

Permanence des soins médicaux dans les EHPAD du CH SUD GIRONDE

Date de mise en ligne :
Version : E 11 SEP 2025
Champ d'application : EHPAD
CH Sud Gironde

TABLEAU DES EVOLUTIONS

N° version	Date de création / MAJ	Prochaine évaluation	Motifs
A	10/2005		Création
B	07/2008		Ajout de la conduite à tenir en cas de décès
C	01/2013		Actualisation
D	2019		Modification totale du protocole
E	06/2025	06/2029	Révision du document

Rédacteur :

Dr Marie-Ange FORQUET de DORNE, Médecin Coordonnateur







Relecteurs :

Manon LHERITIER, Faisant fonction Cadre de pôle des EHPAD du Sud-Gironde

Coraline TOURET, Responsable du parcours et de la qualité - Filières SMR et médico-sociale

Rouhra SELLI, Cadre de santé

TABLEAU DES SIGNATURES

Rédacteur :	Référents :	Vérificateur :	Approbateur :
Dr Marie-Ange FORQUET de DORNE Médecin Coordonnateur 	Dr Jean-Michel ROUCHES Chef de pôle "Grand Age" Coraline TOURET Responsable du parcours et de la qualité - Filières SMR et médico-sociale Bertrand FERRE Coordonnateur filière sanitaire - EHPAD   	Blandine TOITOT Coordinatrice générale des soins - Directrice QGRIAS 	Aurélie MOREL Directrice Déléguée 

1. OBJET

Décrire la conduite à tenir en cas d'urgence vitale, d'urgence, et de nécessité d'une visite médicale urgente ou non urgente.

Ce protocole doit être appliqué par les IDE, les AS de nuit, et le médecin coordonnateur des EHPAD.

2. DÉFINITIONS

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

TA : Tension Artérielle

3. CONTENU

- Quatre situations :

A. URGENCES VITALES

B. URGENCES

C. VISITES MÉDICALES

a. Urgentes

b. Non urgentes

Selon les critères de ces 4 situations, la conduite à tenir n'est pas la même (voir descriptif ci-après).

- Le **DLU** (dossier de liaison d'urgence) est à joindre systématiquement pour toutes les situations à risque d'hospitalisation.
- Le **médecin traitant** même s'il n'a pas été sollicité dans les situations d'urgence, doit être prévenu dès que possible, de même que la **famille** ou le **tuteur**.

A. URGENCES VITALES

En dehors des situations de fin de vie accompagnée ou de soins palliatifs ou de directives anticipées précisant dans le PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) qu'aucune réanimation n'est souhaitée.

a. Conduite à tenir

EN SITUATION D'URGENCE VITALE

Quelle que soit l'heure, le jour, la nuit : Composer à partir d'une ligne de l'EHPAD le (0) 15

Cet appel doit être fait immédiatement par le personnel présent (même sans avis médical).

DANS LE MÊME TEMPS : Aller chercher le chariot d'urgence ET le défibrillateur.

EHPAD Val de Brion :

- Le chariot est dans la salle de soins IDE
- Le défibrillateur est dans son casier accroché sur le mur du couloir près de la salle de kiné

EHPAD de La Réole :

- Le défibrillateur est sur le chariot d'urgence, dans la salle de soins IDE en rez-de-chaussée.

Les CONDUITES À TENIR en termes de premiers soins, ne doivent pas retarder l'APPEL.

b. PRINCIPALES SITUATIONS D'URGENCES VITALES

➤ ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE (perte de connaissance, pouls carotidien imprenable) :

Les soins donnés au résident par les personnes présentes en attendant le SMUR sont :

- Allonger le résident sur le dos et sur un plan dur
- Donner un coup sec avec le plat de la main sur le sternum (cela fait parfois repartir le cœur)
- Faire un massage cardiaque si l'on sait le faire et ventiler (bouche à bouche ou masque)
- Poser le plus vite possible le défibrillateur et suivre les consignes dictées par l'appareil (toute personne doit l'utiliser : ne pas perdre de temps à chercher l'IDE ou l'AS pour l'utiliser)
- Mettre le masque ambu avec ballon. Brancher l'oxygène de l'obus dès que possible.

➤ ARRÊT OU DÉTRESSE RESPIRATOIRE (malaise, perte de connaissance, apnée) :

- Vérifier que le pouls est présent (pas d'arrêt cardiaque)
- Faire la manœuvre de Heimlich s'il y a eu fausse route (la faire plusieurs fois si besoin)
- Désobstruer les voies aériennes (aliments, appareil dentaire), balancer la tête en arrière le plus possible et prendre le ballon du chariot d'urgence. Brancher l'oxygène dès que possible mais ne pas attendre l'obus pour commencer à ventiler en air ambiant avec l'ambu (fixer le rythme sur sa propre respiration).

➤ PERTE DE CONNAISSANCE

Pour des malaises transitoires connus (vagueux, psychiatriques, épileptiques, hypoglycémiques...) ayant leurs propres protocoles ou prescriptions anticipées, ne les considérer comme urgence vitale que s'il n'y a aucun effet des prescriptions anticipées ou que la perte de connaissance est inhabituelle.

- Vérifier que le pouls est présent (pas d'arrêt cardiaque)
- Vérifier que la respiration est présente (pas d'arrêt respiratoire)
- Allonger le résident en position latérale de sécurité
- Faire apporter le chariot d'urgence, ventiler au ballon avec oxygène en attendant les secours
- Noter l'heure de la perte de connaissance, le dextro, les pulsations, la température, la tension artérielle
- Attention lors des mobilisations (une perte de connaissance peut entraîner une chute et des fractures ou lésions)

➤ ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE

Chez un épileptique connu ayant des prescriptions anticipées, on ne doit le considérer comme une urgence vitale qu'en cas d'échec du traitement.

Ce sont des clonies avec perte de connaissance sans amélioration dans le temps

- Allonger le résident en position latérale de sécurité
- Ventiler au ballon avec l'oxygène en attendant les secours
- Noter l'heure de la perte de connaissance, le dextro, les pulsations, la température, la tension artérielle
- Attention lors des mobilisations (une perte de connaissance peut entraîner une chute et des fractures ou lésions)

➤ HÉMORRAGIES

Extériorisation de sang (appareil digestif, appareil respiratoire, plaie) en quantité importante

- Mettre le résident sur un plan dur
- Comprimer la plaie si possible longtemps, jusqu'à l'arrivée des secours avec un linge et le poing (attention si c'est au niveau du cou de ne pas gêner la respiration)
- Prendre les constantes : pouls, tension artérielle, température
- Si c'est une hémorragie digestive haute : position semi-assise (sauf si la tension artérielle est basse)
- Si l'IDE est présente, poser une voie veineuse périphérique avec du Restorvol (macromolécules) débit important à réguler en fonction de la TA.

B. URGENCES

En dehors des situations de fin de vie accompagnée ou de soins palliatifs ou de directives anticipées précisant dans le PAP qu'aucune prise en charge n'est souhaitée pour certains cas.

a. Conduite à tenir

EN SITUATION D'URGENCE

Quelle que soit l'heure, le jour, la nuit : Composer à partir d'une ligne de l'EHPAD le (0) 15

Cet appel doit être fait immédiatement par IDE ou AS la nuit sans avis médical préalable.

Prévenir le médecin traitant dès que possible.

b. PRINCIPALES SITUATIONS D'URGENCES

➤ SUSPICION D'AVC

➤ SUSPICION DE LÉSION OSTÉO-ARTICULAIRE, PLAIES À SUTURER, TRAUMA CRÂNIEN CHEZ UN RESIDENT SOUS ANTICOAGULANT

Avec ou sans contexte de traumatisme : impotence, douleur, déformation d'apparition soudaine

En attendant : ne pas mobiliser la zone suspecte, installer le mieux possible, prendre les constantes, ne pas faire boire ni alimenter.

➤ MALAISES

1. PERTE DE CONNAISSANCE TRANSITOIRE (AIT, trouble du rythme cardiaque...)

2. ETAT INFECTIEUX MAL TOLERE : tirage respiratoire, désaturation, déshydratation profonde avec troubles de la conscience

➤ SUSPICION D'INFARCTUS DU MYOCARDE

➤ SYNDROME DIGESTIF HYPERALGIQUE

Associé ou non à la fièvre, risque de pancréatite, péritonite, infarctus du mésentère, dissection aortique, pyélonéphrite, occlusion ou sub-occlusion...

➤ ETAT CONFUSIONNEL

Après avoir éliminé un fécalome, une rétention aigüe d'urine, un état infectieux banal ou un surdosage médicamenteux

➤ URGENCE PSYCHIATRIQUE

Risque suicidaire, violences (auto et hétéro-agressivité), crise clastique

C.VISITES MEDICALES / semaine, week-end, jour, nuit

a. Visite médicale urgente (à voir dans la journée)

Exemples : Fièvre, état infectieux aigu, douleur inhabituelle ou non calmée par les traitements habituels, altération de l'état général rapide, signes de déshydratation, décompensation aiguë de pathologie chronique connue (dyspnée de l'insuffisant cardiaque, syndrome digestif, poussée hypertensive...), variation des troubles chroniques du comportement (en dehors de l'état confusionnel qui est une urgence)

➔ **EN SEMAINE : APPELER LE MEDECIN TRAITANT (AVANT 10 H DE PREFERENCE)**

L'IDE trace dans le dossier du résident le jour et l'heure de l'appel **ET** la réponse donnée.
Elle doit préciser que le résident **doit être vu impérativement dans la journée**.
Prévenir le médecin coordonnateur en cas de problème.

➔ **En dehors des temps de travail du médecin traitant (Fériés, week-ends, nuits) : APPELER LE (0)15**

b. Visite médicale non urgente

➔ Dans les 72 h

Lors de l'admission d'un résident à l'EHPAD, pour le suivi d'un épisode aigu ou lors des retours d'examens, d'hospitalisation, suivi des plaies, adaptation de traitement, visites de synthèse étiologique ou d'annonce diagnostique, bilans de chutes, de rectorragies minimes, de dyspepsie...

➔ Dans la semaine

Suivi trimestriel, renouvellement et ajustement des traitements...

Traçabilité des appels

L'IDE ou l'AS écrit dans le dossier du résident et dans l'agenda : date, heure, nom du médecin appelé et raison de l'appel + nom de l'IDE ou de l'AS qui appelle + REPONSE donnée et CAT ou RV donné (date et créneau horaire).

Le constat de décès

Il ne s'agit pas d'une urgence. Cela relève des compétences du médecin traitant, le médecin constatant le décès **DOIT LE DECLARER EN LIGNE** et pour ce faire être docteur en médecine (un interne de l'hôpital ou de médecine générale en stage chez le médecin traitant, ne peuvent pas le faire).

Chaque médecin a son accès personnel. L'ouverture de la ligne se fait par intranet, sur l'écran d'accueil « déclaration en ligne ».

APPELER LE MEDECIN TRAITANT

Si le médecin traitant n'est pas joignable : appeler le (0)15. La régulation adressera un médecin de garde pour le constat du décès.

Remarques :

- **Pour une hospitalisation à programmer** dans un service de MCO, **le médecin traitant est le seul interlocuteur du médecin du service** dans lequel il souhaite faire admettre son patient.

Les IDE préparent l'admission (transport, DLU, ordonnance) mais, même à la demande du médecin traitant, n'appelleront les services que pour organiser le transfert déjà calé par le médecin traitant, jamais pour le demander.

- **Pour une hospitalisation relativement urgente** et pour **favoriser les filières courtes** le médecin traitant est là encore **le seul interlocuteur** du médecin du service auquel il adresse son patient. Si le médecin traitant n'était pas joignable et en accord avec le décret du statut de médecin coordonnateur, ce dernier s'il est dans l'établissement, peut intervenir pour organiser une hospitalisation et aussi prescrire des examens ou des traitements pour 24 à 48 h avant de prévenir le médecin traitant dès que possible. Cependant, le médecin coordonnateur ne peut en aucun cas assurer le remplacement des médecins traitants, ni se substituer à eux.

4. DOCUMENTS ASSOCIES

Néant

5. RESPONSABILITES

Le Chef de pôle "Grand Age",
Le Médecin coordonnateur des EHPAD,
Le Coordonnateur filière sanitaire et des EHPAD,
Sont chargés de la bonne application de ce protocole.

6. EVALUATION

Prochaine évaluation du protocole J1-PRT-011-SG N°E : 06 2029

(Le cas échéant, avant, si des évolutions réglementaires ou des modifications de pratiques le nécessitent).

Annexe –

Schémas synthétiques pour la prise en charge des urgences vitales immédiates, urgences, et pour la nécessité d'une visite médicale urgente ou non urgente

