut-être utilisé chez le diabétique insulino-traité¹² mais contre-indiqué chez le diabétique traité par sulfamide^{12,16}.

Le glucagon expose à des risques de complications cardiovasculaires chez les personnes âgées¹¹ et nécessite une surveillance d'où l'importance d'appeler le 15.

L'hospitalisation est nécessaire pour patients traités par sulfamide^{12, 16}, après injection de glucagon chez sujet âgé, en cas de tentative de suicide, en cas de persistance troubles de conscience, ou troubles digestifs 2 h après le re-sucrage¹².

20

SURDOSAGE EN AVK

Devant un saignement chez un résident sous AVK

Les médicaments AVK commercialisés en France sous forme orale (comprimés) sont :

- Acénocoumarol (Sintrom®, 4 mg ; Minisintrom®, 1 mg)
- Fluindione (Previscan®, 20 mg)
- Warfarine (Coumadine®, 2 mg et 5 mg)

Démarche aide soignant

En cas de saignement extériorisé, de chute avec ou sans hématome chez un résident sous AVK

Après les premiers gestes d'urgence
Rechercher les signes de gravité (Fiche0)
Si présents: appeler le 15 et prévenir l'IDE

En l'absence de signe de gravité appeler l'IDE pour évaluation

Démarche IDE

Ne pas donner l'AVK si :

- l'INR demandé n'est pas revenu
- En cas de retour tardif de l'INR médecin injoignable

Surdosage asymptomatique

En l'absence de protocole individuel

INR<4	- Pas de saut de prise - Pas d'apport en Vit K
4<INR<6	- Saut d'une prise - Pas d'apport en Vit K
6<INR<10	- Arrêt du traitement - Appeler le médecin du 15 pour mettre 1 à 2 mg de Vit K per os (1/2 à 1 ampoule buvable pédiatrique)
INR>10	- Arrêt du traitement - Appeler le médecin du 15 pour mettre 5mg de Vit K (1/2 a 1 ampoule buvable forme adulte) mettre en place une surveillance pour la nuit

Contrôler l'INR le lendemain et rappeler le médecin traitant le lendemain

Surdosage symptomatique

En cas d'hémorragie grave de Traumatisme crânien ou de signes de gravité appeler le 15

En cas d'hémorragie sans signe de gravité, peu abondante ou rapidement contrôlée par des gestes simples, garder le résident sur site et le surveiller toutes les 2h prévoir un dosage de l'INR le lendemain

20

BIBLIOGRAPHIE

1. ENEIS : Étude Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins. DREES. Études et Résultats n°398, mai 2005 et Série Études et Recherche n°110, septembre 2011
2. SFGG-HAS. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Argumentaire. Avril 2009 p.24-25
3. Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier. Recommandations professionnelles du GEHT en partenariat avec la HAS- Avril 2008

Élisabeth CHORRIN-CAGNAT

Les AVK (Anti Vitamine K) sont un élément essentiel de la prise en charge de pathologies thrombotiques courantes (fibrillation auriculaire, valvulopathies, phlébothromboses...).

Les médicaments AVK commercialisés en France sous forme orale (comprimés) sont :

- Acénocoumarol (Sintrom®, 4 mg ; Minisintrom®, 1 mg)
- Fluindione (Previscan®, 20 mg)
- Warfarine (Coumadine®, 2 mg et 5 mg)

On compte environ 900000 patients traités par AVK chaque année

L'enquête ENEIS 1 et 2¹ confirme que les anticoagulants, dont les AVK sont la première classe pharmacologique, arrivent en France au premier rang des médicaments responsables d'accidents iatrogènes graves (37 % en 2004 et 31 % en 2009 des événements indésirables graves rapportés liés au médicament). Les sujets âgés de 65 ans et plus sont majoritairement concernés.

Les principaux facteurs influençant la survenue de ces complications sont au nombre de trois :

- 1- il y a avant tout l'âge, le taux de complications hémorragiques passant de 0.5 à 4 % chez les moins de 65 ans à 1-8 % au-delà de 75 ans (Dawson-Hughes and Harris 2002) ;
- 2- l'indication du traitement AVK est également associée au risque hémorragique, celui-ci étant particulièrement important en cas de chirurgie orthopédique et de fibrillation auriculaire en raison, dans ce dernier cas, d'une durée de prescription qui se fait sur une longue période (McCollum, Shupert et al. 1996) ;
- 3- la valeur de l'INR est aussi reliée au risque hémorragique élevé. Il a été démontré qu'un INR supérieur à 3,5 était associé à un risque de complications hémorragiques multiplié par quatre comparé à un INR inférieur ou égal à 3,5 (Dawson-Hughes and Harris 2002; Kanis 2002).²

Par ailleurs les résidents chuteurs à répétition sont particulièrement exposés à des complications hémorragiques graves surtout si l'INR (International Normalized Ratio) n'est pas équilibré. Cependant, ce n'est pas une contre-indication aux AVK pourvu que soient pris en compte divers éléments avant la prescription :

- de chute traumatique : antécédents de chute avec traumatisme physique sévère, plus de deux chutes dans les 6 derniers mois, la prise d'opiacés, l'abolition de plus de deux réflexes de posture, un test de station unipodal anormal ;
- d'INR supra thérapeutique : prise de plus de 4 médicaments par jour, instabilité de l'état de santé, mauvaise observance thérapeutique ou mauvaise surveillance ;
- De plus, l'isolement socio familial de la personne âgée chuteuse est un facteur de risque de conséquence traumatique grave.

Il est donc important de veiller très régulièrement au dosage de l'INR afin d'éviter les conséquences d'un INR supra thérapeutique.²

L'équipe de soin peut-être amenée à :

Prendre en charge un surdosage asymptomatique :

Quinze à 30 % des contrôles d'INR sont au-delà de la limite thérapeutique prédéfinie.

En l'absence de saignement, il est recommandé de privilégier une prise en charge ambulatoire, si le contexte le permet. L'hospitalisation est préférable s'il existe un ou plusieurs facteurs individuels de risque hémorragique (âge, antécédent hémorragique, comorbidité).³

Les mesures correctrices suivantes sont recommandées en cas de surdosage en AVK, en fonction de l'INR mesuré et de l'INR cible.³

INR mesuré	Mesures correctrices	
	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre entre 2,5 - 3 ou 3 - 4,5)
INR < 4	- pas de saut de prise - pas d'apport en vitamine K	
$4 \leq \text{INR} < 6$	- saut d'une prise - pas d'apport en vitamine K	- pas de saut de prise - pas d'apport en vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	- arrêt du traitement - 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A)	- saut d'une prise - un avis spécialisé est recommandé (ex. cardiologue en cas de prothèse valvulaire mécanique) pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	- arrêt du traitement - 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A)	- un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

Dans tous les cas :

- un contrôle de l'INR doit être réalisé le lendemain. En cas de persistance d'un INR supra thérapeutique, les attitudes précédemment décrites seront reconduites ;
- la cause du surdosage doit être identifiée et prise en compte éventuelle de la posologie ;
- la surveillance ultérieure de l'INR est celle habituellement réalisée lors de la mise en route du traitement.³

Prendre en charge un surdosage symptomatique :

une hémorragie spontanée ou traumatique

Une hémorragie grave ou potentiellement grave nécessite une prise en charge hospitalière. Les critères de gravité sont :

- l'abondance du saignement, apprécié notamment sur le retentissement hémodynamique ;
- la localisation pouvant engager un pronostic vital ou fonctionnel ;
- l'absence de contrôle par des moyens usuels et/ou la nécessité d'une transfusion ou d'un geste hémostatique en milieu hospitalier.¹

La réalisation d'un INR en urgence (dès que possible) est recommandée si l'hémorragie ne nécessite pas une hospitalisation.²

IV- COMMENTAIRE

Nous avons participé à l'élaboration d'un livret de protocoles d'urgence destinés aux AS et aux IDE « mobiles » de nuit, s'inscrivant dans le projet de l'ARS de structurer la permanence de soins de nuit en EHPAD.

Les fiches ont été conçues pour être pratiques, simples, compréhensibles, et regroupées dans un livret de poche.

La bibliographie des fiches de protocole proposées, parfois déjà utilisées dans certains établissements, n'existait pas.

La bibliothèque de l'Université Paris Descartes via Internet, et/ou une recherche libre ont permis d'établir la bibliographie et de retrouver, pour chaque fiche suffisamment de documents médicaux fiables pour valider ou modifier leur contenu.

Chaque étudiant a fait un commentaire de sa fiche permettant d'améliorer celle-ci.

Le personnel des EHPAD et certains Centres 15 sont impliqués dans cette expérimentation.

Les fiches ont été diffusées aux différentes EHPAD participant à l'expérimentation et le questionnaire mis en ligne durant l'été 2013.

Les EHPAD expérimentateurs vont utiliser les fiches pendant un an. Leurs commentaires critiques permettront de juger de l'adéquation des fiches aux situations d'urgences et de les perfectionner, mais aussi de juger de la pertinence de notre travail d'élaboration des protocoles. Nous espérons premièrement avoir une bonne participation des EHPAD choisies au questionnaire accessible sur internet, deuxièmement pouvoir traiter un nombre suffisant de données, en particulier le nombre d'hospitalisations, facteur de mauvais pronostic pour la personne âgée. Quelques fiches ont déjà été utilisées et commentées.

L'expérimentation va continuer et les résultats ne seront connus qu'en juin 2014.

Les protocoles pourront être adaptés au cours ou en fin d'expérimentation si cela est jugé nécessaire.

Les souhaits et désirs du résident, restant l'acteur principal de sa prise en charge, ont été à l'origine de la fiche éthique qui permettra d'aider le personnel de nuit confronté à certaines situations complexes difficiles à gérer.

La formation du personnel, par le médecin coordonnateur, à l'utilisation de ces protocoles permettra d'avoir un langage de travail commun et une réponse mieux adaptée face aux situations d'urgence. Le suivi de l'utilisation des protocoles va être organisé.

La prise en charge de plus en plus lourde et complexe de nos résidents apparaît comme un facteur déterminant pour la création de poste d'IDE mobile de nuit pour les petits EHPAD.

Aux termes de l'expérimentation, si nos fiches sont validées et diffusées à l'ensemble des EHPAD de la région, nous espérons la création de postes d'IDE de nuit, avec la pérennité d'un financement pour ce poste.

Ces fiches destinées au personnel de nuit (AS et IDE), pourront bien sur être utilisées, avec d'éventuelles adaptations, par le personnel travaillant de jour, et les IDE de nuit en poste fixe, et pourront servir de trame pour l'établissement d'autres protocoles utilisés en EHPAD.

V- CONCLUSION

L'accueil de résidents poly-pathologiques de plus en plus complexes est en augmentation au sein des EHPAD.

La survenue d'une situation aigue la nuit dont la permanence soignante est assurée par des aides-soignantes aboutit fréquemment à une hospitalisation en urgence.

Pour limiter cette situation l'ARS d'Ile de France a mis en place une expérimentation s'appuyant sur la création d'un poste infirmier mobile de nuit dans certains EHPAD et sur l'élaboration, via un groupe de travail multidisciplinaire de fiches de conduites à tenir assurant l'homogénéité des prises en charges. C'est dans ce cadre que notre groupe d'étudiants du DIU a réalisé ce mémoire collectif.

Les résultats de cette expérimentation ne seront connus qu'à partir de juin 2014. Ils auront vocation à identifier les admissions en urgence évitables, mais également à améliorer la prise en charge des retours d'hospitalisation, la continuité des soins en sécurisant les équipes grâce notamment à la formation du personnel de nuit en EHPAD.

Le recueil et l'analyse des différentes données recueillies grâce au questionnaire pourront faire l'objet d'un mémoire pour les étudiants du DIU de l'année prochaine. Ce travail en continuité avec le nôtre, nous l'espérons, contribuera à uniformiser et utiliser de façon optimale les protocoles d'urgence en EHPAD.

Annexe 1 : cahier des charges

Annexe 2 : protocoles validés

Annexe 3 : liste étudiant EHPAD

Annexe 4 : questionnaire

Cahier des charges V3 de l'expérimentation de renforcement de la présence d'IDE de nuit en EHPAD

Il a été proposé de mener une expérimentation liée à la présence infirmière de nuit en EHPAD destinée à diminuer les hospitalisations en urgence des résidents et à favoriser les retours d'hospitalisation, au moyen d'une allocation de crédits non reconductibles versée à compter de 2011 pour une durée de trois ans, à hauteur de 550 000 €. Cette expérimentation sera menée dans chacun des départements franciliens 77, 78, 91, 92, 93, 94 et 95 (le 75 bénéficiant déjà d'une expérimentation de type différent).

Pour se faire, l'expérimentation s'appuie sur la création d'un poste d'infirmier « mobile » de nuit (soit 3 ETP pour assurer la présence 7/7 jours sur trois ans). Ces infirmiers salariés par un EHPAD « tête de pont », seront amenés à intervenir dans trois EHPAD identifiés dans chaque département.

Ces EHPAD disposeront également de crédits permettant d'alimenter des postes de formation, frais de déplacement et autres dépenses ponctuelles, nécessaires à la bonne marche de l'expérimentation et finançables par les crédits Assurance Maladie.

Ainsi nous avons procédé à l'identification de trois EHPAD par territoire (échelle départementale), dont un sera destinataire unique des crédits de l'expérimentation. Sur chaque département, ces trois établissements sont géographiquement proches et disposent chacun d'un GMP approximatif à 700, d'un PMP à 200 et représentent globalement une capacité de trois cents places d'hébergement. (liste en annexe)

L'expérimentation s'appuiera sur le dispositif du 15 en cas d'urgence et fait actuellement l'objet d'un arbitrage au sein de l'ARS Ile-de-France. En effet, le recours aux médecins du 15 qui auront été associés à l'expérimentation, permettra une meilleure orientation des personnes âgées.

Nous demanderons également aux gériatres de la filière de donner la possibilité aux 21 EHPAD expérimentateurs de disposer de places en hospitalisations de jour, ou de programmer des hospitalisations quand elles s'avèreront nécessaires.

Cette expérimentation a pour objectifs de :

- Améliorer l'orientation des résidents aux horaires nocturnes en contribuant à mieux décoder les situations à risques, favoriser le recours au SAMU Centre 15 le cas échéant et identifier les admissions en urgence évitables, dans le cadre de procédures préétablies et en partenariat avec les SAMU Centre 15
- Améliorer la prise en charge des retours d'hospitalisation
- Améliorer la continuité des soins en EHPAD, en sécurisant les équipes
- Améliorer la formation des personnels de nuit en EHPAD

QUI :

Identification de 3 EHPAD par territoire (échelle départementale), avec un EHPAD « tête de pont » destinataire unique des CNR (550 000€).

Sur le département, ils sont géographiquement proches Les 3 EHPAD disposent chacun d'un GMP d'environ 700 et d'un PMP à 200 et représentent capacité totale d'environ 300 places d'hébergement.

CALENDRIER PREVISIONNEL :

Cette expérimentation sera effective à partir de janvier 2013 et se poursuivra sur 3 ans (jusqu'en 1^{er} trimestre 2016).

Les grandes phases d'élaboration de l'expérimentation :

- Février 2012 : réunion d'un groupe de travail et élaboration du cahier des charges V1
- Mai 2012 : remontée des données sur CA 2011 pour la mise en place d'indicateurs de suivi
- Juin à novembre 2012 : recrutement des IDE
- Automne 2012 à mi-novembre : formation spécifique des IDE
 - 4 semaines de formation pratique auprès des SSR gériatriques, services d'urgences des filières (selon date d'embauche)
 - 1 semaine de formation théorique (du 22 au 26 octobre)
- **Lancement de l'expérimentation envisagé le 1^{er} novembre 2012.**

MISE EN ŒUVRE :

- **Pré requis :**
 - **Protocoles d'urgence** : recenser l'existant et l'homogénéiser en un seul et même protocole sur les 21 établissements de l'expérimentation. Public visé : les IDE et les AS.
Deux temps de travail sur les protocoles et leur validation seront proposés (en juin 2012) auprès des médecins coordonnateurs et les gériatres des filières (+ médecins des délégations territoriales, médecins généralistes) et auprès des IDEC.
 - **Optimisation et simplification des DLU** (Dossier de Liaison d'Urgence)
 - **Base 0** : remontée des données sur CA 2011 pour la mise en place d'indicateurs de suivi répartis en un volet « résidents » et un volet « personnel ».
- ✓ Nombre de lits par IDE à mettre en lien avec les taux d'hospitalisation
- ✓ Entrées/sorties définitives (nombre de décès dans l'EHPAD et en dehors)
- ✓ Sérier par hospitalisations de jour, de nuit, de week-end et jours fériés
 - Programmées
 - En urgence : nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisation consécutive au passage aux urgences
- ✓ Nombre de chutes : en sériant jour/nuit
- ✓ Nombre de malades Alzheimer et psychotiques recensés
- ✓ Nombre de résidents identifiés « en fin de vie » pris en charge
- ✓ ETP Personnel de nuit
- ✓ Nombre d'arrêt de travail sur l'année et nombre total de journées d'absence par catégories de professionnels



15 mai 2012

Travail avec l'assurance maladie à partir de ces données à partir de mai.

- **Puis suivi trimestriel par les DT**

- ✓ Nombre d'appels à l'IDE d'astreinte
- ✓ Nombre d'appels au 15
- ✓ Nombre de journées d'arrêt du personnel (par catégories de professionnels)
- ✓ Nombre de chutes : en sériant jour/nuite
- ✓ Nombre de résidents identifiés « en fin de vie » pris en charge
- ✓ Sérier par hospitalisations de jour, de nuit, de week-end et jours fériés
 - Programmées
 - En urgence : nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisation consécutive au passage aux urgences



A partir du 15 septembre 2012

- **Conventionnement entre EHPAD et établissements de santé** pour l'accueil des IDE en formation.

- **Conventionnement entre le 15 et les EHPAD**

- **Formation des IDE de nuit**

Formation de 5 semaines avant le début de l'expérimentation. Une partie théorique et une partie pratique (au sein des 3 EHPAD, du SSR gériatriques de secteur, des urgences).

Thèmes abordés : soins palliatifs, troubles du comportement, gestion de la douleur, les urgences, les sorties d'hospitalisation, les transmissions entre équipes (logiciels particuliers), la formation du personnel de nuit...

• **Suivi de l'expérimentation :**

- **Enquête qualitative sur l'évolution de la prise en charge sur les EHPAD expérimentateurs auprès des personnels de nuit, IDEC et médecins coordonnateurs** réalisée tous les ans (lancement en décembre 2012).
- **Remontée trimestrielle des indicateurs de suivi**
- **Rencontres avec les IDE** (trimestrielle la première année, puis semestrielle en 2014 et 2015) pour un temps d'échange des pratiques, de retour d'expérience, de soutien, et d'amélioration des outils si besoin (DLU Protocole)

ANNEXE 2

LES FICHES

0 Situations inhabituelles Démarche systématique

Je repère les signes de gravité

Pouls < 50 ou > 120
Pression Artérielle systolique
< 100 ou > 200 contrôlée aux 2 bras
Fréquence respiratoire < 10 ou > 25
Saturation < 90%
Sueurs, marbrures, difficultés respiratoires (orthopnées), tirage, cyanose
Douleurs aiguës et intenses (ALGOPLUS > 3)
Troubles de la conscience (modification de la conscience), Ne réagit pas aux stimulations
Convulsions (mouvements anormaux)
Paralysie ou impotence d'apparition
BRUTALE (membre, face)

**Si ces signes sont présents
j'appelle le médecin sans
délai et je préviens l'IDE
Hors de ces signes de
gravités j'appelle IDE**

Je transmets

J'indique le contexte

Sans retarder les gestes urgents

Renseignements présents dans le DLU
(pathologies et traitements en cours)
Age
Autonome - Dépendant
Type de prise en charge déjà envisagée en cas d'aggravation (Niveau 1 à 4)
Depuis combien de temps les troubles existent-ils ?
Chuteur à répétition
Est-ce le premier épisode de ce type ou non ?

Je décris les troubles

Survenue brutale ou progressive
Circonstance d'apparition : repos, effort, repas, toux, modifications thérapeutiques
Signes fonctionnels présentés
Angoisse, agitation associées

Je décris les signes cliniques

Etat de conscience
Pouls
Température T° < 36 ou > 38,5
Pression artérielle
Fréquence respiratoire Saturation
Sueur, crachat, difficultés respiratoires
Recueil Glycémie capillaire < 0,8g ou > 3g
(Si possible)

0 bis Décision éthique de niveau de soin

Ces protocoles ont pour but d'aider à la prise de décision d'intervention médicale ou non, dans un contexte éthique, afin de respecter le souhait du malade et de son entourage et d'éviter la mise en place de soins inadaptés pour le résident, source d'inconfort et de souffrance sans bénéfice d'amélioration de son état général.

Le changement de niveau d'intervention doit avoir lieu dans le cadre d'une réflexion argumentée de décisions d'éthiques.

Cette décision doit être explicitée dans le dossier de soins ou le dossier médical par les personnes qui sont amenées à la prendre. Elle est retranscrite par le niveau d'intervention sur la feuille de prescription.

Elle doit être collégiale et doit comporter au moins l'avis de 2 personnes avec accord du médecin traitant

Le résident ainsi que la personne référente de l'entourage doivent en être informés.

Si nécessaire, il est possible de joindre la permanence téléphonique de la filière pour avoir un avis externe d'aide à la prise de décision éthique en dehors de l'urgence.

En situation d'urgence seul le médecin sur place reste décisionnaire de la prise en charge en fonction des circonstances.

Le niveau de soins si il est défini doit figurer dans le dossier de liaison d'urgence (DLU)

Le questionnaire de Renée Sebag Lanöe peut être utilisé pour aidé à la prise de décision

Niveau 1

Le niveau 1 est déterminé par défaut, en l'absence de détermination de niveau.

Il correspond à une prise en charge maximale en termes d'interventions techniques chez un patient présentant un problème de santé quel qu'il soit, afin de préserver sa survie.

Niveau 2

Le niveau 2 souligne l'existence d'un problème médical ou éthique, avec une discordance faisant pencher la balance plutôt en faveur d'une intervention importante.

Soit il s'agit de la famille d'un patient qui demande peu d'interventions alors que la personne est en bon état général et pourrait bénéficier d'interventions médicales importantes.

Soit il s'agit d'une situation médicale pour laquelle le bénéfice d'une intervention agressive est fortement douteuse mais où le patient et son entourage sont demandeurs d'une intervention maximaliste.

Niveau 3

Le niveau 3 montre une situation où le patient est dans un état stabilisé mais précaire pour lequel, en cas d'aggravation, pourrait se poser le bénéfice d'une intervention médicale

La prise en charge avec consensus de la famille et de l'équipe soignante serait plutôt de gérer sur place les symptômes aigus dans la mesure où le patient arrive à être confortable mais peut nécessiter des interventions techniques programmées pour améliorer le confort du patient

Niveau 4

Le niveau 4 correspond aux situations crépusculaires pour lesquelles le décès est attendu, ou imminent.

Le consensus de l'équipe soignant et de la famille est celui de privilégier le confort avant tout, de ne pas être interventionniste et dans lequel on envisage un décès à court terme dans la structure.

0 bis Questionnaire de Renée Sebag Lanöé

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

Ce questionnaire est destiné à se poser les questions nécessaires à une prise de décision médicale de juste soin en accord avec les souhaits du résident, de sa personne de confiance et/ou de la famille. Ce questionnement se fait en équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur pour être intégré au projet de soins et au projet de vie du résident

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

1 AGITATION : comportement perturbant, = appel à l'aide d'un résident qui a un problème physique ou moral

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

RESTEZ CALME, DANS UN ENVIRONNEMENT RASSURANT
TOLEREZ UN CERTAIN DEGRE D'AGITATION

A FAIRE:

Lumière douce (ni noir ni plein éclairage)

Prothèse auditive en place

Parler en se mettant à sa hauteur, rassurer et faire diversion (chant, histoire, comptine...)

Si besoin de déambuler: balade brève dans le couloir ou proposer d'aller aux toilettes,

Proposer à boire +/- à manger en l'aidant si besoin

Contact physique si pas de danger pour vous (prendre la main, caresser la joue, câliner...)

Vérifier les constantes

Vérifier miction et transit intestinal

A NE PAS FAIRE:

attacher

laisser seul ou enfermer

être autoritaire ou agressif

Sermonner, punir le résident

Appeler l'infirmière si les troubles persistent malgré ces mesures simples

DEMARCHE IDE

Ne jamais donner de calmant sans prescription médicale

Rechercher une cause

Dans le dossier médical :pathologie en cours , douleurs diverses, modification récente de traitement

Dans les transmissions soignantes :le transit, les mictions, l'alimentation, l'hydratation, le poids, un événement personnel ou concernant la résidence, chute récente

Après du résident rechercher:

- une douleur
- un trouble de la glycémie (glycémie capillaire et protocole correspondant)
- un globe vésical (voir fiche douleur abdominale)
- une absence de selles >3 jours: Suivre la fiche constipation
- une déshydratation: pas de boisson, fièvre, langue sèche et faire boire si besoin.
- une variation de la tension

Si persistance des troubles et en l'absence de signe inquiétant le signaler le lendemain au médecin traitant et au médecin coordonnateur

Si anomalies aux questions précédentes appeler le médecin coordonnateur ou le médecin traitant en journée, le médecin du 15 la nuit

2 Traumatisme crânien

A évoquer en cas de plaie, ou d'hématome de la tête, de chute ou choc sur la tête

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Observation initiale et en surveillance
Recherche de facteur de gravité généraux et propre au TC
-Recherche de trouble de la conscience
-Recherche de saignement (bouche, oreilles, nez) d'une cervicalgie
-Recherche de plaie ou d'hématome
-Recherche de paralysie ou d'une impotence fonctionnelle d'un membre
-Recherche de vomissement et /ou de céphalée
Recherche d'un trouble aigu du comportement
-Vérifier dans le DLU les ATCD neurochirurgicaux, la démence, la prise d'anticoagulant ou antiagrégant

Appeler l'IDE pour transmettre les informations

Surveillance TC (fiche en annexe)

Toutes les heures pendant 4h
Puis toutes les 2h pendant 20 h

DEMARCHE IDE

IDE sur place ou venue après appel des AS

Recontrôler l'ensemble des éléments précédents

-Prise d'anticoagulant HÉPARINE, CALCI, HBPN, ou Anti-vitamine K (SINTROM, PRÉVISCAN, COUMADINE) ou antiagrégant plaquettaire et nouveaux anticoagulants

Vérifier la surveillance débutée par les AS

Surveillance TC

Glasgow *, réaction pupillaire*, Pouls, tension, FR, température, saturation O2, motricité Puis toutes les heures pendant 4h
Puis toutes les 2h pendant 20h

L'apparition de signes de gravité lors de la surveillance nécessite d'appeler le médecin coordonnateur ou le médecin traitant en journée, le médecin du 15 la nuit

* si possible

3 CHUTE

Le résident est retrouvé au sol

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Observation initiale au sol

Recherche de facteur de gravité généraux et propre à la chute

- Temps passé au sol estimé > 1h
- Déformation
- Zone douloureuse localisée récente
- Plaie ou hématome important
- Impotence fonctionnelle d'un membre, douleur cervicale
- Traumatisme crânien

Installer sur le lieu de la chute

confortablement avec précaution en cas de signe de gravité, de déformation ou de douleur intense

Appeler l'IDE pour transmettre les informations si l'IDE ne peut pas venir rapidement appeler le 15

Si absence de ces signes, le résident peut être relevé avant d'appeler l'IDE

Remplir la fiche de déclaration de chute.
Mettre en place la fiche de surveillance

DEMARCHE IDE

Recontrôler l'ensemble des éléments précédents

- signe de gravité
- suspicion de fracture ou d'impotence fonctionnelle apparue au décours de la chute
- Plaie importante

Signaler la prise d'anticoagulant ou antiagrégant

Appeler le médecin ou le 15 rapidement dans les cas précédents

En l'absence de signe de gravité
Mettre en place une surveillance TC et chute jusqu'à l'évaluation médicale

2/3 Fiche surveillance TC et chute

GLASGOW

Expérimental en test dans les structures

	0h	1h	2h	4h	6h	8h	10h	12h
Conscience								
Vomissement								
Pouls								
TA								
T°								
FR								
Saturation								
Zone douloureuse								

Réponse verbale	
Orientée ou désorienté comme d'habitude	5
Confus contrairement à l'habitude	4
Incohérent contrairement à l'habitude	3
Incompréhensible contrairement à l'habitude	2
Aucune réponse	1
Réponse motrice	
A la demande	6
A la douleur adaptée	5
A la douleur retrait	4
A la douleur flexion	3
A la douleur extension	2
Pas de réponse à la douleur	1
Ouverture des yeux	
Ouverture spontanée	4
Ouverture à l'appel	3
Ouverture à la douleur	2
Pas d'ouverture des yeux	1
TOTAL /15	

4 Perte de connaissance

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

En l'absence de reprise immédiate de conscience

Laisser le résident au sol ou l'allonger
LIBÉRER LES VOIES AÉRIENNES :
MISE EN POSITION LATÉRALE DE
SÉCURITÉ

ÉVITER LA MORSURE DE LANGUE
mettre une canule de Guedel dès que possible.

Enlever les prothèses dentaires, car risque de les avaler.

Rechercher les signes de gravité
Donner l'alerte et revenir surveiller le résident jusqu'à l'arrivée des secours

Appeler l'IDE pour transmettre les informations si l'IDE n'est pas sur site appeler le 15

En cas reprise de connaissance immédiate prendre les constantes et les transmettre à l'IDE

DEMARCHE IDE

Vérifier les paramètres vitaux dont HGT

Chez un épileptique connu

Si mouvement convulsif persistant

Vérifier l'existence de prescription anticipée. Si elle existe, l'exécuter

Si la prescription est efficace, revoir avec le médecin traitant le lendemain pour la conduite à tenir

Si la prescription est inefficace ou absence de prescription appeler le 15

En cas d'hypoglycémie voir fiche hypoglycémie

Si paralysie voir Fiche AVC

Dans tous les cas appeler le médecin coordonnateur ou le médecin traitant en journée le médecin du 15 la nuit

5 Suspicion AVC

Il s'agit d'un résident qui présente brutalement un déficit d'un hémicorps et/ou un problème d'élocution et/ou une déformation de la bouche et/ou un déficit visuel

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Rechercher les signes de gravité

ASSURER :

la liberté des voies aériennes supérieures (préciser si vomissements)
retirer le dentier

METTRE :

En décubitus latéral avec surélévation de la tête de 30°

Si trouble de conscience mettre en PLS
Noter l'heure de début du trouble ou l'heure où a été vue le résident sans trouble pour la dernière fois

Laisser à jeun (Ni aliment ,ni boisson ,ni traitement pour éviter les fausse route)

Appeler l'IDE pour transmettre les informations si l'IDE ne peut pas venir rapidement appeler le 15

DEMARCHE IDE

Vérifier la TA et le pouls, la température et faire une glycémie capillaire

En cas d'hypoglycémie re-sucrer le résident selon le protocole hypoglycémique

Vérifier le traitement du résident et la dose prise . Éliminer une erreur d'administration de traitement avec un autre résident.

Rechercher la prise d'anticoagulant ou d'anti agrégant

Regarder s'il existe un ATCD d'AVC ?

Score FAST

Face = paralysie de la face

Faire sourire

Arm = déficit/engourdissement du bras

Speech = aphasie/dysarthrie

Faire répéter « le soleil brille »

Time = heure précise de début des symptômes

Pour des symptômes permanents et aussi transitoires
Appeler rapidement le 15
Chaque minute compte...

6 Mal de tête (CEPHALEE AIGUE)

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Mettre le résident dans une pièce calme et peu éclairée
Prendre les constantes habituelles
Rechercher des signes de gravité
Prendre la température

Rechercher des signes associés:

Douleurs d'un œil, trouble visuel
Chute récente ou semi-récente (dans le mois qui précède) ?
Troubles de l'équilibre
Trouble de la marche
Propos incohérents apparus de manière récente ou brutale ?
Plainte d'avoir moins de force au niveau des bras et des jambes ?
Vomissement
Prise d'antidiabétique (insuline, antidiabétiques oraux)
Tension supérieur à 200

APPELER l'IDE si un ou plusieurs de ces signes existent

DEMARCHE IDE

Rechercher l'introduction d'un nouveau traitement

Faire une glycémie capillaire

si hypoglycémie suivre la fiche hypoglycémie

Si hypertension TA > 200/110

Si souffrance viscérale : Troubles visuels, douleurs thoraciques, douleurs abdominales, signes neurologiques

Si céphalée connue et symptômes habituels suivre le protocole du résident si disparition des symptômes après prise en charge ne pas appeler le 15

APPELER le médecin de la résidence le médecin traitant ou le médecin du 15 dans les autres situations

**En attendant le médecin ou 15
poser une perfusion de G5%**

7 ASPHYXIE

Impossibilité de respirer avec l'étouffement imminent

Généralement au décours d'une fausse route

DEMARCHE AIDE SOIGNANT et IDE

L'OBSTRUCTION EST PARTIELLE :

Respecter la position spontanée du résident

- Le sujet tousse
- **Respecter cette toux**
- Au besoin aider à dégager les aliments ou le dentier dans la bouche

L'OBSTRUCTION EST TOTALE :

Impossibilité de parler, de respirer.

C'EST UNE VRAIE URGENCE, qui doit être traitée par celui qui la constate

Respecter la position spontanée du résident

On utilise la manœuvre de HEIMLICH qui doit pouvoir être pratiquée **n'importe où ; par n'importe qui** sans aucun matériel.

Le tout est d'utiliser l'air contenu dans les poumons afin que sa mobilisation expulse le corps étranger (principe du bouchon de champagne).

Dès les premiers signes d'étouffement, cette manœuvre doit être mise en œuvre.

SUJET ASSIS ou debout

Le Soignant se place derrière le sujet et le dossier de la chaise.

Il entoure la taille de ses bras, met une de ses mains en poing au creux épigastrique (entre l'ombilic et le sternum).

Avec sa main libre, il saisit son poing et applique une brusque pression légèrement ascendante au niveau de la région épigastrique (l'abdomen et non les côtes).

Il peut répéter 5 fois cette manœuvre si nécessaire.

SUJET DEBOUT

C'est la même manœuvre, sans la chaise

SUJET COUCHÉ

Position préférable si le résident est comateux ou obèse, ou si le soignant a des petits bras ou pas assez de force.

Le résident est couché, le mettre sur le ventre. Le soignant pose les deux mains sur le dos du résident et appuie brusquement à plusieurs reprises.

Le succès de la manœuvre se mesure à la reprise de la respiration, à la recoloration cutanée et à la récupération de la conscience. Si le résident reprend sa respiration il est sauvé, vous pouvez alors appeler le médecin traitant pour discuter de la conduite à tenir

Si le résident ne reprend pas sa respiration essayer une aspiration trachéale en attendant le 15

appeler le 15 rapidement si les manœuvres sont inefficaces

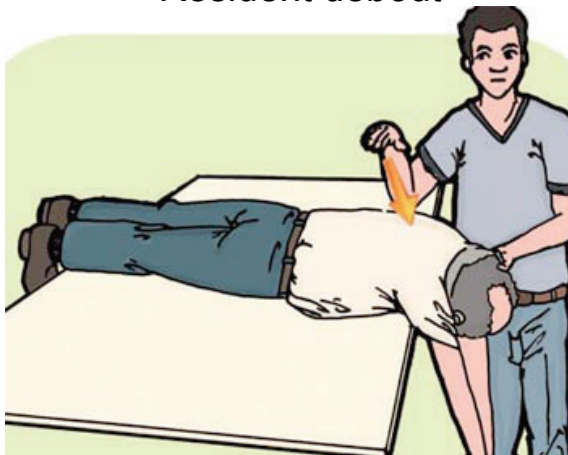
7 ASPHYXIE

HEIMLICH EN IMAGE

Le résident est laissé dans la position dans laquelle il se trouve au moment de l'étouffement



Résident debout



Résident coucher au lit



Résident assis

8 Difficulté respiratoire (Dyspnée)

La tachypnée = respiration rapide ($> 20/\text{mn}$)
La bradypnée = respiration lente ($< 10/\text{mn}$)
La polypnée = respiration rapide ($> 20/\text{mn}$) et superficielle
orthopnée = difficulté respiratoire allongée

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Mettre le résident en position assise, le rassurer
Lui dégrafer ses vêtements (col de chemise, ceinture de pantalon) si il semble trop serré
Vérifier l'absence d'obstruction buccale ou nasale
Prendre la température

En plus des signe de gravité
Rechercher les signes spécifiques
une bradypnée ou une orthopnée
si cette dyspnée apparaît au cours d'un repas, (report fiche asphyxie)
Douleurs thoraciques

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

perdre son sang froid (ça augmente l'angoisse du malade)
obliger le malade à s'allonger (mais le laisser adopter la position qui le soulage le mieux)

APPELER IDE

DEMARCHE IDE

En plus des signe de gravités habituels
IL FAUT RECHERCHER UN OU PLUSIEURS SIGNES DE GRAVITÉ SPECIFIQUES:

Douleur thoracique
une bradypnée, une orthopnée, tachypnée
Température $> 38,5$ ou $< 36,5$ et/ou frisson

Si sat $< 90\%$ Instituer une oxygénothérapie au masque ou aux lunettes (3 litres/mn) sauf si insuffisance respiratoire chronique débuter par 1l/mn

APPELER le médecin de la résidence le médecin traitant ou le médecin du 15

En attendant le médecin

Faire un ECG si appareil à disposition
Surveillance de la saturation
Surveillance de la conscience
Surveillance constantes habituelles

9 Saignement de nez (EPISTAXIS)

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Mettre le patient en position ASSISE, en lui maintenant la tête penchée en avant

Faire moucher le résident

PLACER, dans la narine qui saigne de l' Alginate (Type COALGAN^R)

Puis APPUYER SUR L'AILE DU NEZ pendant 5 à 10 mn sans relâcher

En règle, le saignement s'arrête en 3 à 4 minutes

Prendre la tension et le pouls

APPELER l'IDE si le saignement persiste si non le noter dans les transmissions pour le transmettre au médecin traitant

DEMARCHE IDE

Regarder si le patient est sous antiagrégant, AINS ou sous anticoagulant et sortir le dernier INR,

Si le résident présente une pathologie hémorragique connue suivre le protocole spécifique du résident

Si le saignement abondant ou persistant (>10mn) surtout si le patient est sous anticoagulant ou si signes de gravité

Et APPELER le médecin de la résidence , le médecin traitant ou le médecin du 15

Maintenir la pression sur la narine sans enlever la mèche en attendant le médecin

10 Douleurs thoraciques

Il s'agit de douleurs d'apparition brutale, siégeant au niveau du thorax, limité en haut par le cou, en bas par l'abdomen, en arrière par le rachis dorsal, en avant et sur les côtés

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Je recherche des signes de gravité

Je précise les caractéristiques de la douleur

- Heure de début
- ATCD de douleurs identiques
- Douleur qui serre autour de la poitrine
- (= constrictive)
- Propagation de la douleur dans les bras et / ou dans le cou, et / ou dans les mâchoires (Irradiation)
- Notion de traumatisme, choc ou chute, dans les heures qui précèdent l'apparition de la douleur.

Je décris les signes d'accompagnement

Nausée, vomissement, palpitation, sueur, difficulté respiratoire, anxiété
Différence de tension entre les deux bras
Signe de confusion ou troubles du comportement

Appeler l'IDE pour transmettre les informations si l'IDE ne peut pas venir rapidement appeler le 15

DEMARCHE IDE

En cas de signe de gravité, d'ATCD de pathologie coronarienne, ou si la douleur est constrictive ou irradie,

- **appeler le 15 rapidement** en attendant le médecin poser une voie d'abord veineuse avec du G 5 % 500CC
- Si matériel disponible faire un ECG

S'il n'y a aucun de signe de gravité, rechercher des signes en faveur d'une DOULEUR DE PAROI

- Rechercher une notion de traumatisme, de choc ou de chute, dans les heures qui précèdent l'apparition de la douleur
 - Chercher si le patient localise précisément, avec un ou deux doigts, le siège de sa douleur
 - Vérifier si une pression sur cette zone réveille la douleur
 - Chercher un hématome en regard de la zone douloureuse.
- ⇒ Si traumatisme + douleur à la pression et/ou hématome, il s'agit probablement d'une fracture de côte ou d'une contusion musculaire.

Donner 1g de PARACETAMOL et voir si cela soulage la douleur

En cas d'absence de soulagement dans l'heure, ou d'apparition de signes de gravité appeler le 15

En attendant le médecin

- Laisser le résident au **repos** dans son lit semi-assis
- Rechercher les antécédents cardiaques et respiratoires dans le dossier
- Sortir la liste des traitements en cours

11 Douleurs abdominales

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Allonger le résident au calme

Prendre la température

Rechercher des signes de gravité

Rechercher les signes de gravité spécifiques

- vomissement (fécaloïde ,alimentaire ...)à plusieurs reprises (quantité aspect)
- Absence de selles depuis au moins 3 jours
- Diarrhée récente (quantité, fréquence, aspect)
- Dernière miction (rétention d'urine)
- un saignement extériorisé
- teint jaunâtre ou pâleur

Rechercher les éléments associés
cicatrices abdominales, stomie, masse
abdominale
toux ou crachat
agitation ou somnolence

**le résident NE PRÉSENTE AUCUN
DE CES SIGNES :**

Appeler l'infirmière

DEMARCHE IDE

Prendre le pouls et la TA aux deux bras

Vérifier

Si le ventre est dur

Si le ventre est ballonné de manière
inhabituelle

Si la douleur est augmentée quand le patient
tousse

Si il y a une masse abdominale inhabituelle
(hernie...)

Evaluer la présence de signe de douleur
thoracique (fiche douleur thoracique)

**Si le résident NE PRÉSENTE AUCUN SIGNE DE
GRAVITE**

S'il existe une constipation depuis plus de 3
jours (voir fiche constipation)

En l'absence de constipation constatée :

Donner un antispasmodique non
anticholinergique (Type SPASFON LYOC^R)
à renouveler éventuellement jusqu'à 1 fois en
restant vigilant face à l'apparition d'un des
signes décrits ci-dessus, et montrer le patient
au médecin le lendemain matin

Toujours vérifier l'existence d'un protocole
personnalisé sur les douleurs récurrentes si
présent l'appliquer en l'absence de signes de
gravité

**Toute douleur abdominale aigue
non calmé par le traitement dans
les 30mn doit faire APPELER le
médecin de la résidence , le
médecin traitant ou le médecin du
15**

12 Diarrhées

Plus de 4 selles liquides par jour

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Vérifier l'absence de signes de gravité
IL FAUT :

Éviter la DÉSHYDRATATION, en faisant boire.

Noter LA FRÉQUENCE, l'aspect, l'odeur des selles et la TEMPÉRATURE CORPORELLE

Noter ce que le résident a mangé et si il existe un vomissement

Suivre les protocoles d'hygiène
Au delà de 3 cas suivre le protocole toxo-infection alimentaire

-IL NE FAUT PAS :

Donner de Loperamide ou du Diosmectite (smecta) systématiquement.

- NE PAS OUBLIER

➤ Une diarrhée cache souvent un FÉCALOME

APPELER l'IDE si l'un de ces signes existent

DEMARCHE IDE

Éliminer les signes de gravité

Vérifier l'absence de constipation dans les jours précédents.

Vérifier l'aspect des selles : Présence de morceaux durs dans une diarrhée qui confirme l'existence d'un fécalome tenter une extraction fécale si positive cela confirme un fécalome (suivre le protocole constipation)

Noter si le résident vomit et/ou la présence de sang

Vérifier ce que le résident a mangé aux repas de la journée si cela est possible.

Vérifier le traitement (nouveau traitement, antibiotique notamment)

Revérifier la température le pouls et la tension

Si douleurs abdominales suivre la fiche douleur abdominale

Si vomissement suivre la fiche vomissement

LE SIGNALER AU MÉDECIN TRAITANT ou de nuit appeler le lendemain le médecin traitant

Appeler le médecin du 15 si signe de gravité, Fièvre élevée, douleurs abdominales

13 Constipation.

Absence de selle depuis au moins 3 jours

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

IL FAUT :

Eliminer les signes de gravité

Vérifier la fréquence habituelle des selles

Vérifier l'absence de diarrhée dans les jours précédents.

Demander au résident s'il existe une douleur abdominale

Noter un changement de comportement, l'existence de vomissement

Regarder si le résident est habituellement sous laxatif et s'ils ont été pris ou pas

NE PAS OUBLIER

Une constipation est fréquente chez le sujet âgé.

➤ Une diarrhée cache souvent un FÉCALOME

En l'absence de signe de gravité **Appeler l'Infirmière**

DEMARCHE IDE

Regarder s'il existe la mise en route d'un nouveau traitement

Évaluer l'état général. En cas de douleurs abdominales associées mais avec de bonnes constantes et avec un ventre souple
Faire une extraction fécale au doigt si productif

Faire un NORMACOL et voir ce que cela donne

Si le résident est sous laxatifs : il faut voir s'il les prend ou s'il les a arrêtés.

Signaler le lendemain au médecin pour augmenter les doses ou les donner différemment.

Il est également important de bien faire boire le résident, de lui proposer une activité physique régulière et d'enrichir son alimentation en fibre.

Si le résident n'a pas de laxatifs : il faut proposer de lui en donner surtout si le résident en avait avant et qu'ils ont été arrêtés ou si il prend un traitement constipant

Le Signaler au médecin dès le lendemain pour modifier le traitement

Le signaler le lendemain au médecin traitant
Ne pas appeler le médecin du 15 sauf si signe de gravité

14 Vomissement

Emissions d'aliments, de bile, par la bouche, souvent précédés de sensations de malaise et de nausée

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Rechercher les signes de gravité
Présence de sang
Prendre la température

Rechercher si une cause simple peut expliquer:

Toux, fausse route
Constipation, (date des dernières selles) suivre protocole constipation
Repas pris trop rapidement,
Contrariétés psychologiques,
Angoisse,

Appeler l'infirmière en cas de récurrence, de vomissement collectif ou de signes de gravité

DEMARCHE IDE

RECHERCHER SI UNE CAUSE SIMPLE PEUT LES EXPLIQUER

Prise d'un nouveau traitement émetisant,
Fausse route,
Toux
En cas de fécalome suivre le protocole

EN ABSENCE DE SIGNE DE GRAVITE Appeler le médecin traitant le lendemain matin

Poursuivre la surveillance le reste de la nuit
Pouls, tension, température, vomissement, diarrhée.

**En cas de récurrence ou de signe de gravité
APPELER LE 15**

Si signes de gravité
Poser une perfusion de G5% en attendant le médecin

15 Fièvre

Température >38,5

La fièvre est un symptôme courant chez le sujet âgé. Elle peut être isolée ou retardée.

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Tout syndrome fébrile doit être **vérifié**
(Apprécier la température de la pièce et si besoin rafraîchir le résident)
prise de température 30mn après
Si la température est confirmée supérieure à 38,5
Rechercher les signes de gravités

Il faut noter

l'heure de la prise de T° élevée et le mode de prise (rectal, creux axillaire, pli de l'aîne, etc...).

Rechercher les signes associé:

Toux même minime.
Le caractère purulent d'une expectoration jusque là absente
Les apports hydriques des jours précédents.
Douleurs abdominale, diarrhée, troubles mictionnelles, vomissements.
Un mal de tête
Des frissons

Faire boire le plus possible, si résident conscient et pas de fausse route.
Ne pas couvrir le résident, voire, le découvrir.

En l'absence de signe de gravité **Appeler l'Infirmière**

DEMARCHE IDE

Si troubles mictionnelles faire une bandelette urinaire

Vérifier la prise de neuroleptique ou la mise sous antibiotique depuis moins de 48h

Noter l'heure de prise du paracétamol si traitement habituel

L'IDE évaluera au vu du dossier et du traitement en cours et appellera le médecin du 15 la nuit ou le médecin traitant en journée en l'absence de signes de gravité

Appeler le médecin du 15 si signe de gravité

Si signes de gravité
Poser une perfusion de G5%
En attendant le médecin

16 Hémorragie

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Laisser un soignant près du résident et aller chercher le chariot d'urgence

LE RESIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LA BOUCHE :

Mettre le patient en position demi assise au lit ou en décubitus latéral.

LE RESIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR VOIE BASSE (anus, vagin, méat urinaire)
allonger le résident et mettre une protection sèche

En cas de saignement sur fistule artérioveineuse d'un dialysé

Faire un pansement compressif en maintenant longtemps la pression

En présence de signe de gravité ou d'hémorragie abondante
Appeler le 15

En l'absence de signe de gravité ou d'hémorragie de faible abondance Appeler l'IDE

DEMARCHE IDE

Evaluer l'état général du résident

Vérifier la provenance du sang

Vérifier la prise d'anticoagulant ou antiagrégant

LE RESIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LA BOUCHE

En petite quantité qui ressemble plus à des crachats vérifier dans le DLU les ATCD du résident et de ses pathologies en cours
En l'absence d'ATCD et de pathologie en cours rechercher des signes de toux, de douleurs abdominales ou thoracique, de fièvre en l'absence de signes autres
surveiller le résident et signaler le lendemain au médecin traitant

En grande quantité ou en cas d'ATCD identique ou à risque (hémorragie digestive, alcoolisation avec varices oesophagienne, cancer digestif ou pulmonaire etc) et/ou en cas de signes de gravités appel 15
LE RESIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR L'ANUS

Regarder s'il y a une hémorroïde le signaler au médecin le lendemain Mettre de la vaseline

En l'absence d'hémorroïde quantifier la quantité de l'hémorragie si faible le signaler au médecin traitant le lendemain

LE RESIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LE MÉAT URINAIRE

Prévoir un ECBU le lendemain matin.

LE RESIDENT ÉVACUE DU SANG ROUGE PAR LE VAGIN

Après vérification que le sang est bien d'origine vaginale évaluer la quantité pour le signaler le lendemain au médecin traitant.

En cas d'hémorragie importante avec signes de gravité appeler le médecin du 15

En attendant le médecin poser une perfusion intra-veineuse G5% (G16)

17 Plaie

Le vieillissement entraîne un amincissement de la peau qui devient beaucoup plus fragile.

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Un coup, ou une contention, peut entraîner un DÉCOLLEMENT CUTANÉE

avec mise à nu des tissus sous-jacents (graisse – muscle – os).

Il s'agit d'une urgence de soins.

Il suffit de reposer proprement la zone décollée sur la zone à vif, de recouvrir d'un tulle gras, en quadruple épaisseur, d'ajouter de la vaseline

Une chute ou un coup peut entraîner une PLAIE FRANCHE et qui saigne.

Nettoyer au mieux la plaie pour éliminer les débris qui pourraient s'y trouver (terre – graviers – particules de peinture etc...)

Comprimer avec une compresse sèche

La suture devra être faite dans un délai de 6 heures

Un coup peut entraîner le SAIGNEMENT D'UNE VARICE DES MEMBRES INFÉRIEURS :

Allonger le patient en surélevant le membre inférieur. Généralement, cela suffit à stopper le saignement.

Au besoin, appliquer une compresse sèche ou un pansement à base d'ALGINATE.

Après les premier geste d'urgence appeler l'IDE pour évaluation

DEMARCHE IDE

L'infirmière évaluera la situation et fera le pansement adéquate

Vérifier si le vaccin antitétanique est à jour dans le DLU

18 Grosse jambe chaude

Il s'agit d'évaluer une jambe gonflée, plus ou moins rouge, chaude et douloureuse, par comparaison à la jambe opposée.

Ne pas faire :

- Mobiliser le résident.
- Cacher la jambe par une bande ou un bas à varices sans avoir de diagnostic

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

Rechercher les signes de gravité Signes de gravité spécifique :

- Une augmentation de la température corporelle (plus de 38°,5)
- Une désorientation récente.
- Une respiration rapide associée à un cœur rapide.
- Une douleur vive localisée
- Une augmentation de volume par rapport au coté opposé
- Une brutalité d'apparition des troubles (moins de 12 heures)
- Un retour d'hospitalisation.

Signes rassurants :

- Les deux jambes sont grosses
- La douleur est ancienne, stable, chronique.
- La température est normale. (moins de 37°2).
- Ce tableau peut correspondre à plusieurs diagnostics

Appeler l'Infirmière

DEMARCHE IDE

RECHERCHER :

- Si le résident souffre de diabète ou d'insuffisance cardiaque ou bénéficie d'un traitement anticoagulant.
- Si une intervention chirurgicale, un alitement, un traumatisme, un récente a eu lieu.
- Si il existe des ATCD de phlébite
- Si un traitement récent a été entrepris sur le pied ou les ongles.
- Si il existe un ulcère ou une plaie de la jambe

L'ASSOCIATION

Grosse Jambe

et

gêne respiratoire ou dé-saturation

avec

**Un pouls rapide (> 120) ,
Une baisse de TA (<100 de
systolique) ,Une fièvre (>
38°5) Ou Une coloration
rouge ou bleue de la jambe
appel du 15 EN URGENCE**

**En attendant le médecin
pose d'un Glucosé 5 %**

**Dans les autres cas, signalement au
médecin traitant ou coordonnateur
le lendemain**

19 Hypoglycémie

L'hypoglycémie (Glycémie inférieure à 0,6g/l)
C'est une urgence vitale

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

En cas de malaise, chute, agitation, apathie inhabituelle, sueur, palpitation, sensation de faim,

Faire glycémie capillaire si délégation donnée dans l'EHPAD si non appeler IDE pour faire une glycémie capillaire

Si glycémie inférieure à 0,6g/l ou forte présomption d'hypoglycémie

Résident inconscient mettre en PLS et Appeler le 15

Résident conscient resucrage per os
3 morceaux de sucre ou une briquette de jus de fruit puis une banane ou un morceau de pain

Après le premier geste d'urgence appeler l'IDE pour évaluation

DEMARCHE IDE

En l'absence de trouble de la conscience ou de trouble digestif limitant les prises alimentaires

Resucrage per os

3 morceaux de sucre ou une briquette de jus de fruit puis une banane ou un morceau de pain

En cas de trouble de la conscience

IVD de 2 ampoules de G 30% et pose d'une voie d'abord avec du G 10% idéalement ou du G5%

Si voie d'abord impossible et patient diabétique vérifier si protocole personnalisé

Si absence de protocole faire du GLUCAGEN 1mg IM ou SC
et appeler le 15

Dans tous les cas vérifier

la température,
la présence de signes infectieux toux, brûlures mictionnelles etc,
prise des traitements et de l'alimentation

Le lendemain signaler le patient au médecin traitant pour réévaluation du traitement

20 Surdosage en AVK

Devant un saignement chez un résident sous AVK

DEMARCHE AIDE SOIGNANT

En cas de saignement extériorisé, de chute avec ou sans hématome chez un résident sous AVK

**Après les premier geste d'urgence
Si signe de gravité appeler le 15**

**En l'absence de signe de gravité
appeler l'IDE pour évaluation**

DEMARCHE IDE

Ne pas donner l'AVK si l'INR demandé n'est pas revenu
En cas de retour tardif de l'INR médecin injoignable

Surdosage asymptomatique

En l'absence de protocole individuel

INR<4	Pas de saut de prise Pas d'apport en Vit K
4<INR<6	Saut d'une prise Pas d'apport en Vit K
6<INR<10	Arrêt du traitement Appeler le médecin du 15 pour mettre 1 à 2 mg de Vit K per os (1/2 à 1 ampoule buvable pédiatrique)
INR>10	Arrêt du traitement Appeler le médecin du 15 pour mettre 5mg de Vit K (1/2 à 1 ampoule buvable forme adulte) mettre en place une surveillance pour la nuit

Contrôler l'INR le lendemain et rappeler le médecin traitant le lendemain

Surdosage symptomatique

**En cas d'hémorragie grave
de Traumatisme crânien
ou de signe de gravités
appeler le 15**

En cas d'hémorragie sans signe de gravité,
peu abondante ou rapidement contrôlé
par des gestes simples
garder le résident sur site et surveiller le toute les
2h prévoir un dosage de l'INR le lendemain

ANNEXE 3

LISTE DES ÉTUDIANTS

Numéro de fiche	Titre de fiche	Étudiant en charge de la fiche
0	SITUATION INHABITUELLE	D ^r Nanamoudou CONDE
0 bis	ETHIQUE	D ^r Michèle CHEBBOUBI
1	AGITATION	D ^r Marie SOULIAC
2	TC	D ^r Michael LECOMTE
3	CHUTE	D ^r Hasina Harimirantsoa RAZAFINDRALAMBO D ^r Samuel BORDEAUX D ^r Claire TROTEL
4	PERTE CONNAISSANCE	D ^r Raouf LAMMARI D ^r Jacques RIGLET
5	AVC	D ^r Michael LECOMTE D ^r Christophe JEAN
6	CEPHALÉE	D ^r Delphine MUNSCHI
7	ASPHYXIE	D ^r Jean-Francois HENNERESSE
8	DYSPNÉE	
9	EPISTAXIS	D ^r Jean-Francois HENNERESSE
10	DOULEUR THORACIQUE	Dr Claire DUTREY-DUPAGNE
11	DOULEUR ABDO	Dr Elisabeth CHORRIN-CAGNAT
12	DIARRHÉE	D ^r Sorina VOLENTIR
13	CONSTIPATION	D ^r Sorina VOLENTIR
14	VOMISSEMENT	D ^r Sorina VOLENTIR
15	FIEVRE	D ^r Hasina Harimirantsoa RAZAFINDRALAMBO D ^r Samuel BORDEAUX D ^r Claire TROTEL
16	HEMORRAGIE	D ^r Hasina Harimirantsoa RAZAFINDRALAMBO D ^r Samuel BORDEAUX D ^r Claire TROTEL
17	PLAIE	D ^r Mustafa GOKPINAR
18	GROSSE JAMBE	D ^r Pierre GALLIAN
19	HYPOGLYCEME	D ^r Antoine BOSSELET
20	AVK	D ^r Elisabeth CHORRIN-CAGNAT

ANNEXE 4

LISTE DES EHPAD

STRUCTURE	COMMUNE	NBRE DE PLACES
SSIAD EPINAD	Soisy sous Montmorency	
Les Tilleuls	Eaubonne	104
Le Boisquillon	Soisy sous Montmorency	92
Richilde	Groslay	104
Verdi	Mandres les Roses	77
Les Pastoureaux	Valenton	76
Saint Pierre	Villecresnes	82
Les Ormes	Montfermeil	53
Emile Gérard	Livry-Gargan	240
Gaston et Paule Simon	Montfermeil	70
Sainte Emilie	Clamart	204
Bel Air	Clamart	100
Erable Argenté	Clamart	110
Les Magnolias	Ballainvilliers	59
Forêt de Sequigny	Sainte Geneviève des Bois	90
File Etoupe	Monthléry	94
Le Breuil	Epinay sur Orge	84
CH de Rambouillet	Rambouillet	160
Les Eaux Vives	Saint Rémy Les Chevreuses	86
Le Fort Manoir	Mesnil Saint Denis	71
CH de Fontainebleau	Fontainebleau	240
Mahurin Fouquet	Samois sur Seine	72
Les Brullys	Vulaines sur Seine	92

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE INTERNET

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Mesdames, messieurs, comme vous le savez, vous participez à une évaluation des apports de la présence mutualisée d'IDE la nuit en Ehpad dans la région île de France.

A chaque fois que vous utiliserez pour la première fois une fiche, vous devrez alors vous connecter sur internet puis remplir le questionnaire correspondant à la fiche utilisée et ce tant que durera l'étude. La fin de celle ci vous sera notifiée par votre médecin coordonnateur.

En cas de problème, n'hésitez pas à contacter votre médecin coordonnateur qui, si il le souhaite, se mettra directement en rapport avec le responsable de l'étude.

En vous remerciant par avance.

[Continuer »](#)

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

*Obligatoire

Oui, j'ai eu l'occasion d'utiliser les fiches de protocole d'urgence

Vous avez utilisé une fiche du protocole, mais laquelle ? *

Sélectionnez la fiche utilisée

- ☐ Fiche 0 : Situations d'urgence
- ☐ Fiche 0 bis : Protocole éthique
- ☐ Fiche 1 : Agitation
- ☐ Fiche 2 : Traumatisme crânien
- ☐ Fiche 3 : Chute
- ☐ Fiche 4 : Perte de connaissance
- ☐ Fiche 5 : Suspicion d'AVC
- ☐ Fiche 6 : Mal de tête, céphalée aiguë
- ☐ Fiche 7 : Asphyxie
- ☐ Fiche 8 : Dyspnée
- ☐ Fiche 9 : Epistaxis
- ☐ Fiche 10 : Douleur thoracique
- ☐ Fiche 11 : Douleur abdominale
- ☐ Fiche 12 : Diarrhée
- ☐ Fiche 13 : Constipation
- ☐ Fiche 14 : Vomissement
- ☐ Fiche 15 : Fièvre
- ☐ Fiche 16 : Hémorragie
- ☐ Fiche 17 : Grosse jambe
- ☐ Fiche 18 : Plaie
- ☐ Fiche 19 : Hypoglycémie
- ☐ Fiche 20 : Surdosage en AVK
- ☐

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 0 : Situations d'urgence

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 0 bis : Protocole éthique

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 1 : Agitation

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t'elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 2 : Traumatisme crânien

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 3 : Chute

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t'elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 4 : Perte de connaissance

Vous a-t-elle aidé ?

☐ Oui

☐ Non

Etait-elle claire ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

☐ Oui

☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

☐ Oui

☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 5 : Suspicion d'AVC

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 6 : Mal de tête, céphalée aigue

Vous a-t-elle aidé ?

☐ Oui

☐ Non

Etait-elle claire ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

☐ Oui

☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

☐ Oui

☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 7 : Asphyxie

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 8 : Dyspnée

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 9 : Epistaxis

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 10 : Douleur thoracique

Vous a-t-elle aidé ?

☐ Oui

☐ Non

Etait-elle claire ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

☐ Oui

☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

☐ Oui

☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 11 : Douleur abdominale

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 12 : Diarrhée

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t'elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 13 : Constipation

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t'elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 14 : Vomissement

Vous a-t-elle aidé ?

☐ Oui

☐ Non

Etait-elle claire ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

☐ Oui

☐ Non

Son utilisation a t'elle modifié votre pratique ?

☐ Oui

☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 15 : Fièvre

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 16 : Hémorragie

Vous a-t-elle aidé ?

☐ Oui

☐ Non

Etait-elle claire ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

☐ Oui

☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

☐ Oui

☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 17 : Grosse jambe

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 18 : Plaie

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 19 : Hypoglycémie

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t'elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

Fiche 20 : Surdosage en AVK

Vous a-t-elle aidé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Etait-elle claire ?

- ☐ Oui
☐ Non

A-t-elle évité une hospitalisation ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Etait-elle rassurante ?

- ☐ Oui
☐ Non

Son utilisation a t-elle modifié votre pratique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous des critiques, des remarques, des améliorations à proposer ?

« Retour

Continuer »

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par


[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ACCEPTABILITÉ ET PERTINENCE DES FICHES DE PROTOCOLE D'URGENCE

[Modifier ce formulaire](#)

***Obligatoire**

Nous vous rappelons qu'il faudra renseigner un nouveau questionnaire si vous avez utilisé une autre fiche du protocole d'urgence.

D'autres remarques ?

Nom de l'Ehpad *

Nom de la personne ayant rempli la fiche *

Fonction de la personne ayant rempli la fiche *

- ☐ Infirmière
- ☐ Aide Soignante
- ☐ Faisant fonction d'Aide Soignante
- ☐ Agent de Service
- ☐ Autre

« Retour

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via l'outil Formulaires Google.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par



[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

RÉSUMÉ - MOT CLÉS

«Il n'est pas obligatoire d'avoir une infirmière diplômée d'état (IDE) la nuit dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La permanence soignante de nuit est alors assurée par des aides-soignantes (AS) diplômées.

En l'absence d'IDE, l'urgence la nuit aboutit fréquemment à une hospitalisation via les urgences, ce qui constitue un facteur de mauvais pronostic chez la personne âgée dépendante.

De ce fait, l'ARS d'Ile de France a mis en place une expérimentation s'appuyant sur la création d'un poste infirmier mobile de nuit mutualisé entre 3 établissements géographiquement proches.

Pour ce qui concerne la gestion des urgences, il a été proposé d'élaborer des fiches de conduite à tenir permettant d'homogénéiser la réponse apportée à une telle situation et couvrant le champ des urgences les plus fréquentes et les plus graves. Vingt et une fiches ont été nécessaires, chacune comportant un volet AS et un volet IDE. Deux fiches définissent les signes de gravité à détecter dans toute situation et aident à décider du degré de soins souhaitable afin d'éviter au maximum l'obstination thérapeutique déraisonnable.

L'évaluation qualitative de l'expérimentation se fait sous la forme d'un questionnaire mis en ligne sur Internet pour être rempli par les AS et les IDE de nuit à chaque fois qu'elles utiliseront un nouveau protocole d'urgence. Leurs commentaires critiques permettront de juger de l'adéquation des fiches aux situations d'urgences et de les perfectionner.

Ce mémoire recueille les fiches du livret de protocoles d'urgence destinés aux AS et aux IDE avec une bibliographie commentée et présente le questionnaire d'évaluation mis en ligne.

Mots clés : Ehpad urgence protocole»