REGEHVO

Réseau gérontologique des Hautes-Vosges

« Groupe de Travail Urgences – EHPAD »
2015-2016

ANNUAIRE
des
ETABLISSEMENTS MEDICO SOCIAUX et SANITAIRES
du
TERRITOIRE REMIREMONT ET VALLEES et proximité

PREAMBULE

Ce document a été établi par le groupe de travail « Urgences –EHPAD* » 2015-2016 du REGEHVO, Réseau de Gérontologie des Hautes Vosges. Il s'agit d'une réactualisation du travail effectué par le groupe « Urgences-EHPAD » de 2009-2010.

Le groupe s'est réuni de septembre 2015 à juin 2016 pour travailler sur différentes problématiques touchant l'interface entre les EHPAD et le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Remiremont, dans l'objectif :

-d'améliorer la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD, amenées soit à être orientées vers les Urgences soit à retourner des Urgences vers les EHPAD

-d'obtenir pour chacun des intervenants une meilleure connaissance des fonctionnements des différents lieux de soins et de vie.

Le groupe de travail a souhaité réactualiser les informations destinées aux médecins urgentistes au sujet du fonctionnement et des possibilités techniques et humaines des EHPAD afin de combler le manque d'informations concrètes concernant les nombreux et divers établissements du territoire, principaux partenaires dans la prise en charge de la personne âgée résidant en institution.

Ce document est également adressé aux établissements du territoire, adhérents ou non du REGEHVO pour une meilleure connaissance mutuelle inter établissements.

Par ailleurs quelques documents « mémo » ont été joints tels que par exemple les compétences de l'aide soignante en EHPAD, La liste des médicaments d'urgence souhaités en EHPAD pour harmoniser les médicaments disponibles à la prescription des urgentistes, l'ensemble des fiches relues par le groupe de travail « Conduite à Tenir pour les aide soignantes de nuit et infirmières en EHPAD »… et bien d'autres documents (soins palliatifs, aide à l'anticipation de décisions médicales, etc…)
Le groupe remercie à ce sujet les auteurs concernant les documents dont ils se sont inspirés ou dont ils ont adopté l'usage.

Le document sera également accessible sur le site internet du réseau : www.regehvo.fr

*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

QUELQUES PRECISIONS UTILES

AS : Aide soignante
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FLU : Fiche de liaison d'Urgence
IDE : Infirmière Diplôme d'Etat
REGEHVO : Réseau de Gérontologie des Hautes Vosges
SAU : Service d'Accueil des Urgences

SOMMAIRE

Préambule page 2
Quelques précisions utiles page 3
Sommaire page 4
Etablissements par ordre alphabétique de commune page 5
Etablissements par ordre alphabétique nominatif page 6
Etablissements page 7 et suivantes
Les compétences de l'aide soignante page 28
Liste des médicaments d'urgence en EHPAD page 29
Fiche d'appel au centre 15 et médigarde : « fiche action face à une urgence » page 30
Conduites à Tenir : Fiches pratiques page 32 et suivantes
Fiches spécifiques Soins Palliatifs page 61 et suivantes
Directives Anticipées Personne de Confiance page 65 et suivantes
Accompagnement de Fin de Vie Check list page 76
Outil d'aide à l'anticipation de décisions médicales page 77 et suivantes

ETABLISSEMENTS PAR ORDRE ALPHABETIQUE DE COMMUNE

BAINS LES BAINS	« Sentiers d'Automne »	page	7
BUSSANG	« Hôpital Local »	page	8
CORNIMONT	« Résidence Le Couarôge et les Myrtilles »	page	9
ELOYES	« Maison de Retraite d'Eloyes »	page	10
GERARDMER	« Clair Logis et Forgotte »	page	11
LA BRESSE	« La Clairie »	page	13
LE THILLOT	« Hôpital Local »	page	14
LE THILLOT	« Les Tilleuls »	page	15
LE VAL D'AJOL	« Résidence Le Val de Joye »	page	16
PLOMBIERES	« Résidence le Clos des Ecureuils »	page	18
REMIREMONT	« L'Accueil »	page	20
REMIREMONT	« Le Chatelet »	page	21
REMIREMONT	« Résidence Léon Werth »	page	22
SAINT ETIENNE LES REMIREMONT	« Home Fleuri »	page	23
SAINT MAURICE SUR MOSELLE	« Résidence Antoine »	page	24
SAULXURES SUR MOSELOTTE	« Les Saules »	page	25
VAGNEY	« Le Solem »	page	26
XERTIGNY	« Saint André »	page	27

ETABLISSEMENT PAR ORDRE ALPHABETIQUE NOMINATIF

Accueil **REMIREMONT**	page	20
Antoine **SAINT MAURICE SUR MOSELLE**	page	24
Chatelet **REMIREMONT**	page	21
Clair Logis et Forgotte **GERARDMER**	page	11
Clairie **LA BRESSE**	page	13
Clos des Ecureuils **PLOMBIERES**	page	18
Couarôge et Myrtilles **CORNIMONT**	page	9
Home Fleuri **SAINT ETIENNE LES REMIREMONT**	page	23
Hôpital Local **BUSSANG**	page	8
Hôpital Local **LE THILLOT**	page	14
Léon Werth **REMIREMONT**	page	22
Maison de Retraite **ELOYES**	page	10
Saint André **XERTIGNY**	page	27
Saules **SAULXURES SUR MOSELOTTE**	page	25
Sentiers d'Automne **BAINS LES BAINS**	page	7
Solem **VAGNEY**	page	26
Tilleuls **LE THILLOT**	page	15
Val de Joye **VAL D'AJOL**	page	16

BAINS-LES-BAINS EHPAD « SENTIERS D'AUTOMNE »

Adresse : 50 rue du Chesnois -88240 BAINS LES BAINS
Tél : 03 29 36 32 28
Adresse mèl : Ehpadbains@orange.fr

Directeur : Daniel PICARD

Cadre de Santé : Guylaine VILMAIN

Médecin coordonnateur : Dr Sonia PLACIDE JOS

Médecins traitants : Dr Daniel BRESSON – Dr Jean-François HECKEL – Dr Lydie PRUNIER – Dr Pierre LECOANET

Capacité d'accueil : 54 résidents dont une Unité de Vie Protégée

Description :
54 Chambres individuelles

Présence du personnel :
IDE avec une couverture de 7 h à 19 h30
Aide Soignante 24h/24
La Nuit : 1 AS 1ASH

Permanence médicale :
Médigarde, SAMU

Dossier de soins informatique utilisé : NETSOINS
Ou si non dossier papier

Matériels spécifiques disponibles sur l'EHPAD :

Concentrateur O^2 et générateur d'aérosols sur prescription médicale
Saturomètre

Pharmacie : de ville : Pharmacie DEGOT

BUSSANG - « HOPITAL LOCAL »
Centre Hospitalier de la Haute Vallée de la Moselle (CHHVM)

Adresse : 3 rue Lutenbacher 88540 BUSSANG
Tél : 03/29/61/50/40
Fax : 03/29/61/53/85
Adresse mail : hopital-local.bussang@wanadoo.fr

Directeur du Centre Hospitalier de la Haute Vallée de la Moselle : Monsieur CLAUDON Richard
Cadre supérieur de Santé Paramédical: Mme MENNEZIN Véronique

Responsable du site Bussang: Quentin VAN DE WOESTYNE
Cadres de santé :
EHPAD : Mme SAVOY Christine
SSR : Mme BERTRAND Isabelle

Description : Accueil de personnes âgées plus ou moins dépendantes de plus de 60 ans
Service de Soins et de Rééducation

Présence médicale :

- **Médecins coordonnateurs :**

EHPAD : M. LAMAZE Emmanuel
SSR : M. JEANPIERRE Alain

- **Médecins traitants :**
  Dr AMOGLY Savioche – Dr CHEVALIER Nicolas- Dr CLERGET Jean-Paul
  Dr GUEIB Jean-Michel – Dr JEANPIERRE Alain –Dr JUPIN Daniel
  Mr et Mme les Dr SCHLIENGER Joëlle et Claude –Dr VIALTEL Éloïse

Capacité d'accueil : 154 lits dont :

- 126 d'EHPAD
- 13 lits d'UVP d'hébergement permanent + 2 accueils de jour
- (8 lits de SSR polyvalent)

Présence du personnel : 1 IDE H 24 + 2 AS de nuit

Dossier de soins utilisé : Solware

Matériels spécifiques et surveillances possibles:

- Oxygénothérapie, aérosolthérapie
- Pompes à nutrition
- 1 chariot d'urgence
- 1 défibrillateur semi-automatique
- Surveillance de perfusions sous-cutanées et périphériques, chambres implantables
- Matériel d'aspiration trachéale

Pharmacie :
Pharmacie à usage interne du lundi au vendredi
Dotation pour besoins urgents

CORNIMONT « LE COUAROGE ET LES MYRTILLES »
Résidence d'Accueil et de Soins EHPAD

Adresse : 8, rue de Cherménil – 88310 CORNIMONT
Tél : 03.29.24.11.12 **Fax** : 03.29.24.19.11
Adresse mèl : direction@le-couaroge.fr

2 Sites : Les Myrtilles, 51 lits et Le Couarôge 115 lits.

Directeur :
Madame VINEL Sophie

Cadre de Santé :
Madame AME Béatrice

Médecin coordonnateur :
Docteur GEHIN Etienne

Médecins traitants :
Dr LEROY – Dr HOFGARTNER – Dr SANNER – Dr MENIERE – Dr CLAUDE – Dr PRENDKI – Dr ROYER – Dr ARNOULD – Dr LEMESLE

Capacité d'accueil :
166 lits dont 2 temporaires, dont une Unité de Vie Protégée Alzheimer de 12 lits, 55 places sur le bâtiment les Myrtilles

Description :
154 chambres individuelles
6 chambres à 2 lits

Présence du personnel :
3 IDE de 7h00 à 19h00, dont 1 sur le site des Myrtilles
La nuit :3 AS + 1 ASH dont 1 AS + ASH sur le site des Myrtilles

Permanence médicale :
Intervention des médecins traitants sur appel, Médigarde en dehors des heures de consultation des médecins.

Dossier de soins informatique utilisé :
TITAN

Matériels spécifiques disponibles:
Obus d'O2 (5) et extracteur
Pompes à nutrition
Aspiration trachéale
Appareil à aérosol
Saturomètre

Pharmacie :
Pas de PUI, pharmacies libérales
Dotation pour besoins urgents
Valise d'urgence

ELOYES - EHPAD « MAISON DE RETRAITE D' ELOYES »

Adresse : 13, rue Charles de Gaulle – 88 ELOYES
Tél : 03.29.32.40.32
Adresse mèl : maisonderetraite.eloyes@wanadoo.fr

Directeur :
Monsieur ROMARY Etienne

Cadre de Santé :
Mme TALLACHINI – Infirmière coordonnatrice

Médecin coordonnateur :
Docteur OSNOWYCZ

Médecins traitants :
Dr COTTET – Dr CAPRON – Dr ALEXANDRE – Dr BRONNER – Dr COUVAL-PATTERNOTTE

Capacité d'accueil :
94 résidents permanents dont 12 en Unité de Vie Protégée Alzheimer
4 places d'hébergements temporaire dont deux en Unité de Vie Protégée

Description :
Chambres individuelles
Trois secteurs architecturaux dont un secteur EHPAD sur 2 niveaux et un secteur UVP au RDC
PAS D'OXYGENE MURAL

Présence du personnel :
1 IDE de 6h30 à 21h00
Les WE et Jours Fériés 1 IDE en 7h30-12h00 et 14h00 -19h30
1 AS de 6h30 à 21h00 tous les jours
La nuit : 1 AS de 20h45 à 6h45 et 1 ASH de 21h à 7h PLUS DISPOSITIF EXPERIMENTAL de Présence **infirmière mutualisée sur 4 EHPAD joignable au tél .06 43 44 64 30** (Eloyes, Chatelet Remiremont, Accueil Remiremont, Home Fleuri St Etienne les Remiremont)
1 AS et 1 ASH de 21h à 7 h

Permanence médicale :
Médecins traitants disponibles du lundi au samedi matini
Médecin coordonnateur : 2 jours par semaine lundi et mardi
Médigarde

Dossier de soins informatique utilisé :
Logiciel SolwarePSI

Matériels spécifiques :
Extracteur d'oxygène individualisé sur prescription, Obus d'oxygène 1 m3
Rails de transfert

Pharmacie : pharmacie libérale

Partenariat : HAD remiremont, Equipe Mobile de Soins Palliatifs de Gérardmer, CMPPA

GERARDMER EHPAD « CLAIR LOGIS ET FORGOTTE »

Adresse : 22, Boulevard Kelsch – 88400 GERARDMER
Tél : 03.29.60.29.60
Accueil EHPAD: 03 29 60 29 90
Adresse mèl : -De la cadre de santé : annie.henzler@ch-gerardmer.fr
-De l'accueil : accueil.ehpad@ch-gerardmer.fr

L'EHPAD est composée de deux bâtiments au sein du Centre Hospitalier :
-Clair Logis : deux étages comprenant 35 lits chacun
-Forgotte : - deux étages pour l'EHPAD comprenant 22 lits chacun (par ailleurs un étage pour l'USLD de 25 lits)

Directeur :
Monsieur ROCHER Mathieu

Cadre de Santé :
Madame HENZLER Annie

Médecin coordonnateur :
Dr Elisabeth BAJOLET

Médecins traitants :
Dr JACQUOT . Dr CHRIST, Dr VILLEMIN ; Dr VIRY ; Dr THIEL ; Dr GEHIN ; Dr BASTIEN ; Dr KOCH ; Dr JAEGLE ; Dr GEORGES ; Dr PARISOT

Capacité d'accueil : établissement en cours de réhabilitation
Extension de Clair Logis, avec à terme --110-places, tous en chambre seule, dont deux unités de vie protégée Alzheimer de 12 lits chacune.
La fin des travaux est prévue pour fin 2016 ; en attendant, moins de lits disponibles.

Description :
Chambres individuelles et chambres doubles
OXYGENE : ACTUELLEMENT BRANCHEMENT O2 DANS TOUTES LES CHAMBRES
PAS DE BRANCHEMENT O2 DANS LE FUTUR BATIMENT

Présence du personnnel
EHPAD : 114 lits sur 2 sites
pas d'IDE la nuit
3 IDE par jour (présence assurée de 6H15 à 20h45)
13 aides soignantes en journée
3 aides soignantes de nuit pour chaque bâtiment sur EHPAD/ USLD

Permanence médicale :
1 médecin coordonnateur pour l'EHPAD à 60 % ETP
WE et nuits : appel de Médigarde

Dossier de soins informatique utilisé : pas d'informatisation**,** dossier papier

Matériels spécifiques :
Possibilité de perfusion IV en journée, mais pas la nuit.
Lève-malade, verticalisateur, drap de glisse,

Matériel de surveillance des constantes
ECG sur Forgotte (pas à Clair Logis)
Défibrillateur
Seringues électriques
Pompes PCA si besoin
Possibilité de location de matériel

Pharmacie : pharmacie du Centre Hospitalier de Gérardmer

LA BRESSE EHPAD « LA CLAIRIE »

Adresse : 32A rue de la clairie - 88250 La Bresse
Tél : 03.29.25.59.25 **Fax** : 03.29.25.64.32
Adresse mèl : maisonderetraite@labresse.fr

Directeur :
Monsieur FRANÇAIS P.

Cadre de Santé :
Mme SAVOY Christine

Médecin coordonnateur :
Poste à pourvoir depuis Janvier 2015

Médecins traitants :
La Bresse : Dr LEROY – Dr MENIERE – Dr HOFGAERTNER – Dr ARNOULD
Cornimont : Dr LEMESLE

Capacité d'accueil :
85 résidents

Description :
24 lits en UVP (2 unités de 12 lits)
Au 2ème étage de ce bâtiment, 2 ailes avec 26 chambres dont 2 pouvant contenir des couples
1 autre bâtiment relié par une passerelle avec 41 chambres dont 8 pouvant contenir éventuellement des couples
1 PASA (ouverture octobre 2015) de 12 places

Présence du personnel :
4 IDE avec une couverture de 7h30 à 21h00 sauf les week-ends et jour férié (horaire coupé)
Equipe réduite les week-ends et jours fériés.
La nuit : Pas d'IDE pendant la nuit
3 AS la nuit (dont une permanente pour les UVP) de 20h45 à 6h30

Permanence médicale :
La nuit, appel Médigarde si besoin
Pas de médecin salarié

Dossier de soins informatique utilisé :
Logiciel PSI

Matériels spécifiques :
Extracteurs à oxygène sur prescription et appareils disponibles en cas d'urgence.
2 défibrillateurs semi-automatique (1 dans chaque bâtiment)
Matériel de constantes (tensiomètre, saturométre, appareil à glycémie…)
Si besoin location à la Pharmacie de pompes à nutrition, aérosols, aspiration….. (utilisé uniquement par IDE la journée)
Location de matelas à air
Perfusion sous cutanée uniquement
Trousses de secours avec sets de suture, sondes urinaires…
Intervention de l'HAD de Gérardmer avec infirmières libérales si besoin

Pharmacie : pharmacies libérales

LE THILLOT « HOPITAL LOCAL »
Centre Hospitalier de la Haute Vallée de la Moselle (CHHVM)

Adresse : 60 rue Général de Gaulle 88160 Le Thillot
Tél : 03/29/25/00/79
Fax : 03/29/25/30/62
Adresse mail : hopitallocal@hopital-lethillot.fr

Directeur du Centre Hospitalier de la Haute Vallée de la Moselle : Monsieur CLAUDON Richard
Cadre supérieur de Santé Paramédical: Mme MENNEZIN Véronique

Cadres de Santé site du Thillot:
- **EHPAD :** Mme RUAUX Nathalie
- **SSR :** Mme BERTRAND Isabelle

Description : Accueil de personnes âgées plus ou moins dépendantes de plus de 60 ans
Service de Soins et de Rééducation

Présence médicale :
- **Médecins coordonnateurs :**

EHPAD : M LAMAZE Emmanuel
SSR : M. GUEIB Jean-Michel

- **Médecins traitants :**
  Dr AMOGLY Savioche – Dr CHEVALIER Nicolas- Dr CLERGET Jean-Paul
  Dr GUEIB Jean-Michel – Dr JEANPIERRE Alain –Dr JUPIN Daniel
  Mr et Mme les Dr SCHLIENGER Joëlle et Claude –Dr VIALTEL Éloïse

Capacité d'accueil : 141 lits dont :
- 131 d'EHPAD, dont10 lits d'UVP
- (10 lits SSR)

Présence du personnel :
- 1 IDE H24
- 2 AS de nuit

Dossier de soins utilisé : Solware

Matériels spécifiques :
- Oxygénothérapie, aérosolthérapie
- Pompes à nutrition
- 1 chariot d'urgence
- 1 défibrillateur semi-automatique
- Surveillance de perfusions sous-cutanées et périphériques
- Matériel d'aspiration trachéale

Pharmacie :
Pharmacie à usage interne du lundi au vendredi
Dotation pour besoins urgents

LE THILLOT « LES TILLEULS »
Centre Hospitalier de la Haute Vallée de la Moselle (CHHVM)

Adresse : 60 rue Charles de Gaulle 88160 Le Thillot
Tél : 03/29/25/04/57
Fax : 03/29/25/38/56
Adresse mail : les-tilleuls@wanadoo.fr

Directeur du Centre Hospitalier de la Haute Vallée de la Moselle : Monsieur CLAUDON Richard
Cadre supérieur de Santé Paramédical: Mme MENNEZIN Véronique

Cadre de Santé site des Tilleuls : Mme BERTRAND Isabelle

Description : Accueil de personnes âgées de + de 60 ans plus ou moins dépendantes

Médecin coordonnateur :
Dr LAMAZE Emmanuel

Médecins traitants :
Dr AMOGLY Savioche – Dr CHEVALIER Nicolas- Dr CLERGET Jean-Paul
Dr GUEIB Jean-Michel – Dr JEANPIERRE Alain –Dr JUPIN Daniel
Mr et Mme les Dr SCHLIENGER Joëlle et Claude –Dr VIALTEL Éloïse

Capacité d'accueil :
51 lits

Présence du personnel :
- IDE en horaire coupé
- **La nuit** : pas d'IDE de nuit
  1AS +ASH

Dossier de soins utilisé : Solware

Matériels spécifiques :
- Oxygénothérapie, aérosolthérapie
- Matériel d'aspiration trachéale
- 1 défibrillateur semi-automatique

Pharmacie :
Pharmacie à usage interne du lundi au vendredi sur le site du Thillot
Dotation pour besoins urgents

LE VAL D'AJOL EHPAD RESIDENCE DU « VAL DE JOYE »
CENTRE D'HEBERGEMENT, D'ACCUEIL ET DE SOINS DES VOSGES MERIDIONALES

Adresse : 71, Grande Rue – 88340 LE VAL D'AJOL
Tél : 03.29.30.67.04 **Fax** : 03.29.30.58.79.
Adresse mèl :direction@ehpad-valdajol.fr
cadre.sante@ehpad.valdajol.fr
secretariat@ehpad-valdajol.fr (administration)

Directeur : Monsieur LIVET Luc
Cadre Supérieure de Santé : Madame MILLIOTTE Véronique
Infirmière Référente : Mme FERNANDEZ Sonia

Médecin coordonnateur : Dr POLIN présent le mardi et le jeudi

Médecins traitants :
Dr CURIEN – Dr ZIMMERMANN D – Dr ZIMMERMANN S – Dr GIRARD — Dr AUPIC

Capacité d'accueil :
67 lits d'hébergement permanent
2 lits d'hébergement temporaire
6 places d'accueil de jour (dont 1 possibilité accueil de nuit)

Description :
Chambres individuelles uniquement
Au 1er janvier 2016 : Fusion des EHPAD du Val d'Ajol et de Plombières les Bains

Présence du personnel :
- IDE : En semaine le plus souvent 1 IDE présente sur la période 7 h 00 à 20h
  Week-end, jours fériés et quelquefois en semaine : 7 h – 12 h 15 / 16 h 30 – 18 h45

Nota Bene : En l'absence d'infirmière 24h/24 : certains soins sont impossibles à pérenniser dans le temps (ex: perfusion IV 24h/24, surveillance d'un traumatisme crânien…)

- Aides-soignantes : Présence de 6 h 00 à 20 h 30
- **Nuit** : 1 aide-soignante + 1 ASH
- Kinésithérapeutes : libéraux
- Ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue à temps partiel
- Agents administratifs : de 8h à 12h – 13h30-17h30

Intervenants extérieurs : EMSP, CMPPA

Permanence médicale :
Intervention des médecins traitants sur appel, Médigarde en dehors des heures de consultation des médecins.

Dossier de soins informatique utilisé :
PSI logiciel solware

…/…

Matériels spécifiques :

- Chambres non équipées de prise de O^2 ni de prise d'aspiration. Un extracteur à disposition pour gérer une urgence. La fourniture d'O^2 est possible après prescription médicale en faisant appel à un prestataire externe (extracteur).
- Défibrillateur semi-automatique
- Chariot d'urgences
- Aspirateur à mucosités mais les AS ne sont pas habilitées à pratiquer cet acte
- Matériel surveillance des paramètres : tensiomètre, saturomètre, appareil à glycémie capillaire
- Appareil ECG (ECG si IDE présente)

Pharmacie :

Pas de Pharmacie à Usage Interne – Pharmacies de ville

PLOMBIERES LES BAINS EHPAD RESIDENCE « LE CLOS DES ECUREUILS »
CENTRE D'HEBERGEMENT, D'ACCUEIL ET DE SOINS DES VOSGES MERIDIONALES

Adresse : 136 rue Gérard GRIVET– 88370 PLOMBIERES LES BAINS
Tél : 03.29.66.00.76
Adresse mèl : direction@ehpad-valdajol.fr
cadre.sante@ehpad.valdajol.fr
secretariat@ehpad-plombieres.fr (administration)

Directeur : Monsieur LIVET Luc
Cadre supérieure de Santé : Me MILLIOTTE Véronique
Infirmière Référente : Mme LEROY Catherine

Médecin coordonnateur :
Poste vacant

Médecins traitants :
- Dr AUPIC – Dr COUVAL – Dr HESLER –

Capacité d'accueil :
68 lits dont une **U**nité de **V**ie **P**rotégée (12 lits)
1 place Hébergement temporaire

Description :
Chambres individuelles uniquement
Au 1er janvier 2016 : fusion des EHPAD du Val d'Ajol et de Plombières les Bains

Présence du personnel :
- IDE : En semaine le plus souvent 1 IDE présente sur la période 6h 30 à 20h15
  Week-end, jours fériés et quelquefois en semaine : 6h45 – 12 h 15 / 16 h45 – 18 h45

NOTA BENE : En l'absence d'infirmière présente 24h/24 : certains soins sont impossibles à pérenniser dans le temps (ex: perfusion IV 24h/24, surveillance d'un traumatisme crânien…)

- Aides-soignantes : Présence de 6 h 00 à 20 h 30
- **Nuit** : 1 aide-soignante + 1 ASH
- Kinésithérapeutes libéraux
- Ergothérapeute, psychologue à temps partiel
- Agents Administratifs : de 8h à 12h – 14h-17h

Intervenants extérieurs : EMSP – IDE Psy CMPPA

Permanence médicale :
Intervention des médecins traitants sur appel, Médigarde en dehors des heures de consultation des médecins.

Dossier de soins informatique utilisé :
PSI depuis fin février 2009

.../...

Matériels spécifiques :

- Chambres non équipées de prise de O^2 ni de prise d'aspiration.
  1 extracteur à disposition pour gérer une urgence.
  La fourniture d'O^2 est possible après prescription médicale en faisant appel à un prestataire externe (extracteur).
- Défibrillateur semi-automatique
- Chariot d'urgences
- Aspirateur à mucosités mais AS pas habilitées à pratiquer cet acte
- Matériel surveillance des paramètres : tensiomètre, saturomètre, appareil à glycémie capillaire
- Appareil ECG (ECG si IDE présente)

Pharmacie

Pharmacies de ville

REMIREMONT EHPAD « L'ACCUEIL »

Adresse : 6 place Méline 88200 REMIREMONT
Tél : 03.29.23.08.77
Adresse mèl : direction@laccueil.net

Directrice :
Mme BAUDOIN Christine

Cadre de Santé / IDE Coordinatrice :
Mme ETIENNE Emilie

Médecin coordonnateur :
Docteur RICOUR-LALLEMAND Odile

Médecins traitants :
Dr VAUTHIER Mr - Dr VAUTHIER Mme – Dr SCHEER – Dr CLEMENCE – Dr DUEZ – Dr VOYDEVILLE – Dr PORTA – Dr HARTMANN – Dr PINOT – Dr PIQUARD – Dr BECHARD – Dr DUCHATEAU – Dr ROBERT Mr – Dr THIERY ROBERT Mme – Dr MARCHAL – Dr LOPES

Capacité d'accueil :
78 places d'hébergement permanent
2 places d'hébergement temporaire

PAS de possibilité de mettre un brancard dans les deux ascenseurs de l'établissement
Bâtiment de 3 étages

Description :
Chambre de taille variable équipée ou non de salle de bain avec ou sans douche
Chambres doubles en fonction des besoins
Lits médicalisés en cours de mise en place dans les chambres
-Pas d'O2 au mur dans l'EHPAD

Présence du personnel :
- IDE : 1 IDE présente sur la période 7 h 00 à 21h00
- Aide-soignantes : Présence de 6 h 30 à 21 h 00
- **La Nuit** : 1 aide-soignante + 1 ASH de 21 h 00 à 6 h 45

PLUS DISPOSITIF EXPERIMENTAL d'une **infirmière mutualisée sur 4 EHPAD joignable au tél .06 43 44 64 30** (Eloyes, Chatelet Remiremont, Accueil Remiremont, Home Fleuri St Etienne les Remiremont)

Permanence médicale :
Intervention des différents médecins traitants sur appel
Présence du médecin coordonnateur le lundi et le jeudi
Medigarde la nuit

Dossier de soins informatique utilisé : pas de dossier informatisé(en prévision), dossier papier

Matériels spécifiques :
Extracteur O^2
Pompes nutrition morphine etc.. en location

Pharmacie : pharmacies libérales

REMIREMONT EHPAD « Le Chatelet »

Adresse :
5 rue du lit d'eau 88200 REMIREMONT
Tél : 03 29 62 29 01
Adresse mail : accueil@ehpad-lechatelet.fr

Directeur :
Etienne ROMARY

Cadre de Santé :
Marie France MARQUIS

Médecin coordonnateur :
Dr Emmanuel XEMARD

Médecins traitants :
Divers REMIREMONT

Capacité d'accueil :
Résidents 59

Description : 41 EHPAD 18UVP
6 Accueil de jour (en projet)

Présence du personnel :
- IDE avec une couverture de7h à 21h00
- Aide-Soignante 3 matin 3 soir 1 coupé
- **La Nuit** : dans le cadre de l'expérimentation IDE nuit : Experimentation de partage d'une infirmière entre les EHPAD d'Eloyes, du Chatelet, de l'Accueil et du Home fleuri. **Infirmière mutualisée joignable au tél .06 43 44 64 30**

Permanence médicale :
Médigarde

Dossier de soins informatique utilisé :
PSI

Matériels spécifiques disponibles sur l'EHPAD :
Pas d'O^2 mural
Extracteur d'Oxygène sur prescription médicale
Saturomètre

Pharmacie :
Pharmacies de ville

REMIREMONT EHPAD « RESIDENCE LEON WERTH »

Adresse : 12 Avenue Julien Méline BP 161 -88200 REMIREMONT
Tél : 03.29.23.41.27 **Fax** : 03.29.23.40.63
Adresse mèl : residenceleonwerth@ch-remiremont.fr

Directeur délégué du CH de REMIREMONT:
Madame MARION Hélène

Cadre de Santé :
Madame GEHIN Rachel

Médecin coordonnateur :

Médecins traitants :
Docteur CLEMENCE, Docteur DUEZ, Docteur FLEURENCE, Docteur HARTMANN,
Docteur MARCHAL, Docteur DUCHATEAU, Docteur PINOT, Docteur PIQUARD, Mr Docteur ROBERT, Mme Dr THIERY ROBERT, Mr Dr VAUTHIER, Mme Dr VAUTHIER, Docteur VOYDEVILLE, Dr SCHEER, Dr CORTI, Dr LOPES

Capacité d'accueil :
83 places dont 14 places en Unité de Vie Protégée Alzheimer
3 places temporaires

Description :
83 Chambres individuelles

Pas d'OXYGENE Mural

Présence du personnel :
1 IDE 6h à 19h
Aides-soignants
La nuit : présence de 2 Aide Soignantes

Permanence médicale :
Médecins traitants disponibles du lundi au vendredi pour l'EHPAD,
Médigarde de 20h à 8h

Dossier de soins informatique utilisé : pas de dossier informatisé (en prévision), dossier Papier

Matériels spécifiques :
Nutripompe
Extracteurs à oxygène
Système d'aspiration
DSA
Chariot d'urgence avec O2

Pharmacie : Pharmacie à Usage Interne du Centre Hospitalier

SAINT ETIENNE LES REMIREMONT EHPAD « LE HOME FLEURI »

Adresse : 53 CHEMIN DE PETINCHAMP
88200 Saint Etienne-Lès Remiremont
Tél : 03 29 23 29 72
Adresse mèl : accueil@homefleuri.com
iderf@homefleuri.com
direction@homefleuri.com

Directeur : Bénédicte MANSUY-PEYEN

Infirmière coordonatrice : Virginie GURY

Médecin coordonnateur : Dr Etienne GEHIN

Médecins traitants : Une quinzaine de médecins de Remiremont et environs

Capacité d'accueil :
60 places dont UVP : 12
Hébergement temporaire : 0
Accueil de jour : 2

Description :
chambres individuelles ? **Oui** Oxygène mural ? **Non**

Présence du personnel :
IDE de 7h30 à 19h30 du lundi au vendredi et de 7h30-12h30 / 17h-19h30 week-ends et jours fériés
Aide soignantes 24h/24h AS seule de 13h à 18h et de 21h à 6h30
La nuit : 1 AS chaque nuit.et Expérimentation de partage d'une **infirmière mutualisée sur 4 EHPAD joignable au tél .06 43 44 64 30** ('Eloyes, Chatelet, l'Accueil et du Home fleuri).

Permanence médicale :
Médecins traitants
Médigarde

Dossier de soins informatique utilisé :
MEDICOR (BERGER LEVRAULT)

Matériels spécifiques :
Oxygène extracteur **oui**
Pompes à nutrition Non
Et : Défibrillateur, aspirateur à mucosités, obus de ventilation et un chariot d'urgence en cours de préparation

SAINT MAURICE SUR MOSELLE « RESIDENCE ANTOINE »

Adresse : 6 Rue de l'Agne 88560 SAINT MAURICE/MOSELLE
Tél : 03.29.25.82.11
Adresse mèl : residenceantoine@orange.fr

Directeur : Bertrand PETRY, **Responsable Etablissement :** Christyne SPILLEBOUT

Cadre de Santé : NON

Médecin coordonnateur : Dr SCHLIENGER Joëlle

Médecins traitants : Dr SCHLIENGER Joëlle, Dr SCHLIENGER Claude,
Dr JEANPIERRE, Dr JUPIN, Dr AMOGHLY.

Capacité d'accueil : 42 Lits dont 1 temporaire

Description : EHPAD
36 chambres individuelles et 3 chambres doubles. .
Etablissement sécurisé.

Présence du personnel :
IDE avec une couverture de 7h30 à 19h30
Aides Soignantes 24h/24h
La Nuit : 2 Aides-soignantes ou 1 Aide-soignante et 1 ASH

Permanence médicale :
Médigarde,
Mme Dr SCHLIENGER Joëlle (médecin coordonnateur) toujours joignable
tel : 06.80.08.78.32.

Dossier de soins informatique utilisé :
Dossiers informatisés « MEDGICNET »

Matériels spécifiques disponibles sur l'EHPAD :
Par exemple :
Pas d'O^2 mural
Extracteur d'Oxygène sur prescription médicale
Saturomètre
défibrilateur

Pharmacie : 2 pharmacies de ville (SAINT MAURICE ET LE THILLOT)

SAULXURES SUR MOSELOTTE -EHPAD « LES SAULES »

Adresse : 170, avenue J. Ferry – 88 SAULXURES SUR MOSELOTTE
Tél : 03.29.26.60.60
Adresse mèl : direction@les-saules.fr

Directeur :
Monsieur AUBRY

Cadre de Santé :
Madame BAUVILLE

Médecin coordonnateur :
Poste vacant

Médecins traitants :
Saulxures : Dr CLAUDE – Dr PRENDKI – Dr ROYER – Dr CEBADA
Cornimont : Dr SANNER – Dr LEMESLE
La Bresse : Dr LEROY
Vagney : Dr FORM – Dr FROSSARD – Dr BRAUN – Dr MARQUIS – Dr LE TERTRE
Saint-Amé : Dr ROBERT P

Capacité d'accueil :
EHPAD : 133 lits (126 hébergement permanent, 1 Hébergement Temporaire et 6 Accueil de Jour)

Description : établissement reconstruit intégralement entre 2006 et 2011, chambres individuelles
pas d'oxygène mural

Présence du personnel :
2 IDE, avec une couverture de 6h30 à 20h45
pas d'IDE la nuit, mais 2 AS et 1 ASHQ

Permanence médicale :
Médecins traitants ou Medigarde

Dossier de soins informatique utilisé :
Logiciel PSI

Matériels spécifiques :

Pas d'O^2 disponible en permanence
Extracteur sur prescription médicale

VAGNEY EHPAD « LE SOLEM »

Adresse : Rue Jean Moulin – 88120 VAGNEY
Tél : 03.29.24.72.61
Adresse mèl : lesolem.soins@wanadoo.fr

Directrice :
Mme VANNSON Marie Françoise

Cadre de Santé :
Mme VIRION Valérie

Médecin coordonnateur :
Poste vacant

Médecins traitants :
Dr FROSSARD – Dr FORM – Dr BRAUN – Dr MARQUIS – Dr CLAUDE – Dr ROYER – Dr ROBERT P. – Dr ROBERT N. – Dr LETERTRE – Dr BOHR – Dr PRENDKI

Capacité d'accueil :
70 chambres individuelles,
2 chambres doubles (réservées aux couples)
1 chambre d'accueil temporaire

Description :
Chaque chambre comprend un lit médicalisé (reste du mobilier appartient au résidant)
1 salle de bain dans chaque chambre avec lavabo, douche et WC.

- pas d'O2 dans l'EHPAD

Présence du personnel :
- IDE : 1 IDE présente sur la période 7 h 00 à 19 h 30
  Le week-end : 7 h 30 – 12 h 30 / 17 h 00 – 19 h 30
- Aide-soignantes : Présence de 6 h 00 à 21 h 00
- Nuit : 1 aide-soignante + 1 agent de 19 h 00 à 6 h 00

Permanence médicale :
Intervention des différents médecins traitants sur appel
Présence du médecin coordonnateur le mardi et le vendredi
Medigarde

Dossier de soins utilisé :
Logiciel PSI

Matériels spécifiques :
Extracteur O^2
Pompes nutrition etc.. en location
Pas de pharmacie interne

Pharmacie : pharmacies libérales

XERTIGNY EHPAD « SAINT ANDRE »

Adresse : 29 rue Georges COLNOT
Tél : 03.29.30.10.45
Adresse mèl : MR-XERTIGNY@wanadoo.fr

Directeur : PICARD Daniel

Cadre de Santé : VILMAIN Guylaine

Médecin coordonnateur : Dr JOS Sonia

Médecins traitants :
Dr PERRIN
Dr BIHR
Dr HECKEL
Dr CORTI

Capacité d'accueil : 73

Description : 65 chambres individuelles 4 chambres doubles

Présence du personnel :
IDE avec une couverture de 7h à 19h30
Aide Soignante 24h/24h
La Nuit : AS ASHQ

Permanence médicale :
Médigarde SAMU

Dossier de soins informatique utilisé : Net soins

Matériels spécifiques disponibles sur l'EHPAD :

Pas d'O^2 mural
Extracteur d'Oxygène sur prescription médicale
Satruromètre
…

Pharmacie : de ville

Les compétences de l'aide-soignant(e) en EHPAD

Selon le référentiel de compétences de l'aide soignante (annexe V de l'arrêté du 25 janvier 2005)

Quelques rappels :

*** hormis quelques EHPAD en situations expérimentales d'infirmière de nuit mutualisée, la ou les aide-soignantes sont les seuls paramédicaux présents la nuit auprès des résidents d'EHPAD**

CE QUE <u>NE PEUT PAS FAIRE UNE AIDE SOIGNANTE</u> (y compris LA NUIT EN EHPAD) :

- Surveiller une perfusion intraveineuse… ni la poser !
- Suturer !
- Réaliser un pansement complexe
- Débuter une oxygénothérapie sauf cas d'urgence vitale <u>dans l'attente de l'arrivée imminente des secours</u>
- Poser un patch de morphine
- Poser une perfusion sous cutanée
- Préparer les médicaments d'un aérosol
- *Réaliser des aspirations trachéo-bronchiques si elle n'a pas été formée*
- Donner des médicaments non prescrits ou hors protocole d'administration
- Poser et retirer une Sonde urinaire
- Les injections intraveineuses, intramusculaires, sous cutanées
- *Réaliser une injection sous cutanée d'insuline (si elle n'a pas été formée)*
- *Réaliser une glycémie capillaire (si elle n'a pas été formée)*
- Mettre en place une poche d'alimentation et administrer des médicaments par une gastrostomie

Compétences de l'aide-soignante en EHPAD :

- Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie
- Apprécier l'évolution de l'état de santé d'une personne : par son observation, par le repérage des signes de douleur et détresse, par la mesure des paramètres TA, température, fréquence cardiaque, Saturation en Oxygène, par le discernement et l'identification du caractère urgent d'une situation
- Réaliser des soins de nursing en les adaptant à l'état et aux besoins de la personne
- Installer et mobiliser une personne en utilisant les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité
- Communiquer de manière adaptée à la personne et son entourage
- Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

LISTE MEDICAMENTS D'URGENCE EN EHPAD

ALLERGIE	Cetirizine®	
	ANAPEN® 0.5	
	SOLUPRED® 5 mg	
	SOLUMEDROL® 40 mg	
ANTALGIE-ANTIPYREXIE	OXYNORMORO 5 mg (STUPEFIANT)	
	Chlorhydrate de morphine injectable 10 mg/ml	
	DUROGESIC® 12	
	IXPRIM® comprimés 37.5 mg/325 mg	
	LAMALINE® suppositoires	
	OROZAMUDOL 50 cp	
	DOLIPRANE 500 ORODISPERSIBLE	
	PARACETAMOL® suppositoires 1 g	
CARDIO-VASCULAIRE	LERCAN 10	
	FUROSEMIDE® 40 mg comprimés sécables	
	INNOHEP® 18 000 UI anti-Xa/0,9 ml S inj	
	LASILIX® 20 mg injectable	
	NATISPRAY® 0.40 mg	
DERMATOLOGIE	ECONAZOLE ® crème	
DIABETE	GLUCAGEN KIT® 1 mg/ml pdre/solv sol inj	
	GLUCOSE 30 % S injectable en ampoule IV	
	NOVORAPID	
GASTRO-ENTEROLOGIE	GAVISCON® sachets de sol buvable	
	MOVICOL®	
	PRIMPERAN® injectable 10 mg/2 ml	
	INEXIUM 10	
	SMECTA®	
	SPASFON® lyoc	
	SPASFON® injectable	
HEMATOLOGIE	EXACYL® injectable amp 0.5 g/5 ml	
	VITAMINE K1® sol buv et inj 10 mg/1ml	
INFECTIEUX	AUGMENTIN® sachet 1 g	
	CEFTRIAXONE® 1g/ 3,5 ml injectable	
	CLARITHROMYCINE® 500 mg comprimés	
	OFLOXACINE® comprimés 200 mg	
NEUROLOGIE	RIVOTRIL® injectable 1 mg/1 ml	
	SERESTA® 10 comprimés	
OPHTALMOLOGIE	DACUDOSES® lavage ophtalmique	
PNEUMOLOGIE	BRICANYL® 0,5 mg/ml injectable	
	SCOPODERM TTS® patch 1mg/72 heures	
	VENTOLINE® aérosol doseur	
SOLUTES	GLUCOSE 5%	
	NaCl 9°/oo	
	GLUCOSE 30 % S injectable en ampoule IV	

FICHE - ACTION

FACE A UNE URGENCE MEDICALE

(avant appel au 15 - SAMU)

NOM :
PRENOM :
DATE NAISS. :

DEGRE D'URGENCE

☐ URGENCE ☐ AVIS/CONSEIL ☐ le décès est attendu

▶ **EST-IL CONSCIENT ? :**

☐ NON ▶ faire bilan au verso puis appel au 15

☐ OUI ▶ comme d'habitude ? : ☐ OUI

☐ NON : préciser : _____

▶ **RESPIRE-T-IL ? :** ☐ OUI ▶ comment ? : _____

▶ **CONSTANTES :**

température :		pouls :	
TA :		glycémie capillaire : (dextro®)	
saturation :			

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

MOTIF DE L'APPEL

1. GENE RESPIRATOIRE ET/OU DOULEUR DANS LA POITRINE
2. MALAISE
3. CHUTE - TRAUMATOLOGIE
4. AUTRE

GENE RESPIRATOIRE ET/OU DOULEUR DANS LA POITRINE

difficultés respiratoires ?	☐ OUI	☐ NON
fausse-route ?	☐ OUI	☐ NON
douleur dans la poitrine ?	☐ OUI	☐ NON

MALAISE

perte de connaissance ?	☐ OUI	☐ NON
mouvements anormaux ?	☐ OUI	☐ NON
paralysie d'un membre ?	☐ OUI	☐ NON
déformation de la bouche ?	☐ OUI	☐ NON
trouble du langage ?	☐ OUI	☐ NON

CHUTE - TRAUMATO

perte de connaissance ?	☐ OUI	☐ NON
plaie ?	☐ OUI	☐ NON
saignement?	☐ OUI	☐ NON
déformation d'un membre ?	☐ OUI	☐ NON
douleur et/ou impotence ?	☐ OUI	☐ NON

AUTRE

douleurs abdominales ?	☐ OUI	☐ NON
saignement?	☐ OUI	☐ NON
▶ localisation :	_____	
vomissements ?	☐ OUI	☐ NON
diarrhées ?	☐ OUI	☐ NON
comportement inhabituel ?	☐ OUI	☐ NON
autre(s) ?	_____	

DATE ET HEURE DE
L'APPEL AU CENTRE 15 : _____

CONDUITES A TENIR
POUR les AIDE SOIGNANTES de NUIT et les INFIRMIERES
En EHPAD

Fiche	Intitulé	page
0	SIGNES DE GRAVITE	33
1	AGITATION	34
2	TRAUMATISME CRANIEN	40
2bis	SURVEILLANCE TRAUMATISME CRANIEN ET CHUTE	41
3	RESIDENT RETROUVE AU SOL	42
4	PERTE DE CONNAISSANCE	45
5	DEFICIT NEUROLOGIQUE ou AVC	46
6	MAL DE TETE CEPHALEE AIGUE	47
7	ASPHYXIE FAUSSE ROUTE	48
8	DYSPNEE	49
9	SAIGNEMENT DE NEZ EPISTAXIS	50
10	DOULEURS THORACIQUES	51
11	DOULEURS ABDOMINALES	52
12	DIARRHEES	53
13	CONSTIPATION	54
14	VOMISSEMENTS	55
15	FIEVRE	56
16	HEMORRAGIE (autre su EPISTAXIS)	57
17	PLAIE	58
18	GROSSE JAMBE CHAUDE	59
19	HYPOGLYCEMIE	60

SIGNES DE GRAVITE

EN CAS DE SITUATION INHABITUELLE, Repérer les signes de gravité

POULS **inférieur < à 50/mn ou supérieur > à 120/mn**
PRESSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE (1er chiffre)
inférieur < à 100 ou supérieur > à 200 contrôlée aux deux bras,
différente des chiffres habituels connus du résident
FREQUENCE RESPIRATOIRE **inférieure < à 10/mn ou supérieure > à 25/mn**
SATURATION EN OXYGENE **inférieure < 90%**
Sueurs, Marbrures, Difficultés respiratoires (bruits, tirage, position allongée mal tolérée), Cyanose
TEMPERATURE supérieure à 38,5°C ou inférieure à 36°C
DOULEURS AIGUES ET INTENSES (échelle d'évaluation)
TROUBLES DE LA CONSCIENCE ou NE REAGISSANT PAS AUX STIMULATIONS
CONVULSIONS (mouvements anormaux)
PARALYSIE ou IMPOTENCE d'APPARITION BRUTALE (membre, face)
TROUBLES DE LA PAROLE ou de la VISION

Si un ou plusieurs de ces SIGNES sont PRESENTS,
Je préviens l'IDE ou j'appelle le médecin/Médigarde/15 : SANS DELAI
Hors de ces signes de gravité je préviens l'IDE

JE TRANSMETS :

Utiliser la « fiche action face à une urgence médicale » remplie au préalable (verso)

Je me présente : mon nom, ma profession, mon établissement
J'indique le contexte
- Renseignements du DLU (pathologies et traitements en cours)
- Age
- Autonomie / Dépendance Habituelle ?
- Soins palliatifs ? Décès attendu ? Directives anticipées ?

Je décris les troubles et signes associés
- Depuis quand ? Survenue brutale ou progressive ?
- Circonstances d'apparition : repos, effort, nuit, jour, repas, toux, nouveau médicament,…
- Signes présentés (cf fiche action face à une urgence)
- Angoisse, agitation associées
- Si possible, est-ce le premier épisode de ce type ?

J'essaie de répondre aux questions posées par l'interlocuteur

En cas de transfert du résident,
je joins une copie de la fiche action face à une urgence, le DLU et la FLU

1 AGITATION

Comportement perturbant, = appel à l'aide d'un résident qui a un problème physique ou moral

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

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

A FAIRE :
Lumière douce (ni noir ni plein éclairage)
Prothèses auditives en place
Parler en se mettant à sa hauteur, rassurer et faire diversion (chant, histoire, comptine, parler d'un sujet qu'il aime…)
Si besoin de déambuler : balade brève dans le couloir ou proposer d'aller aux toilettes,
L'emmener dans un endroit calme si besoin (chambre,…)
Proposer à boire +/- manger en l'aidant si besoin
Contact physique si pas de danger pour vous (prendre la main, caresser la joue, câliner,…)
Passer le relais à un autre soignant si nécessaire
Etre inventif
Vérifier les constantes quand plus calme
Vérifier miction et transit intestinal

A NE PAS FAIRE :
Attacher systématiquement en dehors du protocole de contention de l'établissement
Laisser seul ou enfermer
Etre autoritaire ou agressif
Sermonner, « punir »

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, modifications récentes du traitement
Dans les transmissions soignantes :
Transit, mictions, alimentation, hydratation, poids, évènement personnel ou concernant la résidence, chute récente, circonstances perturbantes liées à l'environnement extérieur
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 ou peu de boissons, fièvre, langue sèche et faire boire si besoin
-une variation de la tension artérielle
-une accélération ou un ralentissement de la fréquence respiratoire

Si persistance des troubles et en l'absence de signe inquiétant, le signaler dès que possible au médecin traitant et/ou au médecin coordonnateur

Si anomalies aux questions précédentes appeler le médecin traitant ou le médecin coordonnateur ou Médigarde ou le 15

<u>En annexe</u> :
Echelle mesure de l'intensité de l'agitation
Feuille NPI ES

ECHELLE DE MESURE DE L'INTENSITE DE L'AGITATION / AGRESSIVITE

	Gravité
Stade 1	**Signes annonciateurs**
Stade 2	**Un peu perturbant mais facile à contrôler par soignant**
Stade 3	**Perturbant pour patient, quelques difficultés à contrôler**
Stade 4	**Très perturbant pour patient, Très difficile à contrôler**
Stade 5	**Très perturbant, mise en danger impossible à contrôler**

NPI - ES

Nom: Age: Date de l'évaluation:

Fonction de la personne interviewée: Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;
proche/ s'occupe souvent du patient;
pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient
NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Score total 10					[ ]	
Changements neurovégétatifs						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Score total 12					[ ]	

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

BUT

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient êtres difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

Le but de l'interview
Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles
Les réponses se rapportent à des comportements qui ont étés présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)
Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

Il est important de :

- déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez « NON » et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex. : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer « OUI » et poser les sous-questions.

A. IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

B. HALLUCINATIONS (NA)
« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses, par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)
« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

E. ANXIÉTÉ (NA)
« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)
« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

H. DÉSINHIBITION (NA)
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)
« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT
« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? »

K. SOMMEIL (NA)
« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange le sommeil des proches ? »

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)
« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

SOUS-QUESTIONS
Quand la réponse à la question de sélection est « OUI », il faut alors poser les sous-questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous-questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu « OUI » à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse « OUI » de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en « NON »

NON APPLICABLE
Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté « NA » (non applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex. : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter « NA ».

FRÉQUENCE
Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :
« Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? »
1. **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ
Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :
« Quelle est la gravité de ces problèmes de comportemen ?. À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ? »
1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit :

score du domaine = fréquence x gravité

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour ce faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

0. **Pas du tout**
1. **Perturbation minimum :**
   presque aucun changement dans les activités de routine.
2. **Légèrement :**
   quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. **Modérément :**
   désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. **Assez sévèrement :**
   désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. **Très sévèrement ou extrêmement :**
   très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux 10 premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En pratique clinique l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

D'après Sisco F, Taurel M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Girodana JY, *et al.* Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gérontologique 2000;14:151-71.

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

2 TRAUMATISME CRANIEN

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

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

Observation initiale et en surveillance.
Recherche de facteurs de gravité généraux et propre au TC
- Recherche de troubles de la conscience, trouble récent du langage
- Recherche de saignements (bouche, oreille, 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 20h

DEMARCHE IDE

IDE sur place ou venue après appel AS.
Recontrôler l'ensemble des éléments précédents.
- Prise d'anticoagulant ? HEPARINE, CALCI, HBPN, ou Anti-vitamine K (SINTROM, PREVISCAN, 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, miction, motricité puis toutes les heures pendant 4h.
Puis toutes les 2h pendant 20h.

L'apparition de signes d'aggravation lors de la surveillance nécessite d'appeler le médecin coordonnateur et/ou le médecin traitant ou Médigarde ou le médecin du 15.

* Si possible

2bis Fiche surveillance Traumatisme Cranien et Chute

SURVEILLANCE SIMPLE

	0h	1h	2h	4h	6h	8h	10h	12h
conscience								
vomissement								
pouls								
TA								
T°								
FR								
saturation								
Zone douloureuse								

GLASGOW

Réponse verbale	
Orientée ou désorientée comme l'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	

3 Conduite à tenir quand Un RESIDENT est Retrouvé au Sol

OBJECTIF

Venir au secours du résident et prendre les mesures nécessaires pour préserver son intégrité physique ou psychique.

PERSONNEL CONCERNE

Tous les professionnels *de soins* de l'EHPAD

CONDUITE A TENIR

ALERTER l'IDE lorsqu'il y en a une qui est présente dans l'établissement.

Rechercher les **SIGNES DE DETRESSE VITALE ? :**

-Le résident est inconscient.
-Absence de pouls (au niveau du cou et /ou du pli de l'aine) ou un pouls irrégulier.
-Absence de respiration

SIGNES DE DETRESSE VITALE PRESENTS

-Appliquer les gestes de 1er secours.

-Appeler le centre 15/Medigarde.

-Lors de l'appel au centre 15/medigarde, utiliser la « fiche action face à une urgence médicale » (cf)(cf également Fiche0 SIGNES DE GRAVITE)

Pas de Signes de Détresse Vitale

Rechercher des facteurs de gravité :

- Une perte de connaissance et/ou un malaise et /ou des vertiges
- Un traumatisme du crâne et /ou facial
- Un déficit neurologique, des mouvements anormaux.
- Une perte d'urine et /ou des selles
- Un séjour au sol d'une durée supérieure ou égale à une heure
- Des constantes anormales (pression artérielle, pulsations, saturation, température, glycémie)
- Une douleur spontanée et/ou à la palpation sur une zone précise du corps notamment au niveau d'un membre, de la colonne vertébrale, du thorax.
- Une déformation au niveau d'un membre
- Une plaie, une hémorragie, un hématome

Rechercher des facteurs potentiellement aggravants :

- Patient diabétique sous médicaments hypoglycémiants* (comprimé ou insuline)
- Patient sous médicament anti-vitamine K, sous nouveaux anticoagulants oraux, sous antiagrégants.

**Sulfamides hypoglycémiants*
-Glibenese –Minidiase –Glypicide –Daonil – Hemidaonil –Diamicron….

**Anticoagulants, antiagrégants*
-Previscan –Coumadine –Sintrom- Xarelto – Eliquys –Aspirine Kardegic - Plavix….

Appeler Médecin traitant / MEDIGARDE ou le SAMU /CENTRE 15

Un transfert à l'hôpital sera décidé selon l'avis du médecin traitant ou du médecin de garde qui se sera déplacé. S'il est fait appel au centre 15, le transfert aura lieu s'il existe des facteurs de gravité ou des éléments de préoccupation, en concertation avec le médecin régulateur

En l'absence de signes de gravité

-**Si la personne est en capacité** de comprendre et de se mobiliser seul, l'inciter à se relever en adoptant une technique appropriée :

TECHNIQUE DE LA TORTUE :

- **Phase 1** : la personne se met à plat ventre.
- **Phase 2** : la personne se met à quatre pattes.
- **Phase 3** : la personne avance vers une table ou une chaise qui va lui servir d'appui.
- **Phase 4** : la personne se relève un pied après l'autre.

-Interroger le résident, s'il peut s'exprimer, sur les circonstances de la chute.

-Rédiger une **déclaration de chute** avec description des circonstances la plus précise possible.

-**Si le résident n'est pas en capacité** de se relever seul, l'aider et l'installer sur une chaise, un fauteuil ou le lit selon ce qui est à proximité.

-Interroger le résident, s'il peut s'exprimer, sur les circonstances de la chute.

-Rédiger une **déclaration de chute** avec description des circonstances la plus précise possible.

-**Tracer** dans le dossier de soin du résident.

Si le résident reste en EHPAD et n'est pas transféré

Renforcer la surveillance au cours des 3 jours qui suivent la chute :

- **Au niveau de la mobilisation du résident.**
- **Au niveau de son alimentation et de son hydratation.**
- **Au niveau de son comportement et son état de conscience.**
- **L'interroger régulièrement sur la présence de douleurs et mettre en place une surveillance de la douleur appropriée si nécessaire.**
- **Prendre les constantes (tension, pulsations, saturation, température, glycémies capillaires chez les diabétiques) matin et soir selon la clinique.**

Dans tous les cas, suivre les prescriptions médicales réalisées par le médecin traitant ou le médecin de garde.

ANNEXE 1 : SIGNES POUVANT FAIRE SUSPECTER UNE FRACTURE

DE HANCHE	DE POIGNET
-Douleur haut de cuisse et bassin. -Impotence fonctionnelle à la marche -Rotation externe inferieure + ou – raccourcissement du membre. -Impossibilité de décoller la jambe du sol, d'un plan horizontal.	-Douleur ++ -Impotence fonctionnelle du poignet -Déformation -Œdème (enlever bague, bracelet, montre)

ANNEXE 2 : SURVEILLANCE APRES UN TRAUMATISME CRANIEN et/ou FACIAL

Se référer au protocole de surveillance CH de REMIREMONT

Ou

Se référer à FICHE 2bis SURVEILLANCE TRAUMATISME CRANIEN

4 PERTE DE CONNAISSANCE

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

En l'absence de reprise immédiate de conscience.

Laisser le résident au sol ou l'allonger.
LIBERER LES VOIES AERIENNES : MISE EN POSITION LATERALE DE SECURITE.
Enlever les prothèses dentaires, car risque de les avaler.
Rechercher les signes de gravité (fiche) ou d'aggravation.
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 ou Médigarde.

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

DEMARCHE IDE

Vérifier les paramètres vitaux dont dextro.

Chez un épileptique connu
Si mouvement convulsif persistant,
Vérifier l'existence de prescription anticipée et 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, appeler le 15 ou Médigarde.

***En cas d'hypoglycémie* voir la fiche19 hypoglycémie.**

***Si paralysie*, voir la fiche5 déficit neurologique ou AVC.**

Dans tous les cas, appeler le médecin coordonnateur si sur place ou le médecin traitant ou le médecin du 15 ou Médigarde.

5 DEFICIT NEUROLOGIQUE OU 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 SOIGNANTE

Rechercher les signes de gravité (fiche)

ASSURER :
la liberté des voies aériennes supérieures (préciser si vomissement).
Retirer le dentier.
METTRE :
en décubitus latéral avec surélévation de la tête de 30°.
Si trouble de la conscience mettre en Position Latérale de Sécurité.
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 fausses routes).

Appeler l'IDE pour transmettre les informations. Si l'IDE est absente ou ne peut pas venir rapidement, appeler le 15 ou Médigarde.

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. Eliminer une erreur d'administration de traitement.
Rechercher la prise d'anticoagulant ou d'anti agrégant.
Regarder s'il existe un ATCD d'AVC.

Eléments importants à transmettre :
FAST
Face = paralysie de la face
Faire sourire
Arm = déficit/engourdissement du bras/jambe
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 SOIGNANTE

- Mettre le résident dans une pièce calme et peu éclairée
- Prendre les constantes habituelles
- Rechercher des Signes de Gravité (Fiche)
- Prendre la température.

Rechercher des signes associés :

- Douleur d'un œil, trouble visuel
- Chute récente ou semi-récente (dans le mois qui précède)
- Troubles de l'équilibre, vertiges
- Troubles 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'antidiabétiques (insuline, anti-diabétiques oraux)
- Tension supérieure à 200 mm de systolique
- Si antalgique prescrit et si besoin, l'administrer.

Appeler l'IDE
si
un ou plusieurs de ces signe(s) existe(nt)
ou Médigarde
ou le 15.

DEMARCHE IDE

- **Rechercher** l'introduction d'un nouveau traitement
- **Faire une glycémie capillaire** si hypoglycémie suivre la fiche hypoglycémie

- Si céphalée connue et symptômes habituels suivre le protocole du résident si disparition des symptômes après la prise en charge ne pas appeler le 15.

- Si hypertension TA > 200/110 ou/et
- Si souffrance viscérale : troubles visuels, douleurs thoraciques, douleurs abdominales, signes neurologiques

APPELER le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur ou le 15 ou Médigarde.

7 DIFFICULTE RESPIRATOIRE (Dyspnée)

Ce protocole permet de définir la conduite à tenir lorsqu'un résident présente des difficultés respiratoires
Tachypnée = respiration rapide (>20/mn)
Bradypnée = respiration lente (<10/mn)
Polypnée = respiration rapide et superficielle
Orthopnée = difficulté respiratoire si allongé

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

GARDER son sang froid
Mettre le patient en position ASSISE
Ne JAMAIS l'obliger à s'allonger
Le RASSURER
Lui dégrafer ses vêtements (col de chemise, ceinture de pantalon) s'il est trop serré
Vérifier l'absence d'obstruction buccale ou nasale
Prendre la température, la saturation en O2

Rechercher des Signes de Gravité (fiche)
Rechercher des signes spécifiques (tachypnée , bradypnée, polypnée, orthopnée, douleur thoracique, au cours d'un repas ?,…)

Si présence d'un ou plusieurs de ces signes :

Prévenir l'IDE.
En l'absence d'IDE,
Appeler sans tarder
Le Médecin traitant ou un médecin sur place ou Médigarde ou le 15.

DEMARCHE IDE

En plus des signes de gravité rechercher des signes plus spécifiques :
-douleur thoracique
-bradypnée tachypnée orthopnée polypnée
-fièvre >38°C ou hypothermie <36,5° ou frissons

APPELER le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur ou le 15 ou Médigarde.

En attendant faire un ECG si disponible
Surveiller la saturation en O2
Surveiller l'état de conscience
Surveiller les constantes

8 DIFFICULTE RESPIRATOIRE par fausse route (ASPHYXIE)

Impossibilité de respirer avec étouffement généralement lié à une fausse route

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE ET IDE

L'OBSTRUCTION est PARTIELLE

RESPECTER la position spontanée du résident
RESPECTER la toux du résident
Aider à dégager les aliments ou le dentier dans la bouche

L'épisode passé, surveiller la température pendant plusieurs jours

LE SUCCES DE LA MANŒUVRE de HEIMLICH SE MESURE A :

1. **LA REPRISE DE LA RESPIRATION**
2. **A LA RECUPERATION DE LA COLORATION CUTANEE**
3. **ET A LA RECUPERATION DE LA CONSCIENCE.**
4. **APPEL MEDECIN TRAITANT**

L'OBSTRUCTION est TOTALE

Impossibilité de parler, de respirer

URGENCE VITALE

Le soignant le plus proche s'en occupe IMMEDIATEMENT

RESPECTER POSITION SPONTANEE du RESIDENT
Faire la **Manœuvre de Heimlich :**

Si le résident est debout ou assis

1. LE SOIGNANT SE PLACE DERRIERE LE SUJET (ET LE DOSSIER DE LA CHAISE SI LE SUJET EST ASSIS)
2. IL ENTOURE LA TAILLE DE SES BRAS.
3. MET UNE DE SES MAINS EN POING AU CREUX EPIGASTRIQUE.
4. AVEC SA MAIN LIBRE, IL SAISIT SON POING ET APPLIQUE UNE BRUSQUE PRESSION LEGEREMENT ASCENDANTE AU NIVEAU DE LA REGION EPIGASTRIQUE.
5. REPETER LA MANŒUVRE CINQ FOIS.

Si le résident est couché

1. LE METTRE SUR LE VENTRE AVEC LA TETE DEGAGEE EN TRAVERS DU LIT.
2. LE SOIGNANT POSE SES DEUX MAINS SUR LE DOS DU RESIDENT.
3. APPUYER BRUSQUEMENT A CINQ REPRISES

SI LE RESIDENT NE REPREND PAS SA RESPIRATION :

1. URGENCE VITALE
2. GESTES PREMIER SECOURS
3. APPEL AU SAMU

9 Saignements de nez (EPISTAXIS)

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

Mettre le patient en position ASSISE, en lui maintenant la tête penchée en avant et mettre un gant froid sur la nuque.
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 générale, le saignement s'arrête en 3 à 4 mn.
Prendre la tension et le pouls.
Apprécier le volume de sang perdu.

Prévenir l'IDE.
En l'absence d'IDE,
si le saignement persiste,
appeler Médecin traitant ou Médigarde ou le 15.

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 est abondant ou persistant (>10mn) et surtout si le patient est sous anticoagulant
ou si signe de gravité (fiche)

APPELER le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur ou le 15 ou Médigarde.

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 SOIGNANTE

Je cherche les signes de gravité (fiche).
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 douleurs.

Je décris les signes d'accompagnement :
Nausée, vomissement, palpitation, sueur, difficulté respiratoire, anxiété, signe de confusion aigüe ou troubles du comportement récents. Modification de la TA habituelle.

Appeler l'IDE pour transmettre les informations.
Si l'IDE ne peut venir rapidement ou est absente, appeler Médecin traitant ou Médigarde ou le 15.

DEMARCHE IDE

En cas de signe de gravité, d'ATCD de pathologie coronarienne ou si la douleur est constrictive ou irradie, appliquer le protocole du résident et appeler le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde.
Si matériel disponible, faire un **ECG**.

En dehors des signes d'appel précédents et si la douleur est apparue après un traumatisme récent, suivre le protocole antalgique du résident ou de l'établissement.

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

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 SOIGNANTE

Allonger le résident au calme
Prendre la température

Rechercher des signes de gravité (fiche)

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 (rouge ou noir)
- Teint jaunâtre ou pâleur

Rechercher les éléments associés
Toux ou crachat
Agitation ou somnolence

- **Le résident NE PRESENTE AUCUN DE CES SIGNES : transmettre à l'IDE**
- **Appeler l'IDE, le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde en cas de signes de gravité ou de signes spécifiques.**

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
- S'il y a une masse abdominale inhabituelle (hernie…)

Evaluer la présence de signe de douleur thoracique (fiche douleur thoracique)

Si le résident NE PRESENTE AUCUN SIGNE DE GRAVITE, appliquer les protocoles du résident ou de l'établissement.
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 nouvelle d'un des signes décrits ci-dessus et montrer le patient le lendemain matin au médecin traitant.

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

Toute douleur abdominale aigüe non calmée par le traitement dans les 30 mn doit faire APPELER le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde.

12 Diarrhées

Plus de 4 selles liquides avec matières par jour de manière récente.
NE PAS OUBLIER :
Une diarrhée cache souvent un FECALOME (selles liquides sans matières)

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

Vérifier l'absence de Signes de gravité (fiche).

IL FAUT :

- **Eviter** la DESHYDRATATION, en faisant boire
- **Noter** la FREQUENCE, l'aspect, l'odeur des selles et la TEMPERATURE CORPORELLE
- **Noter** ce que le résident a mangé et s'il existe un vomissement

- **Suivre les protocoles d'hygiène.**
- **Au-delà de 3 cas de résidents, suivre le protocole épidémie de gastro entérite.**

Transmettre à l'IDE

DEMARCHE IDE

Eliminer les signes de gravité (fiche).
Vérifier l'absence de constipation dans les jours précédents.
Appliquer les protocoles.
Noter si le résident a 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).

Re-vérifier la température, le pouls et la tension.

Si douleurs abdominales, suivre la fiche douleur abdominale.
Si vomissement, suivre la fiche vomissement

LE SIGNALER AU MEDECIN TRAITANT, A MEDIGARDE OU AU 15 DES QUE POSSIBLE.

SI SIGNES DE GRAVITE, FIEVRE ELEVEE, DOULEURS ABDOMINALES
Appeler le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde

13 Constipation

Absence de selles depuis au moins 3 jours, avec prise alimentaire habituelle.

NE PAS OUBLIER :
Une constipation est fréquente chez le sujet âgé. Une diarrhée cache souvent un FECALOME.

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

Eliminer les signes de gravité (fiche).

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 vomissements ou de saignements.

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

Transmettre à l'IDE
Si SIGNES DE GRAVITE, appeler le médecin traitant, le 15 ou Médigarde

DEMARCHE IDE

Evaluer l'état général.
Rechercher des douleurs abdominales associées.
Rechercher des signes de gravité (fiche)
Regarder s'il existe la mise en route d'un nouveau traitement.

Faire une extraction fécale au doigt si fécalome.

Si prescription anticipée, individuelle de NORMACOL, l'appliquer ou appliquer le protocole de l'établissement.

Si le résident est sous laxatifs, il faut voir s'il les prend et augmenter, si besoin, en attendant le médecin traitant.

Si le résident n'a pas de laxatifs, adapter le régime alimentaire et appeler le médecin traitant.

Signaler au médecin traitant.
Si SIGNES DE GRAVITE Appeler le médecin traitant, le 15 ou Médigarde.

14 Vomissements

Emission d'aliments ou de bile, par la bouche, souvent précédés de sensation de malaise et/ou de nausées.

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

Rechercher les signes de gravité (fiche).
Rechercher : Présence de sang, aspect des vomissements (fécaloides ?) et fréquence.
Prendre la température.

Rechercher les éléments suivants :

- Toux, fausse route
- Constipation (date des dernières selles)
- Prise alimentaire trop rapide ou repas quantitativement important
- Contrariété psychologiques
- Angoisse

Transmettre à l'IDE

SI SIGNES DE GRAVITE,
sang, fièvre, ou douleurs abdominales,
Appeler le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde

DEMARCHE IDE

RECHERCHER SI UNE CAUSE SIMPLE PEUT LES EXPLIQUER.
Prise d'un nouveau traitement
Fausse route, toux
En cas de constipation, suivre le protocole (fiche)
Poursuivre la surveillance : pouls, tension, température, vomissement, diarrhées, douleur abdominale.

EN ABSENCE DE SIGNES DE GRAVITE OU DE RECIDIVE, transmettre au médecin traitant.

En cas de récidive ou de signes de gravité, appeler le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde.

15 FIEVRE

La température centrale doit -être inférieure à 37.5°C le matin et à 37.8°C le soir.
Toute température supérieure à 38°C doit nous alerter et à partir de 38°5C doit conduire à la recherche de signes de gravité ciblés ci-dessous :
La fièvre est un symptôme courant chez la personne âgée mais labile : peut être inexistante, ou isolée, ou retardée. Elle génère souvent une confusion elle-même à la source d'une modification de comportement.

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

Tout syndrome fébrile doit être vérifié.

- Appeler une IDE si présente
- Résident au repos, Chambre ventilée, Découvrir le résident, Lutter contre une ambiance surchauffée
- Appliquer des linges humides, Mise en place de vessies de glace
- Faire boire le plus souvent si le résident est conscient.
- **Ne pas donner spontanément de paracétamol, en revanche relever l'heure de la dernière prise si le résident en prend systématiquement**
  En dessous de 38.5, si la température est bien tolérée, on ne donne pas d'antipyrétique
- Recontrôler au bout d'une demi/ heure la température
- **Rechercher des Signes de Gravité (fiche)**

Si au bout d'une demi-heure la température persiste
Si présence de signes de gravité : Appeler le médecin traitant ou Médigarde ou le 15

DEMARCHE IDE

Rechercher Signes de Gravité (fiche)
Rechercher signes Associés :
Frissons
Toux, Expectoration purulente ou augmentée
Douleurs abdominales, vomissements
Diarrhée
Brulures mictionnelles
Mal de tête
…
Vérifier si un antibiotique a été débuté il y a moins de 48 heures.

Ne pas donner spontanément de paracétamol sauf si prescription anticipée et fièvre mal tolée

Surveiller les constantes.

APPELER le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde.

16 Hémorragie (autre qu'épistaxis)

Appliquer les mesures de protection (AES)

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

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

- **LE RESIDENT EVACUE DU SANG ROUGE PAR LA BOUCHE :**

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

- **LE RESIDENT EVACUE DU SANG ROUGE PAR VOIE BASSE (anus, vagin, méat urinaire)**

Allonger le résident et mettre une protection sèche.

- **FAIRE UN POINT DE COMPRESSION POUR TOUT SAIGNEMENT Externe visible**
- **SURELEVER LES JAMBES.**

Appeler l'IDE, le médecin traitant, le 15 ou Médigarde.

DEMARCHE IDE

Evaluer l'état général du résident.
Vérifier la provenance du sang.
Vérifier la prise d'anticoagulant ou antiagrégant et les ATCD du résident.

1. **LE RESIDENT EVACUE DU SANG ROUGE PAR LA BOUCHE** par toux, vomissement ou les deux
2. **LE RESIDENT EVACUE DU SANG ROUGE PAR L'ANUS**
3. **LE RESIDENT EVACUE DU SANG ROUGE PAR LE MEAT URINAIRE**
4. **LE RESIDENT EVACUE DU SANG ROUGE PAR LE VAGIN**

Dans chaque situation (1 ou 2 ou 3 ou 4) :

Episode unique de faible abondance : signaler au médecin traitant.

Episode Récidivant ou de grande abondance ou continu : Appeler d'emblée le 15

17 PLAIE

Ce protocole permet d'adapter la conduite à tenir lorsqu'un résident présente une plaie qui se définit comme une effraction de la barrière cutanée par un agent vulnérant survenant par coupure, écrasement ou abrasion.
Rappel : le vieillissement entraine un amincissement de la peau qui devient beaucoup plus fragile, ainsi un traumatisme mineur peut être responsable de plaies délabrantes évoluant fréquemment vers la nécrose.
Penser à vérifier si le Vaccin anti tétanique est à jour.

PLAIE

DECOLLEMENT CUTANE
URGENCE DE SOINS

IDE
-Nettoie la plaie avec du sérum physiologique
-Repose délicatement le lambeau sur la zone à vif.
-Pose une interface non collante siliconée ou grasse

PLAIE FRANCHE qui SAIGNE
(coup ou chute)
URGENCE DE SOINS

IDE
-Nettoie la plaie pour éliminer les débris
-Comprime avec une compresse sèche.
-Evalue l'importance de la plaie pour décider d'un transfert aux urgences pour une éventuelle suture.

La suture doit se faire dans les six heures

SAIGNEMENT D'UNE VARICE

IDE
-Allonge le résident en soulevant les membres inférieurs.
-Au besoin, comprimer localement avec une compresse sèche jusqu'à l'arrêt du saignement.

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 SOIGNANTE

- **Rechercher les signes de gravité. (fiche)**
- **Rechercher Signes de gravité spécifiques :**
  - Une augmentation de la température corporelle (plus de 38,0°C)
  - Une modification récente du comportement
  - Une respiration rapide
  - Des battements de cœur rapides
  - Une douleur vive localisée
  - Une augmentation de volume par rapport au côté opposé
  - Une brutalité d'apparition des troubles (moins de 12 heures)
  - Un retour d'hospitalisation.

- **Signes moins inquiétants, non associés à des signes de gravité, pouvant attendre :**
  - Les deux jambes sont grosses
  - La douleur est ancienne, stable, chronique
  - La température est normale (moins de 37,8°)

  Ce tableau peut correspondre à plusieurs diagnostics.

Transmettre à l'IDE.
En l'absence d'IDE si SIGNES de GRAVITE
Appeler le médecin traitant ou le 15 ou Médigarde.

DEMARCHE IDE

RECHERCHER :
- Signes de gravité, paramètres vitaux
- Si le résident souffre de diabète ou d'insuffisance cardiaque ou bénéficie d'un traitement anticoagulant.
- Si une intervention chirurgicale, un alitement, un traumatisme récent 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

En cas d'ASSOCIATION
Grosse jambe
et
Gêne respiratoire ou désaturation
avec
Un pouls rapide (>120),
Une baisse de TA (<100 de systolique),
Une fièvre (>38°C)
Ou une coloration rouge ou bleue de la jambe.

=>Appeler le médecin traitant, le 15 ou Médigarde.

Dans les autres cas, transmettre au médecin traitant et/ou au médecin coordonnateur.

19 HYPOGLYCEMIE

L'hypoglycémie est définie par une glycémie capillaire inferieure ou égale à 0.6 g/l.
C'est une urgence vitale.

Signes cliniques d'apparition soudaine :
Agitation, syndrome confusionnel, trouble du comportement, sueurs, palpitations, tremblement, malaise, maux de tête, sensation de faim subite, apathie inhabituelle, changement d'humeur, fatigue, vertiges, vision floue…

DEMARCHE AIDE SOIGNANTE

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

RESIDENT INCONSCIENT

Si IDE non présente
Mettre le résident en PLS

Appeler le 15

Si IDE Présente

Mettre le résident en PLS

Appeler le 15

Injection intraveineuse de G10% ou G30% ou sous cutanée de Glucagon en fonction de la prescription médicale.

! Contre indications du GLUCAGON
-En cas d'ivresse aigue
-En cas de traitement par sulfamides hypoglycémiants (Diamicron, Daonil, Hémidaonil, Amarel, …)

RESIDENT CONSCIENT

Dans un premier temps :
Resucrer per os **avec des sucres rapides** :
3 morceaux de sucre ou
125 ml de jus de fruits ou
3 cuillères à café de confiture ou de miel

Dans un second temps :
Donner des sucres lents :
un morceau de pain et du fromage ou
une banane ou
des biscuits type « petit beurre »

Contrôle de la glycémie 10 minutes après

Si Glycémie supérieure à 0,6g/l
Retour à l'état de base.
Prévenir le médecin pour réadaptation du traitement

Si Glycémie inférieure ou égale à 0,6g/l
Resucrer de la même façon que la première fois
Re-Contrôler la glycémie 10 minutes après

Enquêter sur les causes éventuelles de cette hypoglycémie

FICHE SAMU – URGENCES – SOINS PALLIATIFS pour les personnes en situation palliative à domicile ou en EHPAD	Identité de la personne
* Transmission par mail de préférence : crra1588@ch-ed.fr * En dehors des heures ouvrables (du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30) en plus du mail : fax : 03.29.34.27.75 + tel : 15	Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Adresse : .... Tel : .....

Date 1ère rédaction : ..... Date remise à jour : .....

Rédacteur : Nom : ..... Fonction : ..... Tel : .....

Accord de la personne pour transmettre les informations : oui ☐ non ☐

Personne à prévenir : ..... Tel : .....

Personne de confiance désignée : oui ☐ non ☐ - Nom : ..... Tel : .....

HAD : oui ☐ non ☐ Suivi par l'EMSP : oui ☐ non ☐

Médecin traitant : ..... Tel : .....

Médecin correspondant hospitalier : ..... Etbt : ..... Service : .....Tel : .....

Service d'hospitalisation possible (où la personne est déjà connue) : .....

Lit de repli possible si existant (établissement, service) : .....

Pathologie principale : .....

.....

Diagnostics associés à prendre en compte :

-

-

-

Stade de la maladie :

☐ phase stabilisée : .....
☐ phase d'aggravation : .....
☐ phase terminale : .....

Connaissance du diagnostic : Personne : oui ☐ non ☐ partielle ☐ / Entourage : oui ☐ non ☐ partielle ☐

Souhaits exprimés par la personne :

Transport vers hôpital : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐ désir de réanimation : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐
Décès à domicile ou EHPAD : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐ intubation : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐
Autres : .....
.....

Avis de l'entourage : .....
.....

Directives anticipées : oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐ où se trouvent-elles ? : .....

résumé du contenu : .....

.....

Projet thérapeutique (orientation) :

Décision collégiale de limitation de certaines thérapeutiques : oui ☐ non ☐ faite par : .....

Si oui, lesquelles ? : .....

Prescriptions anticipées personnalisées pour symptômes pouvant survenir à domicile (dyspnée aigue, douleur hémorragie, angoisse, ...). Lesquelles ? : .....

.....

.....

GUIDE D'UTILISATION DE LA FICHE SAMU – URGENCES – SOINS PALLIATIFS

QUELS SONT LES PATIENTS CONCERNES ?

Les patients porteurs d'une maladie grave, évolutive, pas forcément cancéreuse :

- en phase de stabilisation : maladie évolutive sans traitement curatif avec symptômes contrôlés
- en phase d'aggravation : aggravation des symptômes existants et/ou apparition de nouveaux symptômes
- en phase terminale : évolution naturelle vers le décès à court terme

→ Dans ces 3 situations, le projet thérapeutique est centré vers la qualité de vie (soins de confort)

QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE FICHE ?

- transmettre au médecin intervenant en situation d'urgence des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée : à l'état du patient, à ses souhaits (Cf Loi Léonetti du 22 avril 2005)
- cette fiche est élaborée en dehors d'un contexte d'urgence ; il est donc possible que le patient et/ou son entourage changent d'avis lorsqu'ils sont confrontés à la situation d'urgence
- cette fiche est une aide à la décision mais le médecin qui intervient dans la situation d'urgence reste autonome dans ses décisions

QUI REMPLIT CETTE FICHE ?

- le médecin traitant, en lien éventuellement avec le médecin de l'EMSP
- le médecin coordonnateur HAD, en lien avec le médecin traitant
- le médecin coordonnateur EHPAD, en lien avec le médecin traitant
- le médecin hospitalier, en lien avec le médecin traitant et éventuellement avec le médecin de l'EMSP

A QUEL MOMENT ?

- lors d'un retour à domicile
- lors de temps de concertation avec les équipes soignantes
- lors d'une discussion collégiale sur le projet de soins, le projet de vie

COMMENT LA REMPLIR ?

- toutes les rubriques doivent êtres renseignées ; si l'information demandée n'est pas connue, le préciser

COMMENT TRANSMETTRE CETTE FICHE AU CENTRE 15 ?

- du lundi au vendredi, de 8h00 à 16h30, par e-mail, dans une boite sécurisée, sous réserve de l'accord du patient : crra1588@ch-ed.fr - en dehors de ces heures, week-end et nuit : mail + fax + appel Centre 15
- l'identification du patient en « personne répertoriée » sera immédiate pour le Centre 15 à partir du N° de téléphone renseigné sur la fiche

⚠ La personne qui compose le 15 doit obligatoirement utiliser le N° de tel inscrit sur la fiche SAMU.

OU EST CLASSEE CETTE FICHE ?

- elle est destinée à être classée au Centre 15 et éventuellement transmise aux urgences
- un exemplaire est conservé dans le dossier du patient (chez le médecin traitant, dans le dossier EHPAD, dans le dossier hospitalier)
- cette fiche ne reste pas au domicile du patient

QUAND METTRE A JOUR CETTE FICHE ?

- en cas de changement important dans l'évolution de la maladie ou du traitement
- lors du décès : envoyer un e-mail d'information au Centre 15

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS[1] ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT [1] ?

L'accompagnement d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS [1] ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

---

[1] Soins palliatifs et accompagnement. *Coll. Repères pour votre pratique*. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

N°Azur 0 811 020 300
PRIX APPEL LOCAL

Les coordonnées de votre équipe ressource en soins palliatifs :

D100105-avril 2010

SFAP

PALLIA 10

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle pour les équipes soignantes

Avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed
NYCOMED

(version 1- juin 2010)

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux **repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire**.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand **l'accumulation des besoins** rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, **priorisation et coordination des interventions**.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, **Pallia 10** explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser **Pallia 10** et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

Centre Hospitalier de Remiremont	Enregistrement	N°: EN/OPC/DSI/0024/01 Date : 11/02/2014
	Mes directives anticipées	Révº : Page 1/1

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....
.....
.....
.....

Énonce ci-dessous mes directives anticipées, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés, pour que soient respectées les dispositions suivantes le jour où je ne pourrai plus prendre une décision moi-même:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à Remiremont, le .....

Signature

Objet :

La présente procédure a pour objet de définir les modalités de recueil **d'expression des directives anticipées par le Patient ou Résident du Centre Hospitalier de Remiremont (MCO – SSR - USLD et EHPAD).**

Domaine d'application :

Cette procédure s'applique aux personnels médicaux et paramédicaux.

Responsabilité :

La présente procédure sera mise en œuvre par les médecins du Centre hospitalier, le médecin coordonnateur en EHPAD, les cadres de santé, les équipes paramédicales sous l'autorité et la responsabilité du Directeur de l'établissement.

Fréquence :

La présente procédure sera mise en œuvre pour tout patient/résident désirant formuler des directives anticipées et en capacité de s'exprimer.

Définitions :

Directives anticipées :
Ce sont les instructions que donne par avance une personne consciente, sur la conduite à tenir au cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Elles lui permettent de garder un contrôle sur sa fin de vie.

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie établit le droit des malades à refuser tout traitement. Chaque Patient/Résident a la possibilité d'établir des directives anticipées quant aux dispositions qu'il souhaite voir appliquées à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où il ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

La loi autorise le médecin, dans le cadre d'une **procédure collégiale**, à prendre la décision de limiter ou d'arrêter les traitements lorsque la personne malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et que les poursuivre, relèverait de l'obstination déraisonnable.

Les directives anticipées ont une **valeur indicative** : le médecin reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

Les directives anticipées sont **révocables** à tout moment.

Documents de référence :

Loi du 04 mars 2002 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 de la fin de vie
Décret N° 2006-119 du 06 février 2006 relatif aux directives anticipées

Documents associés:
Désignation de la personne de confiance N° PO/DIP/ADM/0002
Comment désigner la personne de confiance N° FT/DIP/ADM/0003
Formulaire de désignation de la personne de confiance EN/DIP/ADM/0004
Formulaire « Mes directives anticipées » EN/OPC/DSI/0024
Contrat de séjour USLD et EHPAD
Livret d'accueil du Centre Hospitalier, de l'USLD et de l'EHPAD

Objectifs :

Favoriser l'expression du Patient / Résident pour préserver et respecter au mieux sa volonté notamment, en cas de troubles neuro dégénératifs, en prévision de la période où il ne sera plus en capacité d'exprimer cette volonté.

Mode opératoire :

Les directives anticipées doivent être formulées dans un **document écrit, daté et signé** par leur auteur dument identifié par l'indication de ses **nom, prénom, date et lieu de naissance.**

Si la personne est dans l'impossibilité d'écrire et de dater elle-même le document, elle peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance, d'attester que ces directives sont bien l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

La validité des directives anticipées est **de 3 ans**, elles peuvent être renouvelées, modifiées ou révoquées par la suite. Les documents peuvent être conservés par le Patient/Résident lui-même, par le médecin dans le dossier médical ou par un proche.
Dans tous les cas, à l'admission, il est important d'informer un membre de l'équipe sur l'existence de ces directives anticipées. Cette information ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice seront notées sur le dossier médical.

En USLD et en EHPAD, le Résident admis reçoit les informations et les explications sur les directives anticipées, lors de l'entretien préalable à l'admission et par l'intermédiaire des documents remis (Contrat de séjour) sur la possibilité d'émettre ses directives anticipées ainsi que les modalités d'expression des directives anticipées. Le formulaire d'aide à l'expression des directives anticipées lui est remis sur demande.

Traçabilité :

Formulaire de recueil des directives anticipées.

Evaluation :

Nombre de formulaires « mes directives anticipées » dûment complétés, présents dans le dossier des patients
Nombre de contrats de séjour signés (USLD et EHPAD)

Date limite maximale de validité :

Toute parution d'un texte réglementaire ou modification dans l'organisation peut entrainer une révision du présent document. Hors parution d'une nouvelle réglementation ou modification dans l'organisation, le document sera revu à échéance maximale de 5 ans.

Rédigé par :	Approuvé par :	Validé par :
Sylvie GAILLARD, Cadre de santé, SSR, SLD Chantal VAXELAIRE, Direction des Soins Date et signatures : 14/01/2014 Signé	Dr Didier HENRY, Chef de pôle Chirurgie Dr Richard GOUTORBE, Chef de pôle Médecine Dr Marie-Odile VANNSON, Chef de pôle Soutien clinique Dr Aline WAGNER, Chef de service SSR, SLD, EHPAD Date et signatures : 21/01/2014 Signé	Dr Stéphanie CHEVALIER, Présidente de CME MARION Hélène p/o Mathieu ROCHER, Directeur par intérim Date et signatures : 11/02/2014 Signé

Pour les Directives ANTICIPEES
VOIR AUSSI la mise à jour HAS :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place **et sera votre porte-parole.**

QUEL EST SON RÔLE ?

La personne de confiance a plusieurs missions.

▸ Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elle a un **devoir de confidentialité** concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

▸ Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches…).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Attention :

- la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès ;
- **sa mission ne concerne que votre santé.**

QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne majeure peut le faire[1].

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

QUI PEUT ÊTRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Elle doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

1. Les personnes sous tutelle doivent avoir l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

QUAND LA DÉSIGNER ?

Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.

La réflexion sur vos directives anticipées et leur rédaction peuvent être un moment opportun car la personne de confiance doit connaitre vos souhaits et volontés pour le cas où vous seriez un jour hors d'état de vous exprimer.

D'autres moments peuvent être propices, tels qu'un changement de vos conditions de vie [entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), passage à la retraite], de votre état de santé, l'annonce d'une maladie grave (...) : désigner une personne de confiance est le moyen d'être sûr, si un jour vous n'êtes plus en état de dire votre volonté, que vos souhaits seront respectés ; cela pourra soulager vos proches et parfois éviter des conflits familiaux.

Dans le cas particulier où vous seriez hospitalisé(e), il vous sera demandé si vous avez désigné une personne de confiance et il vous sera proposé d'en désigner une pour la durée de l'hospitalisation. Mais ce n'est pas obligatoire.

COMMENT LA DÉSIGNER ?

La désignation doit se faire par écrit : vous pouvez la faire sur papier libre, daté et signé, en précisant ses nom, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable ou utiliser le formulaire joint. Elle doit cosigner le document la désignant.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien votre volonté.

Vous pouvez changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit (ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit). Il est recommandé de prévenir votre précédente personne de confiance et les personnes qui détiennent son nom qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire le document précédent.

COMMENT FAIRE CONNAÎTRE CE DOCUMENT ET LE CONSERVER ?

Il est important que les professionnels de santé soient informés que vous avez choisi votre personne de confiance et aient ses coordonnées dans votre dossier : il est recommandé que ce document soit intégré dans le dossier médical de votre médecin traitant et/ou celui de l'équipe soignante hospitalière quand il y en a une, et/ou de l'EHPAD ou de tout autre lieu de résidence/d'hébergement (établissement social ou médico-social), (personnes en situation de grande dépendance ou de précarité).

Vous pouvez également le conserver avec vous.

À terme, le nom de votre personne de confiance pourrait être inscrit sur votre Dossier Médical Partagé.

Il est important également que les proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

AUTRES RÔLES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance peut intervenir dans des contextes médicaux particulièrement encadrés par la loi :

- les essais thérapeutiques : elle reçoit l'information adaptée si le patient ou son représentant légal ne peut pas la recevoir ;
- la recherche biomédicale : dans les situations où le consentement de la personne ne peut être recueilli (urgence ou personne hors d'état de le donner), celui-ci peut être demandé à la personne de confiance ;
- les tests génétiques : lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement de la personne concernée, la personne de confiance peut être consultée ;
- lors d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte : la personne de confiance peut accompagner la personne malade lors des autorisations de sortie.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

_____

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

E-mail : _____

➔ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

➔ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M _____

➔ que M _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

➔ que M _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Témoin 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M _____

➔ que M _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

➔ que M _____ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature

Formulaire désignation de la personne de confiance remis à :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone

ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE (CHECK-LIST)

Le ___/___/___

Étiquette Patient

	Oui[1]	Non[2]	NA[3]
• Directives anticipées	☐	☐	☐
• Personne de confiance	☐	☐	☐
• Volontés exprimées (philosophiques, culturelles...)	☐	☐	☐
• Contrat obsèques et chambre funéraire	☐	☐	☐
• Personne à prévenir en cas de décès jours +/- nuit	☐	☐	☐
• Équipe informée de l'évolution	☐	☐	☐
• Diagnostic annoncé par le médecin au patient et à la famille	☐	☐	☐
• Prise de décision :			
✓ En équipe : réunion de synthèse	☐	☐	☐
✓ Avec le patient	☐	☐	☐
✓ Avec la famille ou la personne de confiance	☐	☐	☐
✓ Avis spécialisé	☐	☐	☐
• État d'aggravation annoncé à la famille (Par le médecin ou par un membre de l'équipe)	☐	☐	☐
• Soutien psychologique de la personne si besoin par un(e) psychologue	☐	☐	☐
• Soutien de la famille si besoin	☐	☐	☐
• Moyens d'accompagnement de la personne par ses proches mis à leur disposition	☐	☐	☐
• Symptômes de fin de vie contrôlés	☐	☐	☐
• Soins de confort mis en place	☐	☐	☐
• Après le décès s'assurer du :			
✓ Respect des volontés de la personne	☐	☐	☐
✓ Respect des bonnes pratiques	☐	☐	☐
✓ Vécu de l'équipe lors de l'accompagnement (Abordé)	☐	☐	☐
• Commentaires			

[1] *Oui Nécessaire fait ;*
[2] *Non : Nécessaire non fait ;*
[3] *NA : Non applicable/Non nécessaire.*

Outil d'aide à l'anticipation de décisions médicales

Destiné au médecin coordonnateur et à l'équipe soignante de l'EHPAD : ……

Identité de la personne ou étiquette
Nom : …… Prénom : ……
Date de naissance : …… Age : ……
Chambre :……

Partenaires externes :
EMSP ☐
HAD ☐
CMPPA ☐
Autres : ……

Pathologie principale et facteurs de vulnérabilité psychique :

……

……

Comorbidités :

……

……

Evolution de l'état du patient :

……

……

Nombre d'hospitalisations dans l'année en lien avec la pathologie :

……

……

Souhaits du résident :

……

……

Souhaits des proches :

……

……

SYNTHESE

En fonction de tous ces éléments peut-on réfléchir à une anticipation des événements médicaux ?

oui ☐ **non ☐**

Si oui : ➪

⇨ Contact médecin traitant ☐
⇨ Contact famille, proches ☐
⇨ Contact autres partenaires ☐
⇨ Directives anticipées oui ☐ non ☐
à proposer oui ☐ impossible ☐
⇨ Procédure collégiale à faire oui ☐ non ☐
appel à l'EMSP oui ☐ non ☐

Si non : ➪

Arrêt de la discussion ☐
A reprendre éventuellement ultérieurement ☐

Date : ……
Signature :

En regard de tous ces éléments permettant l'anticipation, voici l'orientation du projet de soins en cas d'urgence pour Mr / Mme : …….

Docteur : …… Date : ……. Signature :

Réévaluation le : ……Par : …… Signature :

Document accessible pour le personnel d'urgence (conseils téléphoniques, déplacements).

LE GROUPE URGENCES EHPAD REGEHVO 2015-2016

PILOTAGE DU GROUPE	
PILOTE DU GROUPE	Dr WAGNER Aline, Gériatre CH REMIREMONT
COPILOTE DU GROUPE	Dr OSNOWYCZ Lydie, Médecin Coordonnateur ELOYES
COPILOTE DU GROUPE	Dr MULLER Matthieu, Urgentiste CH REMIREMONT

MEMBRES du GROUPE		
NOM Prénom	**fonction**	**Etablissement**
AME Béatrice	FFCadre de santé Infirmier	EHPAD CORNIMONT
AMET Catherine	IDE	EHPAD ELOYEs
ANDRE Dayma	Aide soignante de nuit	EHPAD CORNIMONT
ANTOINE Eva	Aide soignante de nuit	EHPAD LA BRESSE
BAKPA Amélie	Cadre de Santé Infirmier	CH REMIREMONT Urgences
BRUNEL	IDE	EHPAD ELOYES
ETIENNE Emilie	IDEC	EHPAD L'accueil REMIREMONT
GAILLARD Sylvie	Cadre de Santé Infirmier	CH REMIREMONT Filière de Gériatrie
GEHIN Etienne	Médecin Coordonnateur	EHPAD ST Etienne les Rmt et Cornimont
GEHIN Rachel	Cadre de Santé Infirmier	EHPAD Léon WERTH Remiremont
GURY Virginie	IDE Coordinatrice	EHPAD St Etienne les Remiremont
LACERCAT Marie	IDE	EHPAD BAINS LES BAINS
LALEVEE Stéphanie	Aide soignante de Nuit	EHPAD LA BRESSE
LAPROVOTE Isabelle	Aide soignante de Nuit	EHPAD CORNIMONT
MERCIER Mélanie	Aide soignante de nuit	EHPAD LA BRESSE
MILLIOTTE Véronique	Cadre de Santé Infirmier	EHPAD VAL d AJOL et PLOMBIERES
MULLER Matthieu	Médecin Urgentiste	CH REMIREMONT Urgences
OSNOWYCZ Lydie	Médecin Coordonnateur	EHPAD ELOYES
POIROT Cindy	Aide soignante de nuit	EHPAD LA BRESSE
QUARTIER Rosa	IDE	EHPAD Le Solem VAGNEY
RICOUR Odile	Médecin coordonnateur	EHPAD L'Accueil / EHPAD VAGNEY
RINGLE Christelle	IDE	EHPAD CORNIMONT
RUAUX Nathalie	Cadre de Santé Infirmier	EHPAD Le Thillot Bussang
TALLACHINI Laurence	Cadre de Santé Infirmier	EHPAD ELOYES
TISSERAND Jérôme	Médecin Urgentiste	CH REMIREMONT Urgences
SAVOY Christine	Cadre de Santé Infirmier	EHPAD LA BRESSE
UHRIG Agnès	IDE Coordinatrice	EHPAD LA BRESSE
VANNSON Marie Odile	Médecin Chef de service	CH REMIREMONT Urgences
WAGNER Aline	Médecin Gériatre et Coordonnateur	CH REMIREMONT Filière Gériatrie EHPAD Léon Werth REMIREMONT
XEMARD Emmanuel	Médecin Coordonnateur	EHPAD Le Chatelet REMIREMONT

REGEHVO le 15 septembre 2016