

**UNIVERSITE
René DESCARTES
PARIS V**

**FACULTE COCHIN
PORT ROYAL
PARIS**

***LE CHARIOT D'URGENCE EN EHPAD
POUR QUOI FAIRE ?***

Docteur Alain COSSON

**Diplôme Inter Universitaire
de médecin coordonnateur d'EHPAD**

Année Universitaire 2006 – 2007

SOMMAIRE

INTRODUCTION	page 2
LE CONTEXTE	page 3
1. Données démographiques	page 3
2. Pathologies des personnes âgées en EHPAD	page 4
3. Risque vital et personne âgée	page 5
4. Les principales urgences rencontrées	page 6
LA LEGISLATION	page 7
LA PROBLEMATIQUE	page 9
LES MESURES PREVENTIVES	page 10
1. Chariot d'urgence : état des lieux en EHPAD	page 11
2. proposition de chariot ou sac d'urgence d'une EHPAD	page 12
a. localisation	
b. maintenance	
c. contenu du sac d'urgence	
d. place du défibrillateur semi-automatique	
e. mise en place de fiches réflexes à destination des soignants	
3. Formation du personnel aux gestes et soins d'urgence	page 15
4. Optimisation du dossier patient	page 16
CONCLUSION	page 17
LEXIQUE	page 18
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation, en France comme dans les pays développés.

Le grand âge, qui s'accompagne souvent de poly pathologies et d'une baisse importante de l'autonomie, conduit les personnes âgées à solliciter l'entrée en institution de type EHPAD.

La canicule de l'été 2003 a eu comme dramatique conséquence une augmentation du nombre de décès de personnes âgées accueillies en EHPAD. Cette faille regrettable est la conséquence d'une méconnaissance des gestes simples et ou de l'impossibilité de les effectuer¹, dans le cadre de l'urgence.

En réaction, le gouvernement, dans le plan SROS 3, recommande de planifier et de mettre en œuvre un programme de formation de tous les personnels des EHPAD, aux gestes d'urgence.

Les EHPAD se voient donc dans une obligation de moyen afin d'optimiser cette prise en charge.

Une des missions du médecin coordonnateur est de participer à la mise en œuvre de tels moyens.

¹ PELLERIN D. , HAMARD H. , Prise en charge de l'état sanitaire des personnes âgées, les leçons de la canicule 2003. Bulletin Académie Nationale Médecine ; 2003 ; 187 ; N°7 ; séance 21.... Octobre 2003

LE CONTEXTE

1) données démographiques

Selon les données de l'INSEE la population française est passée de 50.5 Millions d'habitants en 1970 à 58.7 Millions d'habitants en 2000 et devrait atteindre 64 Millions d'habitants en 2030.

Les sujets de 75 ans et de plus de 85 ans passeront respectivement de 4.2 et 1.2 Millions en 2000 à 8.3 et 2.4 Millions en 2030, et ces effectifs devraient respectivement tripler et quintupler d'ici 2050.²

Le nombre de centenaires, établi à 6577 en 1997 devrait passer à 18 000 puis 21 000 en 2010 et 2020 respectivement³.

L'espérance de vie en France est actuellement de 75.2 ans pour les hommes et de 82.7 ans pour les femmes.

Si la baisse de mortalité se poursuit l'espérance de vie à la naissance en 2035 sera de 81.9 ans pour les hommes et de 89 ans pour les femmes⁴.

Ainsi à notre époque, un homme et une femme de 60 ans peuvent espérer vivre respectivement 20.2 et 25.6ans.

A 75 ans, l'espérance de vie est de 10 et 13 ans pour un homme et une femme respectivement et de 5 à 6.5 ans pour un individu de 85 ans.

² BRUTEL C, OMALEK L. Projection démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030. Source : Institut national de la statistique et des études économiques 2002 : population famille

³DOISNEAU L. Panorama démographique de la France en 2000. Source : Institut national de la statistique et des études économiques 2000 : population famille

⁴ BRUTEL C. Projection de population à l'horizon 2050. Un vieillissement inéluctable. INSEE Première 2001 ; 762 :1-4

2) Pathologies des personnes âgées en EHPAD

Les personnes âgées vivant en institution sont pour la plupart atteintes de poly pathologies, dont la fréquence s'accroît au fur et à mesure de leur vieillissement.

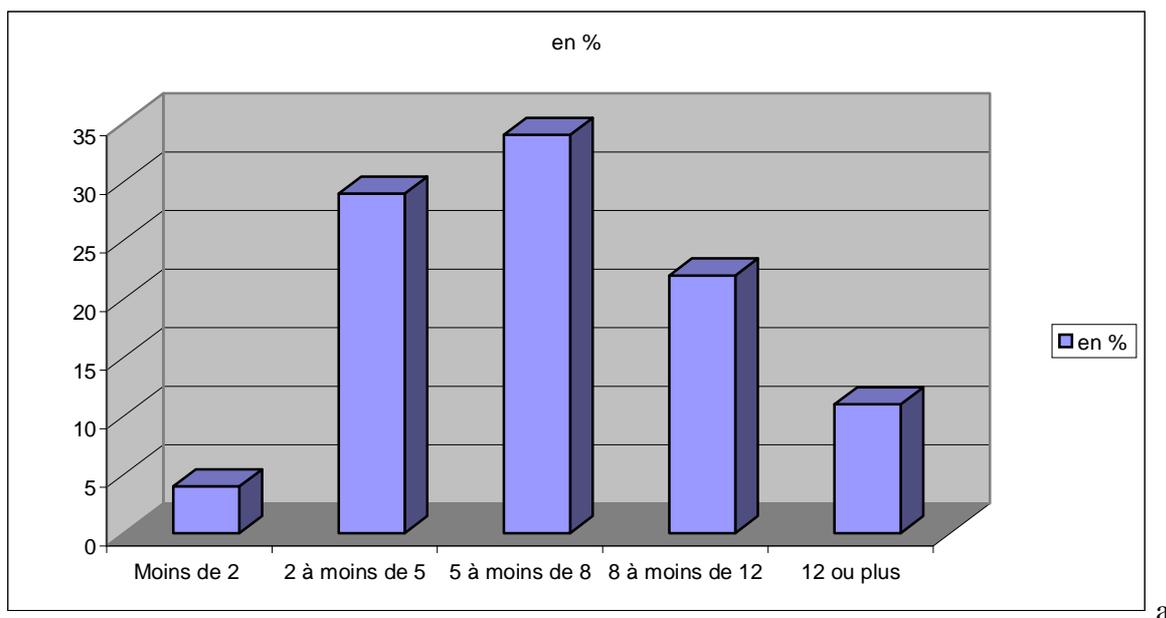
L'enquête EHPA 2003 nous montre que dans 85 % des cas les résidents d'EHPAD souffrent d'une affection neuro-psychiatrique. Les états dépressifs et syndromes démentiels concernent un tiers d'entre eux.

Les maladies cardio-vasculaires touchent les trois quarts d'entre eux et l'hypertension artérielle est au premier rang des pathologies retrouvées avec 47 % des personnes atteintes.

La moitié des résidents et notamment les femmes souffrent au moins d'une affection ostéo-articulaire. Les maladies uro-néphrologiques et gastro-entérologiques atteignent un tiers des personnes âgées vivant en EHPAD.

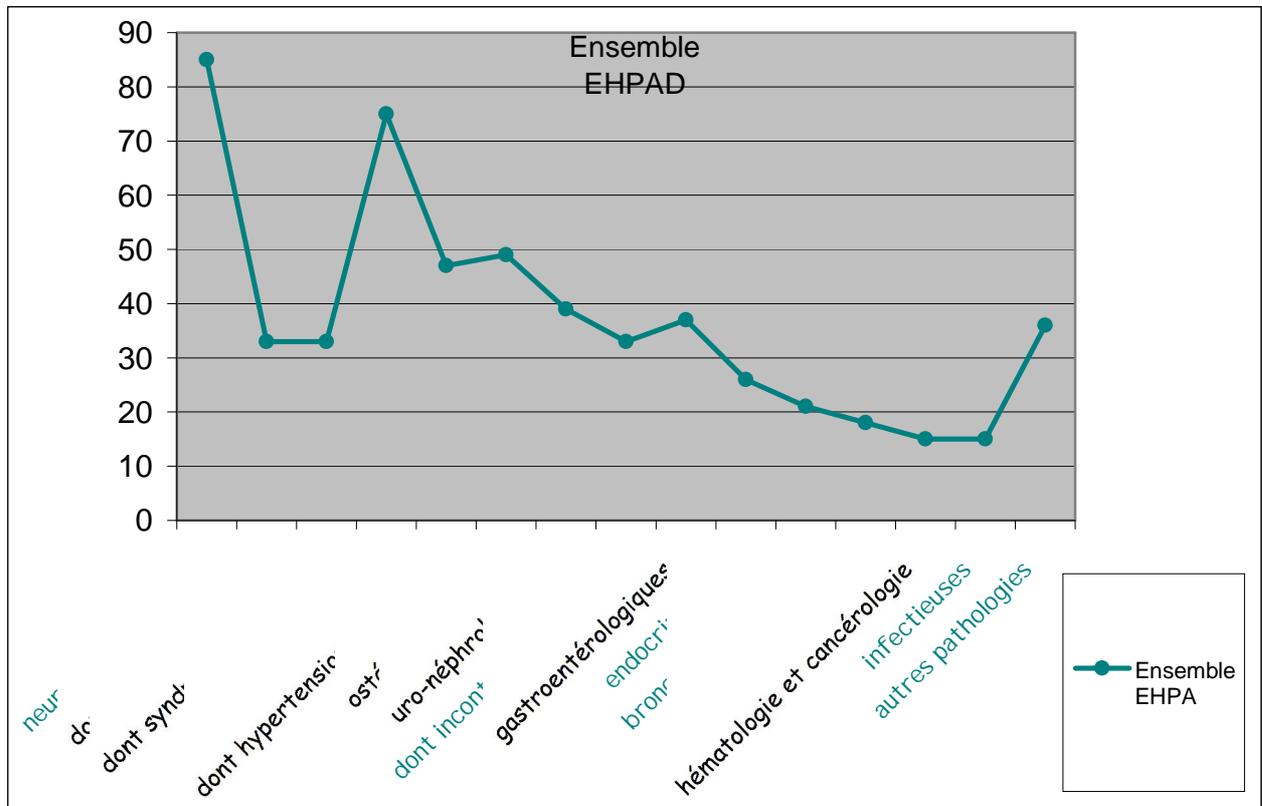
Globalement les résidents en EHPAD cumulent 7 pathologies diagnostiquées en moyenne et ce nombre augmente avec l'âge et le niveau de perte d'autonomie.

Nombre moyen de pathologies par résident hébergé en EHPAD⁵



⁵ DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S. , les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, Etudes et résultats, n° 494, Juin 2006, DREES.

Principales pathologies atteignant les résidants en EHPAD⁵



3) Risque vital et personne âgée

Pour les médecins interrogés dans l'étude de Nathalie DUTHEIL et all, le risque vital est engagé pour 14 % des résidants.

Plus le cumul de pathologies est élevé, plus le risque vital encouru par le patient semble engagé.

Ainsi 24 % des personnes âgées ayant huit pathologies ou plus verraient leur risque vital engagé contre 11% de celles qui ont entre cinq et huit pathologies et 8 % de celles qui comptent moins de cinq pathologies.

Un quart des personnes qui ont au moins une pathologie de gravité forte, voient par ailleurs leur pronostic vital engagé.

Pour celles qui ont une pathologie de gravité moyenne, cette proportion serait de 6 % et de 3% pour celles qui n'ont que des pathologies de gravité modérée.

Ces personnes âgées en établissement dont le pronostic vital semble engagé consomment en moyenne 6.9 médicaments, contre 6.3 pour celles qui ne sont pas dans ce cas.

4) les principales urgences rencontrées

- ✓ Les décompensations cardiaques ischémiques aiguës, se traduisant par un arrêt cardiaque et ou une perte de connaissance. (attention aux formes cliniques atypiques ou frustes qui retardent le diagnostic, d'où l'importance de la réalisation d'un ECG)⁶
- ✓ Les décompensations respiratoires⁷
- ✓ L'accident vasculaire cérébral (ischémique et hémorragique)⁸
- ✓ Les chutes graves et traumatismes graves⁹
- ✓ Les fausses routes
- ✓ Les comas métaboliques (hypoglycémie +++)¹⁰

Ce sont toujours des pathologies lourdes qui s'accompagnent souvent d'un syndrome démentiel, aux facteurs déclenchant nombreux et qui conduisent vers un pronostic sombre¹¹.

⁶ ASSEZ N. , GOLSTEIN P. , MAURIAUCOURT P. , LORIAU O., CUNY J., GIBERT P. , Syndromes coronariens aigus et repas âgées, Médecine d'urgence 2003, p. 87-105

⁷ L'HER E. , RAY P. , DUQUESNE F. , Détresse respiratoire aiguë de la personne âgée, Médecine d'urgence 2003 , p. 67-85

⁸ PELLERIN C. , MAUGET Y. , BOUJU A. , ROUANET F. , PETITJEAN M.E. , DABADIE P. , Accident vasculaire cérébral, Médecine d'urgence 2003, p. 107-117

⁹ LENFANT F., Détresses vitales du sujet âgé : les traumatismes graves, Médecine d'urgence 2003 p.47-55

¹⁰ BODDAERT J., GOURONNEC A., BOUCHON J.P., CONGY F., RIOU B., VERNY M. ; vieillissement de la population : conséquences en médecine d'urgence ; Médecine d'urgence 2003, p7-19

¹¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric association; 1994.

LA LEGISLATION

A notre connaissance, il n'existe à l'heure actuelle, aucun texte législatif et réglementaire en matière de chariot, de valise, de sac d'urgence pour les établissements de santé et les structures médico-sociales. Dans le cadre des EHPAD, la situation est strictement identique.

Néanmoins il existe quelques textes sur la prise en charge des urgences :

- ✓ Décret n° 2007-705 du 04 Mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- ✓ Circulaire N°233/DHOS/P2/2006/du 29 mai 2006, relative à la formation des personnels aux gestes d'urgence et à la gestion des crises sanitaires
- ✓ Arrêté du 03 Mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences, pour les établissements sanitaires ou une structure médico-sociale.
- ✓ Manuel d'Accréditation version 2 septembre 2004, Chapitre 3 : la prise en charge du patient

Dans le cadre de la certification, l'HAS veille à ce que une bonne prise en charge des urgences vitales au sein des établissements pour personnes âgées soit assurée.¹²

- ✓ Manuel d'Accréditation version 1 Juin 2003 référentiel OPC :

Référence 5 : les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge

¹² Rapport de certification du centre de moyen séjour et de convalescence de Charleville sous bois Mai 2007
HAS

Référence 7 : la continuité des soins est assurée

Référence 7c : une organisation est mise en place pour faire face aux urgences vitales internes.

- ✓ Décret N°2002-194 du 11 Février 2002 de compétences relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : articles 1, 5, 6, 8, 13

- ✓ Décret N°93-221 du 16 Mars 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières : articles 10, 15, 29. (Annexe texte loi sur rôle de l'IDE)

- ✓ Réglementation pharmaceutique
 - a. Décret N° 2000-1316 du 26 Décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état)
 - b. Arrêté du 31 Mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnée à l'article L.595-1 du code de santé publique (annexe 2 : réglementation pharmaceutique)

LA PROBLEMATIQUE

Cette évolution démographique entraîne de plus en plus souvent le recours à une hospitalisation dans les services d'urgence de personnes âgées, accueillies en EPHAD.

Elles sont atteintes de poly pathologie, et sont susceptibles de présenter à tout moment une défaillance vitale aiguë nécessitant un traitement en urgence, en attente d'un transfert par un service SMUR vers un service d'urgences.

L'âge n'est certainement pas un critère très déterminant dans la décision médicale, en comparaison des pathologies associées et de la qualité de vie attendue.

C'est donc à nous, médecins coordonnateurs d'EHPAD, en pré-hospitalier de prendre ou de permettre de prendre en charge ces urgences rapidement et efficacement, d'en fixer les objectifs thérapeutiques, et de prendre une décision de mise en route d'une réanimation en collaboration avec les médecins traitants, les médecins urgentistes et les familles.

LES MESURES PREVENTIVES

La mise en place d'un chariot d'urgence doit permettre une disponibilité immédiate du matériel et des médicaments nécessaires, favorisant la rapidité d'action du personnel.

Le contenu de ce chariot d'urgence doit être optimisé afin de permettre une prise en charge adéquate des pathologies spécifiques concernant la personne âgée.

La formation du personnel aux gestes d'urgences est la première pierre de cet édifice, car en matière d'urgence, on ne peut parler de prise en charge des urgences sans avoir préalablement investi dans une formation de tout le personnel aux gestes élémentaires d'urgence.

A ce propos une des grandes incompréhensions à l'égard de la prise en charge en aiguë des vieillards est la notion d'acharnement thérapeutique pour maintenir un individu en vie quel qu'en soit le prix. « Vous ne pouvez pas le laisser finir sa vie en paix ? », est une réflexion maintes fois entendue lorsqu'une réanimation est proposée à un vieillard en situation de défaillance aiguë vitale.

En fait cette demande fait ressortir plus le besoin d'évaluation de perspective de morbidité et de mortalité des grands vieillards.

C'est pourquoi l'objectif d'une prise en charge d'une défaillance aiguë chez la personne âgée est aussi d'évaluer le plus précisément possible les perspectives d'avenir du patient pour anticiper sur sa qualité de vie, son autonomie, en sachant que parfois seront nécessaires de longs mois de réadaptation pour retrouver une autonomie.

Le vieillissement n'est pas une maladie et l'âge n'est pas une contre-indication à une réanimation¹³.

Les critères de prise en charge doivent reposer sur l'état fonctionnel de la personne âgée, de son cadre de vie et de critères éthiques¹⁴.

¹³ ASSEZ N., GOLDSTEIN PMAURIAUCOURT P., LORIAU O., CUNY J., GIBERT P., Samu régional de Lille, CHRU Lille Syndromes coronariens aigus et personnes âgées. Médecine d'urgence 2003, p 87-105

Il n'est pas, en effet souhaitable d'entreprendre de réanimer de la même façon un vieillard grabataire, en fin de vie, atteint d'une démence et un vieillard complètement autonome jusqu'alors, sans troubles psychiques ou physiques qui présenterait une même défaillance viscérale aiguë.

1) CHARIOTS D'URGENCE : ETAT DES LIEUX EN EHPAD

La lecture de la littérature médicale à propos de la place du chariot d'urgence en EHPAD est très pauvre.

Seules, deux publications françaises nous donnent un état des lieux qui peut paraître inquiétant :

Dans le cadre de son mémoire en 2002 - 2003, le Docteur MUZARD ne recense l'existence d'un chariot d'urgence opérationnel que dans 45% des établissements et qui ont fait l'objet de son travail (présent dans 9 établissement sur vingt et en voie de l'être dans trois autres établissements)¹⁵.

Lors des journées gériatriques de l'Est en 2006, le Docteur SIXT, gérontologue à Beaune¹⁶, ne retrouve un chariot d'urgence opérationnel que dans 34 % des EHPAD ayant répondu à son enquête (100 EHPAD sur 300)

Seulement 47 % de ces EHPAD ont des procédures de vérification de leur chariot d'urgence.

Plus inquiétant, seulement 63 % des établissements nantis de chariot d'urgence ont proposé une formation aux gestes et soins d'urgence à leur personnel.

Les Défibrillateurs Semi-Automatiques (DSA) ne sont présents que dans 6 % des EHPAD.

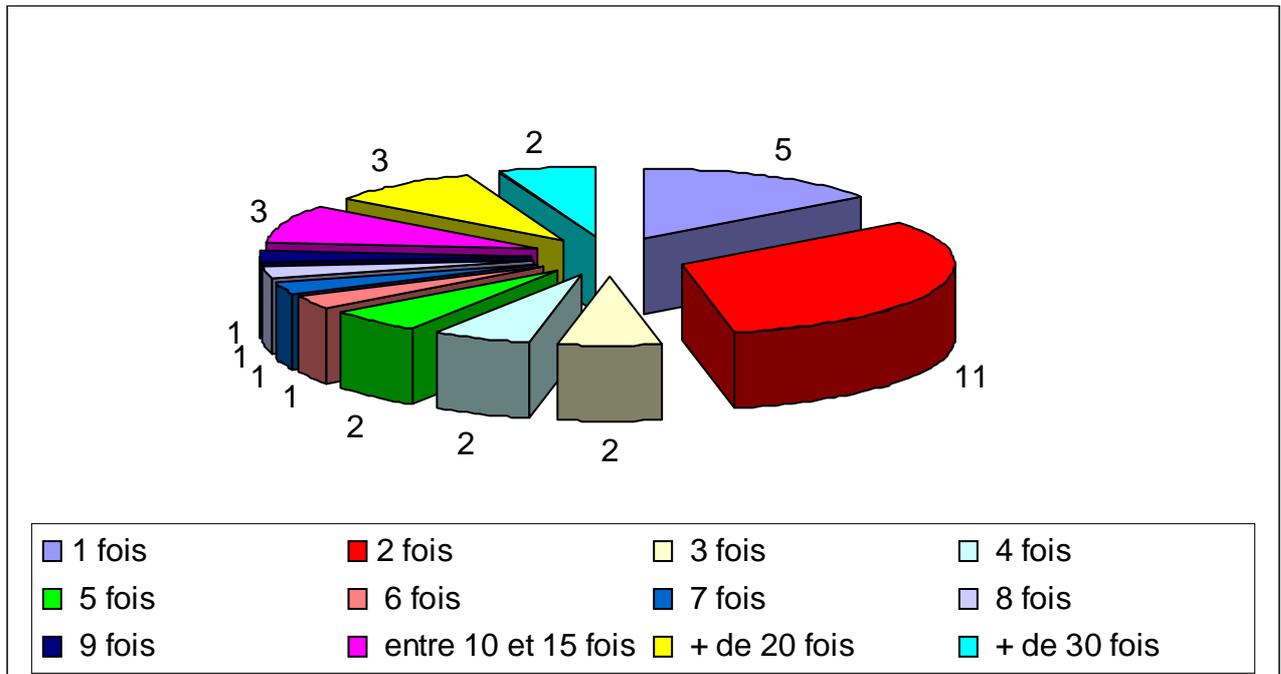
¹⁴ CARPENTIER F., FICARELLI A., HUART D., H. LAMBERT H., JEHLE E., LEBRIN P., LESTAVEL PH., Société francophone de Médecine d'Urgence, 10^e conférence de consensus, prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, 5 Décembre 2003- Strasbourg

¹⁵ MUZARD M. Démarche qualité en EHPAD, mémoire de DIU de médecin coordonnateur en EHPAD, Université de Paris V faculté de médecine Cochin-Port Royal, 24 rue du faubourg Saint Jacques, année 2002-2003

¹⁶ SIXT M., le chariot d'urgence en institution, Société de Gérontologie de l'Est, Les urgences en gériatrie, SENS 23/07/2006

Il est néanmoins rassurant de constater que la présence d'un chariot d'urgence associée à une formation adaptée permet au personnel d'intégrer les gestes et soins d'urgence dans leur pratique quotidienne. Ainsi les établissements possédant un chariot d'urgence ont pu l'utiliser au moins une fois dans l'année.

Nombre d'utilisation dans l'année du chariot d'urgence en EHPAD



2) PROPOSITION DE CHARIOT OU SAC D'URGENCE D'UNE EPHAD

Pour des raisons de coût financier, de facilité de transport et d'ergonomie du personnel, le chariot d'urgence sera avantageusement remplacé par un sac d'urgence.

a. Sa localisation

Il doit être impérativement rangé dans un lieu connu de tous et accessible très facilement à tout moment. (Exemple : l'infirmierie) afin de permettre une disponibilité immédiate du matériel et des médicaments.

b. Maintenance

Elle est sous la responsabilité des IDE. Le chariot doit être impérativement scellé.

Un planning prévisionnel (nous conseillons une vérification hebdomadaire) doit être organisé pour que l'ensemble des IDE participe à la vérification du chariot et ait une bonne connaissance de son fonctionnement. (Permet d'éviter le stress et gain de temps). Le chariot doit être vérifié systématiquement après utilisation et le matériel utilisé remplacé.

Cette vérification doit être tracée sur un document faisant état de : nom, qualité, date, heure, signature.

Elle doit porter sur :

- L'état de fonctionnement du matériel
- L'approvisionnement en matériel
- L'approvisionnement en consommables
- Les dates de péremption

c. Le contenu du sac d'urgence

- ✓ Les médicaments et leurs indications. *Voir tableau en annexe 1*
- ✓ Le matériel de ventilation et d'oxygénation.
- Une bouteille d'oxygène.
- Un insufflateur manuel siliconé type AMBU * avec filtre adulte et son tuyau de raccordement à la bouteille.
- Des masques faciaux à usage unique N°3-4-5 (1 masque par taille)
- Des masques et lunettes de protection
- Un nécessaire pour intubation :
 - Un laryngoscope à lumière froide prêt à l'emploi (lampe et piles vérifiées), avec lames à usage unique N° 3 et 4.
 - Une pince de MAGILL à usage unique.
 - Un mandrin souple (4 mm de diamètre) à usage unique.
 - Des canules de GUEDEL taille 3-4-5. (une par taille)

- Des sondes d'intubation endo-trachéales à usage unique avec ballonnet basse pression : N° 6-7-8.
- Une seringue de 10 ml.
- Une bande de gaz pour fixation de sonde.

✓ Le matériel d'aspiration.

- Un aspirateur à mucosité manuel à usage unique
- Trois sondes d'aspiration trachéo bronchique taille CH 14 et CH 18.
- Deux sondes d'aspiration gastrique type SALEM CH 16.
- Une seringue de 50 ml à gros embout pour contrôle de sonde gastrique.

✓ le matériel d'injection.

- 5 seringues de 5 ml.
- 5 seringues de 10 ml.
- 2 seringues de 20 ml.
- Des trocars
- 1 set de perfusion

✓ Le matériel pour abord veineux.

- Compresses stériles.
- Antiseptique.
- Garrot sans latex
- Pansement adhésif type TEGADERM.
- Sparadrap.
- Cathéters courts 1.7mm (16G) 1.3 mm (18 G) 1.1 mm (20G).

✓ Le matériel de surveillance.

- Un appareil à tension artérielle.
- Un stéthoscope.
- Un appareil ECG complet, fonctionnel
- Électrodes
- Des gants de différentes tailles stériles et non stériles

d. Place d'un défibrillateur semi-automatique.

Un défibrillateur semi automatique : il n'est présent, comme nous l'avons lu dans l'étude du Dr SIXT¹⁶ que dans 6 % des institutions EHPAD

Sa présence nécessite une formation de l'ensemble du personnel à son utilisation selon l'arrêté du 03 Mars 2006 sus cité.

Son intérêt réside dans le fait que chaque minute qui passe, en cas de fibrillation ventriculaire, diminue les chances de survie de 7 à 10% ; sachant que le délai d'appel aux unités mobiles de secours est de cinq minutes et que s'y ajoute le temps de déplacement de ces secours (en moyenne dix minutes¹⁷.)

e. Mise en place de fiches réflexes à destination des soignants

Les gestes d'urgence seront précisés sur une fiche réflexe regroupant les conduites pratiques à tenir face à tout évènement aigu. Cette fiche, à l'usage des IDE, sera positionnée dans toute salle de soins, ainsi que dans le sac ou chariot d'urgence. *Modèle en annexe 2.*

3) FORMATION DU PERSONNEL AUX GESTES ET SOINS D'URGENCES

On ne peut parler de chariot d'urgence sans parler de l'apprentissage des gestes d'urgences :

L'arrêté du 03 Mars 2006 recommande pour tous les personnels de santé et les personnes travaillant dans un établissement sanitaire ou une structure médico-sociale d'être titulaire d'une AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) de 1° et /ou 2° degré, selon la catégorie socioprofessionnelle, en formation initiale ou continue et d'y inclure la formation à l'utilisation du DAE (défibrillation automatisée externe, incluant le DSA et le DA) .

Le médecin coordonnateur se doit d'assurer ici pleinement son rôle d'acteur et de formateur interne au sein de l'EHPAD, et veillera au suivi des formations continues de remise à jour, prévues toutes les 4 ans.

¹⁷ BASSE A, Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes, Défibrillateur semi-automatique, 05 février 2007

4) OPTIMISATION DU DOSSIER PATIENT

Il nous semble important de pouvoir mettre en place dans nos EHPAD, un équivalent du *do not attemp resuscitation order* adopté par nos voisins anglo-saxons.¹⁸

La décision de réanimer ou de ne pas réanimer devrait faire l'objet de procédures écrites, permettant l'application de consignes cohérentes préalablement définies, même en l'absence de l'équipe soignante habituelle. Il faut que les dossiers médicaux soient clairs et explicites notamment pour les patients en fin de vie ou échappant à toutes ressources thérapeutiques.¹⁹

Le rôle que pourrait tenir le médecin coordonnateur à l'instar de ce qui se fait dans les pays anglo-saxons est celui de médecin responsable de décision de réanimation ou de non réanimation en concertation bien entendu avec le médecin traitant, le SAMU, l'équipe soignante, la famille et le patient lui-même.

Grâce à cette décision commune l'attitude thérapeutique connue de tous peut être affichée sans réserve.

¹⁸ CUMMINS RO, SANDERS A, MANCINI E, et all. In-hospital resuscitation: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association Emergency Cardiac Care Committee and the advance cardiac life support, basic life support, pediatric resuscitation and program administration subcommittees. *Circulation* 1997; 95 : 2211-2

¹⁹ GUEUGNIAUD PY, CARRY PY, Réanimation cardio-pulmonaire en milieu hospitalier. *Encyclopédie Med Chir.* Paris : Elsevier ; 2002 : 36725 ; B10

CONCLUSION

La place d'un chariot d'urgence au sein des EHPAD est une nécessité pour permettre de faire face aux urgences vitales des résidents, patients âgés potentiellement fragiles, dont les capacités d'affronter les situations d'urgence sont limitées.

Les conséquences du vieillissement et surtout leurs poly pathologies font de ces patients âgés des êtres vulnérables, présentant des taux de mortalité élevés en situation d'urgence. Il importe d'intervenir le plus rapidement possible et à bon escient lors de toute détresse aiguë.

C'est pourquoi le rôle et la responsabilité du médecin coordonnateur d'EHPAD sont engagés dans la formation du personnel et la mise en place de procédure d'utilisation et de vérification du chariot d'urgence en EHPAD. Il veillera également à fournir un profil médical des personnes âgées accueillies dans son EHPAD le plus précis possible afin de permettre de prendre des décisions de réanimation les plus adéquates pour ces résidents âgés.

C'est aussi en favorisant une collaboration étroite avec les filières de soins gériatriques d'urgence, les SMUR, les SAU et les UMG, dans le respect des recommandations du nouveau plan SROS, que le médecin coordonnateur d'EHPAD participera à la prise de décision pluridisciplinaire des limites d'une réanimation, qui reste à ce jour un problème essentiel d'ordre éthique pour notre profession.

LEXIQUE

AFGSU : *Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences*

DA : *Défibrillateur Automatique*

DRESS : *Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques.*

DAE : *Défibrillateur Automatique Externe*

DSA : *Défibrillateur Semi-Automatique*

ECG : *Electro Cardio Gramme*

EHPAD : *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*

HAS : *Haute Autorité de Santé*

IDE : *Infirmière Diplômée d'Etat*

INSEE : *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.*

IM : *Intra-Musculaire*

IVD : *Injection Intra- Veineuse*

SAMU : *Service Aide Médicale Urgente*

SAU : *Service d'Accueil des Urgences*

SMUR : *Service Mobile Urgence et de Réanimation*

SPO2 : *Oxymétrie de pouls*

SROS : *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*

UMG : *Unité Mobile Gériatrique*

ANNEXE 1

LES MEDICAMENTS D'URGENCE

ANNEXE 2

GESTES D'URGENCE : ATTITUDE PRATIQUE

POUR TOUTE DETRESSE, APPELER LE 15

Après prise des constantes : Pouls -TA -fréquence respiratoire -SpO2

TYPE DE SITUATION	GESTES A REALISER
ARRET CARDIAQUE	<ol style="list-style-type: none">1. METTRE le patient au sol en DECUBITUS2. Libérer les VOIES AERIENNES SUPERIEURES3. MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE4. Oxygéner5. Poser un ABORD VEINEUX6. Mise en place du DSA
CONVULSIONS	<ol style="list-style-type: none">1. METTRE le patient en POSITION LATERALE DE SECURITE2. Libérer les VOIES AERIENNES SUPERIEURES3. Oxygéner4. Poser un ABORD VEINEUX5. Préparer une seringue d'une ampoule de VALIUM 10 mg/2ml
DOULEURS THORACIQUES	<ol style="list-style-type: none">1. Mettre le patient en POSITION DEMI-ASSISE2. NATISPRAY sous la langue3. Evaluer la DOULEUR Pratiquer un E.C.G.4. Pratiquer un E.C.G5. Poser un ABORD VEINEUX6. Oxygéner
MALAISE VAGAL	<ol style="list-style-type: none">1. Mettre le patient en DECUBITUS DORSAL2. Oxygéner3. Surélever les MEMBRES INFERIEURS4. Réaliser d'un DEXTRO5. Préparer une seringue d'ATROPINE : 0,5 mg/ml
DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE (hors insuffisance respiratoire chronique connue)	<ol style="list-style-type: none">1. Mettre le patient en POSITION ASSISE2. Oxygéner3. Poser un ABORD VEINEUX