



Prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence

Un programme
des réseaux des urgences
Auvergne-Rhône-Alpes

Cet outil est destiné aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) désireux de mettre en place une démarche d'amélioration continue des pratiques en collaboration avec les services d'urgence.

Ce guide se veut opérationnel et pragmatique. Il contient des référentiels élaborés par des professionnels de santé, accompagnés par les réseaux des urgences de la région Auvergne-Rhône-Alpes, à partir des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé et enrichis de retours d'expériences. Il est le fruit d'un travail collaboratif entre spécialistes hospitaliers (urgentistes, gériatres, pharmaciens, infirmiers...) et professionnels d'EHPAD (directeurs, médecins coordinateurs, infirmiers...).

Il vise à apporter une aide à la décision diagnostique, thérapeutique et d'orientation du résident d'EHPAD en situation d'urgence.

Un programme de formation a été développé et évalué par RESUVal, à destination des professionnels des EHPAD.

Il est repris par l'ensemble du réseau d'urgences de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Un travail collaboratif mené par l'OPCEM-SA¹, en lien avec le Réseau nord alpin des urgences (RENAU), a permis de compléter ce guide.

Ces référentiels ne sont pas exclusifs et ne constituent pas des règles opposables. Ils peuvent être complétés et adaptés au contexte local et aux ressources disponibles.

Ce travail a vu le jour grâce au soutien financier et logistique apporté aux réseaux des urgences par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et ne bénéficie d'aucun support industriel.

Merci de nous informer de toute erreur ou d'éventuel dysfonctionnement rencontré (cf. page « Contacts » en fin de livret).

¹ Outil d'aide à l'Optimisation de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé

Sommaire

5

Qu'est-ce qu'une urgence?	P. 6
Comment s'organise une urgence?	P. 8
Grille AGGIR et calcul du GIR	P. 10
Checklist de transmission au 15	P. 12
Transmission du bilan au centre 15	P. 14
Les référentiels	P. 15
Douleur thoracique / Gêne respiratoire	P. 16
Chute avec lésion(s)	P. 18
Malaise et/ou mouvements anormaux ou suspicion d'AVC	P. 20
Douleur abdominale d'apparition brutale	P. 22
Traumatisme crânien léger	P. 24
Malaise hypoglycémique (dextro ≤ 0.6 g/L)	P. 26
Douleur post-traumatique	P. 28
Fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$	P. 30
Suspicion de phlébite (membre chaud et douloureux)	P. 32
Vomissements	P. 34
Diarrhées aiguës	P. 36
Peu ou pas d'urines	P. 38
Trouble du comportement aigu ou agitation inhabituelle	P. 40
Epistaxis – saignement de nez	P. 42
Céphalées - Maux de tête	P. 44
Médicaments et dispositifs médicaux	P. 46
Dispositifs médicaux d'urgence (proposition)	P. 56
Annexes	P. 60
Proposition de fiche de liaison d'urgence	P. 62
Bon usage des médicaments	P. 64
Glossaire	P. 68
Groupes de travail	P. 70
Contacts	P. 72

Qu'est-ce qu'une urgence?

Une urgence est une situation exigeant une réponse ou action immédiate et rapide.

Certaines urgences se distinguent par leur gravité quand elles engagent le risque vital. Leur prise en charge doit être rapide et efficace.

L'observation de certains symptômes cliniques peut alerter sur le degré de gravité.

Dans certaines situations, il est important de s'assurer de la présence d'une prescription anticipée. L'existence de directives anticipées, de décision de Limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) et les situations de soins palliatifs, doivent être portées à la connaissance des interlocuteurs médicaux, pour leur permettre de décider de la prise en charge adaptée.

Signes de gravité

SIGNES CLINIQUES

Signes neurologiques:

- ☐ Trouble de la conscience (coma léger ou profond : réactivité à la stimulation, ouverture des yeux)
- ☐ Convulsions persistantes
- ☐ Paralysie brutale (face, membre, moitié corps)
- ☐ Troubles de la parole (+/- de la vision)

Signes respiratoires:

- ☐ Difficultés respiratoires
- ☐ Respiration bruyante
- ☐ Parole difficile
- ☐ Sueurs, marbrures (marques violacées de la peau), cyanose (coloration mauve bleutée de la peau, débutant aux extrémités).

Signes cardio-circulatoires:

- ☐ Malaises successifs avec perte de connaissance
- ☐ Sueurs, marbrures, cyanose
- ☐ Douleur thoracique continue, violente, constrictive (comme dans un étau)

Si possibilité de prise de paramètres, signes de gravité en présence:

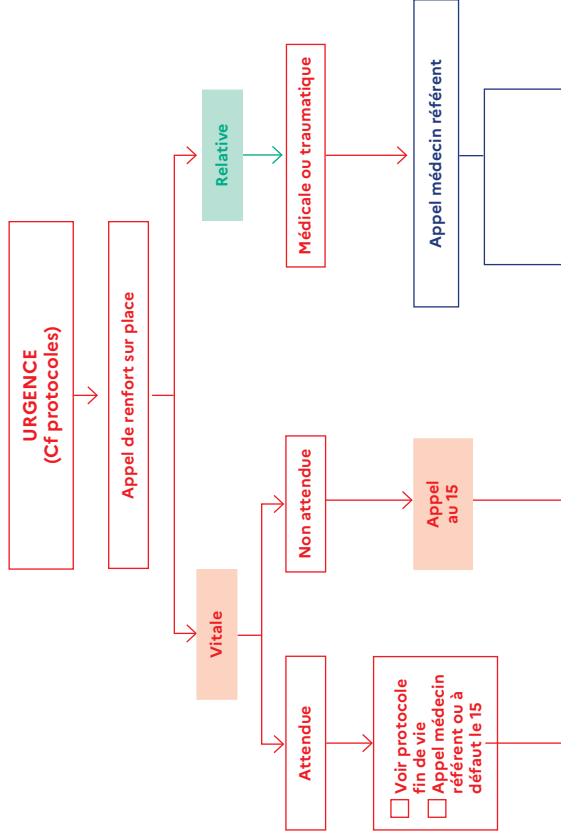
- ☐ Fréquence cardiaque (pouls) $< 50/\text{min}$ ou $> 100/\text{min}$
- ☐ Tension artérielle (systolique) $< 100\text{mmHg}$ ou $> 200\text{mmHg}$ (aux 2 bras)
- ☐ Fréquence respiratoire $< 10/\text{min}$ ou $> 30/\text{min}$
- ☐ SpO₂ (saturation) $< 90\%$ (hors insuffisance respiratoire chronique, BPCO)

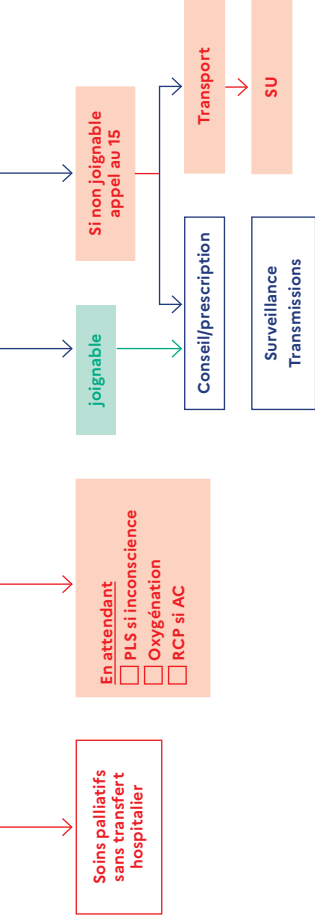
Prise des paramètres:

Pour être fiables, les paramètres doivent être pris dans de bonnes conditions.

- ☐ La prise des paramètres n'est pas une priorité.
- ☐ C'est l'identification de l'urgence notamment par les signes cliniques qui prime.
- ☐ La connaissance des paramètres cliniques permet de compléter l'appréciation de l'état clinique du patient et notamment sa gravité.

Comment s'organise une urgence?







Grille AGGIR et calcul du GIR

Il existe six Groupes iso-ressources (GIR) (classification par un algorithme complexe imposant l'informatique).

GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : correspondant à deux catégories :

- personnes confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;

- personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments perturbateurs") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

GIR 3 : personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

GIR 4 : correspond à deux catégories :

- personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules ;
- personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

GIR 5 : personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

GIR 6 : personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante.

Source : CNAMTS - Janvier 2008

Nom et Prénom du Résident :

Age / date de naissance :

Situation inattendue ? ☐ Oui ☐ Non

Date :

Heure d'évaluation de la situation :

Motif de l'appel :

☐ **Détresse Cardio-Respiratoire**

Douleur thoracique

Heure de début :

Survenue : ☐ brutale ☐ progressive

Intensité : ☐ légère ☐ modérée ☐ forte

☐ Douleur bras Gauche / Droit

☐ Douleur mâchoire

☐ Nausées

☐ Vomissements

Détresse respiratoire

☐ **Toux, crachats**

☐ Crachats de sang

☐ Essoufflement au repos

☐ Essoufflement à l'effort

Survenue : ☐ brutale ☐ progressive

Bruits respiratoires :

☐ Ronflements ☐ Sifflements

☐ Encombrements

☐ Difficulté à parler

☐ Cyanose (lèvres ou ongles bleus)

Troubles neurologiques

☐ Tb. de la conscience

☐ Agitation

Autres signes

☐ Sueur

☐ Pâleur

☐ **Chute avec Lésion**

Circonstances du traumatisme

☐ Par maladresse

☐ Malaise

☐ De sa hauteur

☐ Du lit, du fauteuil

☐ Hauteur élevée, escalier

Retrouvé(e) dans quelle position ?

.....

Durée de séjour au sol :

☐ Perte de connaissance (durée)

☐ Douleur (localisation)

☐ **Lésion crâne ou visage**

(localisation)

☐ Plaie

☐ Hémorragie

☐ Hématome ☐ Nausées

☐ Vomissements

☐ Vertiges

☐ **Lésion membre supérieur**

(localisation)

☐ Plaie

☐ Hémorragie

☐ Hématome

☐ Déformation

☐ Incapacité à bouger le bras

☐ **Lésion membre inférieur**

(localisation)

☐ Plaie

☐ Hémorragie

☐ Hématome

☐ Déformation

☐ Rotation ext. du pied

☐ Incapacité à bouger la jambe

Paramètres vitaux et autres informations :

Pouls : ____/min.

TA bras droit : ____/____

TA bras gauche : ____/____

Saturation oxygène : ____%

Glycémie capillaire (dextro) : ____g/l

Niveau de dépendance (Niveau GIR) : ____

Consignes de limitation des soins : ☐ Oui (Joindre une copie des directives anticipées ou décision

Check-list de transmission au 15

A compléter auprès du patient pour faciliter la transmission du bilan au 15.

En cas de transfert du résident, une copie de ce document peut être jointe aux documents de liaison d'urgence

Nom EHPAD :

Téléphone (où le soignant peut être joint) :

Nom du soignant :

En situation d'urgence vitale, le recueil ne doit pas retarder l'appel

☐ **Malaise, AVC, Traumatisme crânien, Myts anormaux**

Heure de début des signes :

- ☐ Perte de connaissance Durée :
- ☐ Perte de contact
- ☐ Ouvre les yeux spontanément
- ☐ Ouvre les yeux à la demande
- ☐ Secousses bras et jambes
- ☐ Yeux réversibles
- ☐ Mâchoires serrées
- ☐ Perte d'urines
- ☐ Agitation

- ☐ Réponse verbale aux sollicitations
- ☐ Paroles normales/habituelles
- ☐ Paroles confuses
- ☐ Paroles incompréhensibles

- ☐ Serre la main G à la demande
- ☐ Serre la main D à la demande :

- ☐ Déviation de la bouche
- ☐ Pâleur
- ☐ Sueur
- ☐ Nausée :
- ☐ Vomissement

Echelle FAST

- ☐ Face : Asymétrie expression faciale ?
- ☐ ARM : T₀ motricité/sensibilité Mbre ?
- ☐ Speech: Anomalie parole ?
- ☐ Time : Heure de début des symptômes ?

☐ Patient mis sur le côté

☐ **Douleur abdominale brutale** Signes de gravité spécifiques

- ☐ Plusieurs vomissements
- Préciser quantité, aspect, présence de sang rouge ou sombre :

Date des dernières selles :

- ☐ Diarrhée récente
- ☐ Sang dans les selles

Préciser rouge ou sombre :

- ☐ Urines rouges ou caillots
- ☐ Absence d'urines
- ☐ Suspicion de globe vésical
- ☐ Ventre dur et ballonné
- ☐ Masse inhabituelle (hernie)
- ☐ Douleur thoracique associée

Éléments associés

- ☐ Gonflement / cicatrice abdominale
- ☐ Pâleur extrême
- ☐ Teint inhabituel
- ☐ Agitation
- ☐ Somnolence

IBLIQUE
VCAISE

arc
Agence Régionale de Santé
Austrie Rhône-Alpes

RAMU
Centre Régional de Traumatologie

RE.N.A.U.

RESUV^{al}

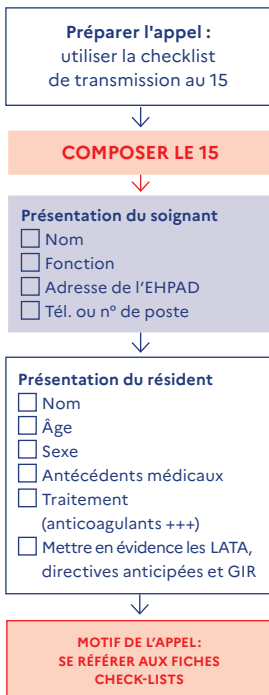
Reulian

T° : ____° Fréquence respiratoire : ____ cycles / min ☐ Régulière ☐ Irrégulière
EVA : ____/10 EN : ____/10 Algoplus : ____/5

de limitation/arrêt des thérapeutiques)

☐ Non

Transmission du bilan au centre 15



Douleur thoracique / Gêne respiratoire	P. 16
Chute avec lésion(s)	P. 18
Malaise et/ou mouvements anormaux ou suspicion d'AVC	P. 20
Douleur abdominale d'apparition brutale	P. 22
Traumatisme crânien léger	P. 24
Malaise hypoglycémique (dextro ≤ 0.6 g/L)	P. 26
Douleur post-traumatique	P. 28
Fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$	P. 30
Suspicion de phlébite (membre chaud et douloureux)	P. 32
Vomissements	P. 34
Diarrhées aiguës	P. 36
Peu ou pas d'urines	P. 38
Trouble du comportement aigu ou agitation inhabituelle	P. 40
Epistaxis – saignement de nez	P. 42
Céphalées - Maux de tête	P. 44

Douleur thoracique / Gêne respiratoire

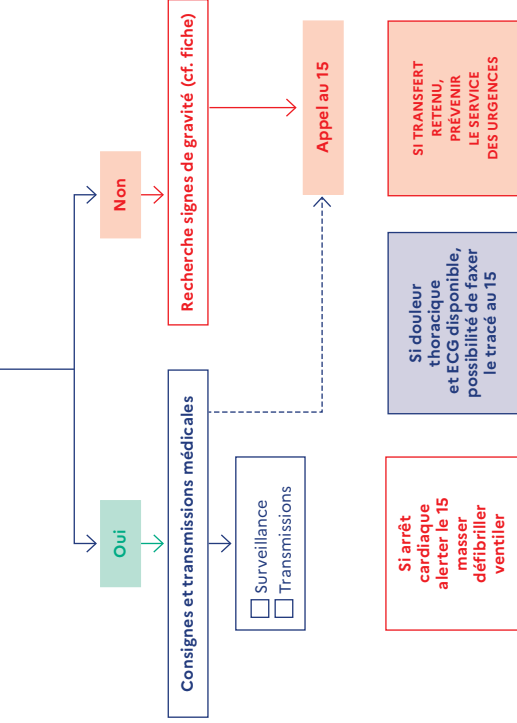
**Conduite
à tenir face
à une douleur
thoracique
ou une gêne
respiratoire.**

- ☐ Appeler une infirmière si présente
- ☐ Mettre le résident au repos absolu, dans le calme
- ☐ Lui dégrafer ses vêtements (col de chemise, ceinture de pantalon) s'il semble trop serré
- ☐ Position demi-assise "de confort"
- ☐ Vérifier l'absence d'obstruction buccale ou nasale (si partielle respecter la position spontanée du résident/si le sujet tousse, respecter cette toux, au besoin aider à dégager les aliments ou le dentier dans la bouche)
- ☐ L'obstruction est totale avec impossibilité de parler, de tousser, de respirer. C'est une vraie urgence avec claques dans le dos et manœuvre de Heimlich si nécessaire
- ☐ Si détresse respiratoire, mettre le patient sous O₂ à 4L/min (lunettes) ; 6 à 9L/min (masque moyenne concentration) ; 9 à 15L/min (masque à haute concentration)

CF. CHECK LIST - DÉTRESSE CARDIO-RESPIRATOIRE

À réaliser par l'appelant auprès du résident, avant tout appel à une ressource médicale

Médecin présent ou joignable?



Chute avec lésion(s)

Conduite à tenir face à une chute avec lésions.

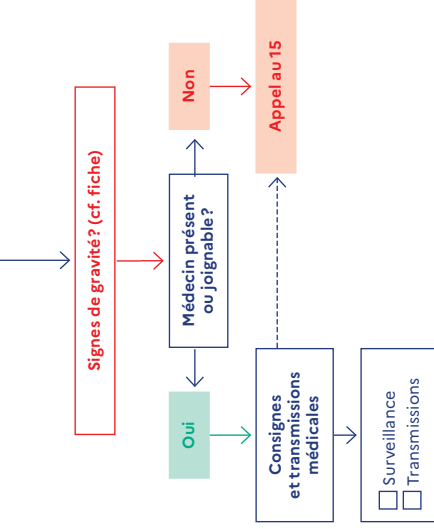
☐ Appeler une infirmière si présente
☐ En cas de plaie, mettre des gants (prévention des accidents avec exposition au sang), comprimer le saignement et mettre un pansement de propreté.
☐ **Pas de délai maximal avant de suturer une plaie**
☐ Selon les procédures internes, penser à remplir une fiche d'événements indésirables

CF. CHECK LIST – CHUTE AVEC LÉSIONS
 À réaliser par l'appelant auprès du résident, avant tout appel à une ressource médicale.

Critères d'alerte:
☐ Plaie hémorragique
☐ Résident sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire
☐ Déformation d'un membre
☐ Troubles de la conscience

Chute avec critère d'alerte:
☐ Installer le résident sans le déplacer, le couvrir
☐ Maintenir une présence auprès de lui
☐ Antalgie selon protocole local

Chute sans critère d'alerte:
☐ Relever la personne avec l'aide d'un collègue (s'assurer de l'absence de douleur provoquée par cette manœuvre)
☐ Antalgie selon protocole local



Signes pouvant faire suspecter une fracture:

Hanche

- ☐ Douleur ++ haut de cuisse et bassin
- ☐ Impotence fonctionnelle
- ☐ Rotation externe. m. inf. ± raccourcissement

Poignet

- ☐ Douleur ++
- ☐ Impotence fonctionnelle
- ☐ Déformation
- ☐ Enlever systématiquement les bagues (œdème)

SI TRANSFERT
RETENU, PRÉVENIR LE
SERVICE
DES URGENCES

Malaise et/ou mouvements anormaux ou suspicion d'AVC

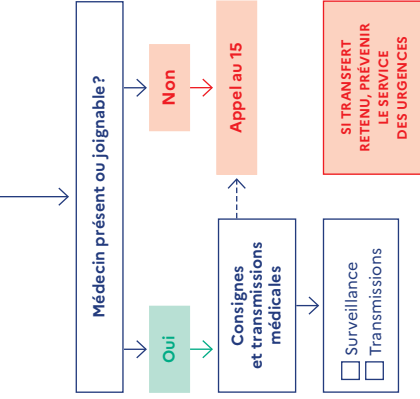
Conduite à tenir face à un malaise et/ou mouvements anormaux et/ou suspicion d'AVC.

- ☐ Appeler une infirmière si présente
- ☐ Allonger le résident dans le calme
- ☐ Rechercher des troubles de la conscience et/ou troubles respiratoires
- ☐ Rechercher une douleur (céphalée, abdominale, thoracique, traumatique)

CF. CHECK LIST – MALAISE, AVC, TRAUMATISME CRÂNIEN, MVTs ANORMAUX

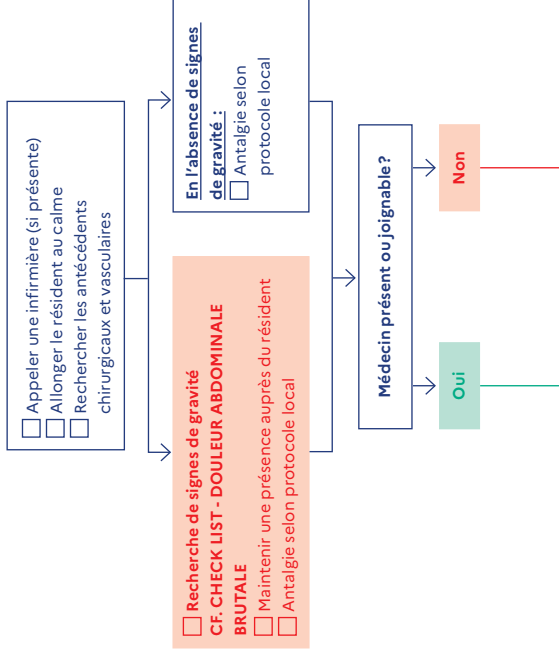
À réaliser par l'appelant auprès du résident, avant tout appel à une ressource médicale.

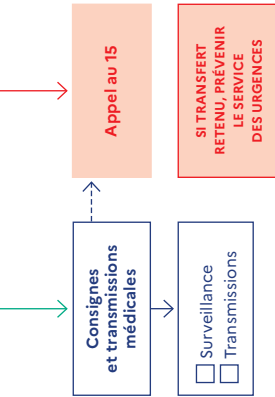




Douleur abdominale d'apparition brutale

*Conduite
à tenir face
à l'apparition
brutale
de douleur
abdominale.*

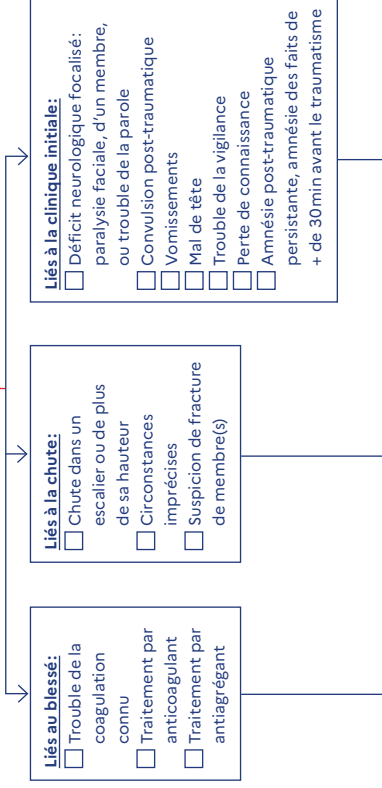




Traumatisme crânien

Un résident en EHPAD victime d'un traumatisme crânien léger est d'emblée considéré à risque d'évolution défavorable compte tenu de son âge, des comorbidités, de la poly-médication et des circonstances de chute souvent imprécises.

Identifier les facteurs de risques d'évolution défavorables



Présence de facteurs de risques d'évolution défavorable et d'indication de transfert ?

Médecin présent ou joignable ?

Oui

Consignes
et transmissions
médicales

☐ Surveillance
☐ Transmissions

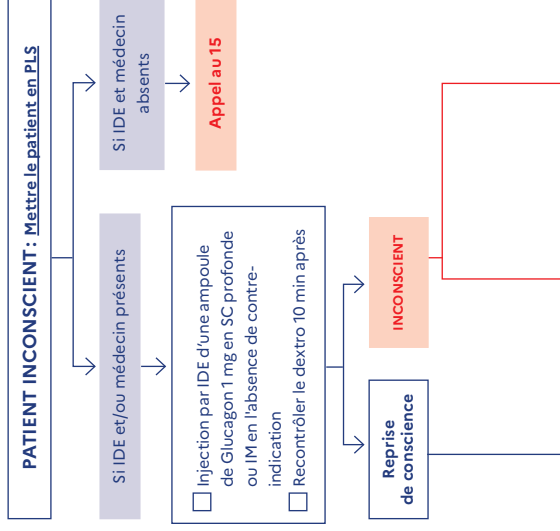
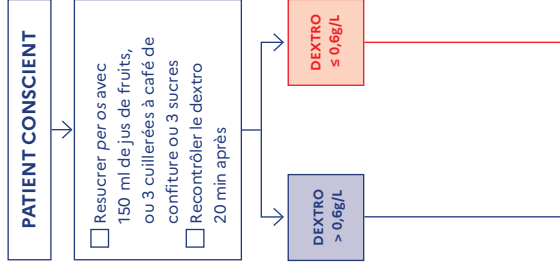
Non

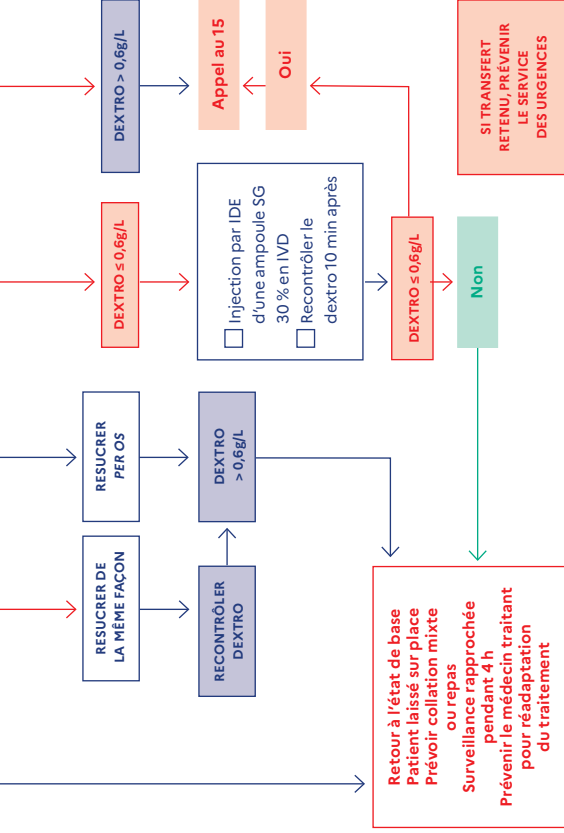
Appel au 15

SI TRANSFERT
RETENU, PRÉVENIR
LE SERVICE
DES URGENCES

Malaise hypoglycémique (dextro $\leq 0,6$ g/L)

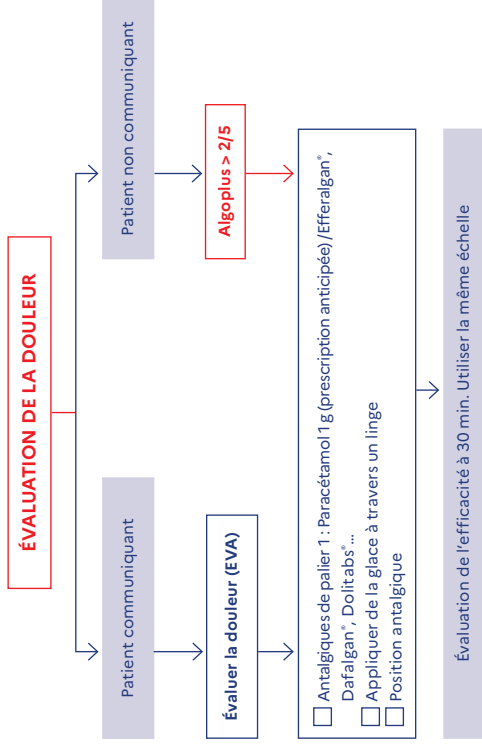
Conduite à tenir face à un malaise hypoglycémique (dextro $\leq 0,6$ g/L).

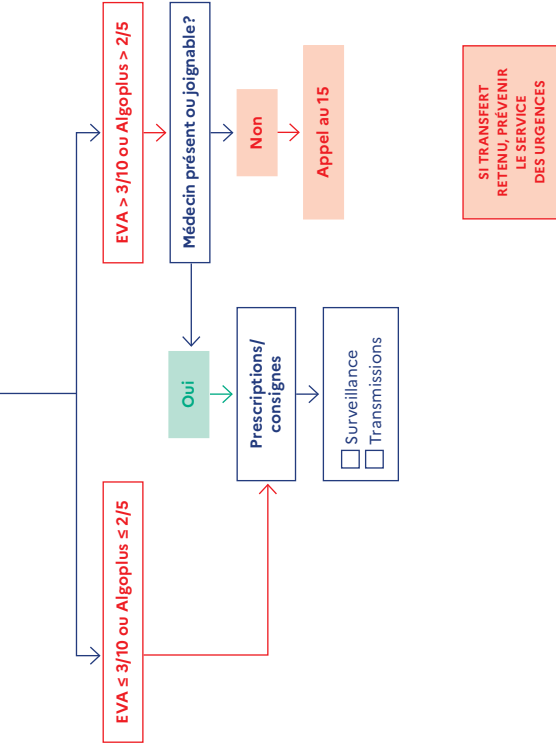




Douleur post-traumatique

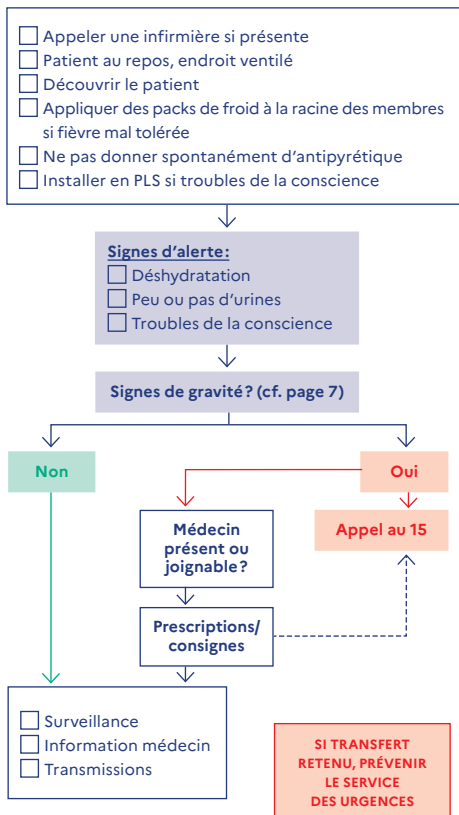
*Conduite
à tenir en cas
de syndrome
douloureux
traumatique.*





Fièvre > 38 °C

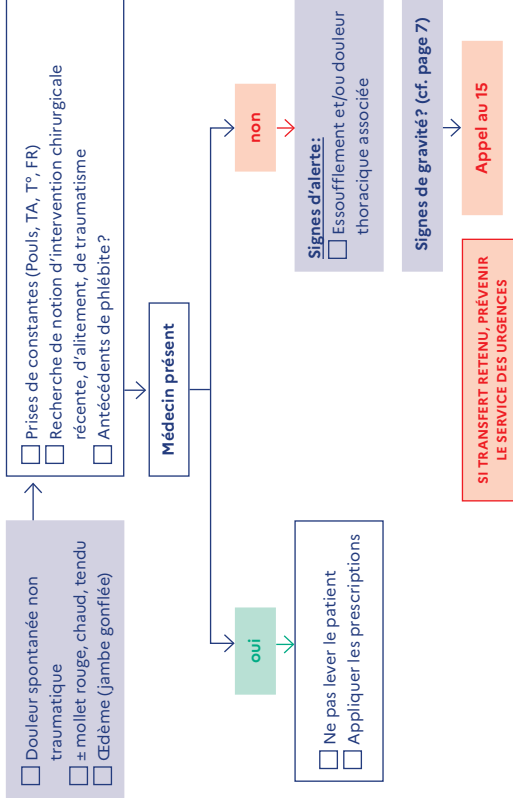
**Conduite
à tenir face
à une fièvre
> 38° C.**





Suspicion de phlébite (membre chaud et douloureux)

**Conduite
à tenir en cas
de suspicion
de thrombose
veineuse
profonde
(phlébite).**



Vomissements

*Conduite
à tenir en cas
de vomissements.*

Circonstance de survenue:

- ☐ Avant ou après le repas, quelqu'un a vu le vomissement ?
- ☐ En jet, sans effort ? Au changement de position ?
- ☐ Après une chute, notion de traumatisme crânien dans les 48 h ?

Description:

- ☐ Alimentaire ?
- ☐ Fécaloïde, hémorragique ?

CF CHECKLIST - DOULEUR ABDOMINALE BRUTALE

Signes associés:

- ☐ Douleurs abdominales ?
- ☐ Douleurs thoraciques ?
- ☐ Constipation ou diarrhée, date des dernières selles ?
- ☐ Abdomen ballonné ?
- ☐ Troubles de la conscience ?



Signes d'alerte:

- ☐ Vomissements sanglants
- ☐ Absence de selles depuis plusieurs jours
- ☐ Trouble de la conscience
- ☐ Fièvre
- ☐ Notion de chute avec traumatisme crânien
- ☐ Chirurgie abdominale récente

Signes de gravité? (cf. fiche page 7)

Non

- ☐ Installation au calme, position demi-assise
- ☐ Surveillance
- ☐ Information du médecin
- ☐ Consignes et transmissions

Oui

**Avis du médecin
si présent
ou joignable**

- ☐ Prescriptions / consignes
- ☐ Surveillance
- ☐ Transmission

Appel au 15

**SI TRANSFERT
RETENU, PRÉVENIR
LE SERVICE
DES URGENCES**

Diarrhées aiguës

Conduite à tenir devant des diarrhées aiguës (présence de plus de 4 selles liquides/jour).

Description systématique:

- ☐ Nombre de selles par jour
- ☐ Aspect: liquides, molles
- ☐ Couleur: présence sang rouge-noir, purulente, glaireuse
- ☐ Odeur inhabituelle

☐ Depuis quand évoluent les diarrhées?

☐ Retentissement sur le résident:

- mange-t-il comme
- arrive-t-il à boire?

☐ Fièvre associée

☐ Fréquence des selles avant l'épisode

☐ Suspicion de fécalome

☐ Changement récent de traitement, prise d'antibiotique

☐ Appliquer le protocole d'hygiène prévu

☐ Protocole de réhydratation à mettre en place selon le nb de selles et le protocole interne

☐ Recherche d'autres cas - Évoquer possible toxi-infection alimentaire

☐ Informer IDE ou médecin coordonnateur (mesures à prendre éventuelles)



Signes d'alerte :

- ☐ Présence de vomissements
- ☐ Fièvre

Signes de gravité ? (cf. fiche page 7)

Non

- ☐ Surveillance
- ☐ Information du médecin
- ☐ Consignes et transmissions

Oui

**Avis du médecin
si présent
ou joignable**

- ☐ Prescriptions /
consignes
- ☐ Surveillance
- ☐ Transmission

Appel au 15

**SI TRANSFERT
RETENU, PRÉVENIR
LE SERVICE
DES URGENCES**

Peu ou pas d'urines

*Conduite à tenir
devant peu
ou pas d'urines.*

Signes d'alerte:

- ☐ Douleur pelvienne, envie d'uriner sans y parvenir, abdomen distendu
- ☐ Fièvre associée à des troubles urinaires
- ☐ Agitation, confusion inhabituelle
- ☐ Patient sondé

Signes de gravité? (cf fiche)

Non

- ☐ Surveillance / 12h
- ☐ Information du médecin
- ☐ Consignes et transmissions

Oui



Appel au 15

**SI TRANSFERT
RETENU, PRÉVENIR
LE SERVICE
DES URGENCES**



**Avis du médecin
si présent
ou joignable**



**Prescriptions /
consignes
Surveillance
Transmission**

☐ ☐ ☐

Trouble du comportement aigu ou agitation inhabituelle

Conduite à tenir devant un trouble du comportement aigu ou une agitation inhabituelle.

CONNAÎTRE L'ÉTAT HABITUEL DU PATIENT

- ☐ Degré d'autonomie (niveau GIR)
- ☐ Démence connue
- ☐ Agressivité ou agitation habituelle
- ☐ Connaître ses antécédents (pathologie psychiatrique, démence, épilepsie, diabète, AVC...) et son traitement habituel



DESCRIPTION DU TROUBLE DU COMPORTEMENT

- ☐ Discours incohérent, délire, désorientation, hallucination, cris, pleurs, appels
- ☐ Troubles aigus de l'humeur (anxiété, peur, agressivité)
- ☐ Antériorité de troubles de comportement similaires ?

PRÉCISER CONTEXTE DE SURVENUE DU TROUBLE DE COMPORTEMENT

- ☐ Chute(s) récente(s), notion de traumatisme crânien récent (plaie suturée, bosse, hématome visible sur la tête) ?
- ☐ Infection aiguë récente ou encore en soins ?
- ☐ Changement récent de traitement ?
- ☐ Convulsions avant l'agitation ?
- ☐ Date dernières selles et urines ?



- ☐ Ne pas se mettre en danger en cas d'agitation/agressivité importante
- ☐ Essayer de calmer le patient par la parole, rester auprès de lui, lui proposer à boire, à manger
- ☐ SI IDE présente: application des prescriptions médicales anticipées ou sur protocole

Signes d'alerte?

- ☐ Paralysie brutale (face, membre, moitié du corps)
- ☐ Fièvre
- ☐ Détresse respiratoire
- ☐ Douleur
- ☐ Recherche d'hypoglycémie

Signes de gravité? (cf. fiche p. 7)

Non

- ☐ Surveillance paramètres vitaux
- ☐ Information du médecin
- ☐ Consignes et transmissions
- ☐ Solliciter équipe gériatopsy si disponible

Oui

Avis du médecin
si présent
ou joignable

Appel au 15

- ☐ Prescriptions / consignes
- ☐ Surveillance
- ☐ Transmission

SI TRANSFERT
RETENU, PRÉVENIR
LE SERVICE
DES URGENCES

Epistaxis – saignement de nez

**Conduite
à tenir devant
épistaxis-
saignement
de nez.**

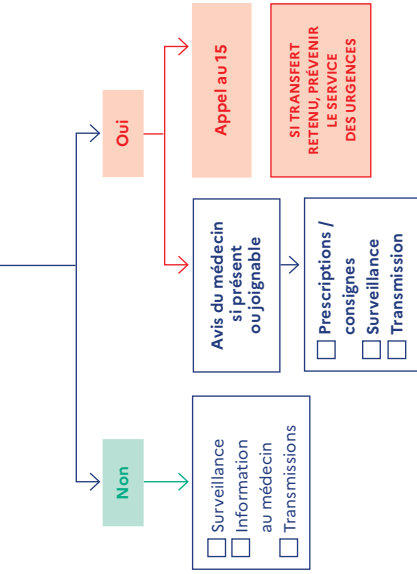
- ☐ Epistaxis spontanée ou traumatique?
- ☐ Rechercher une hypertension artérielle
- ☐ Rechercher le traitement habituel : anticoagulant, antiagrégant plaquettaire...

- ☐ Rassurer le résident
- ☐ Appeler une infirmière si présente
- ☐ Position assise si possible, tête penchée en avant
- ☐ Mouchage pour évacuer caillot sanguin primaire
- ☐ Compression des 2 ailes du nez 10 minutes sans relâcher, tête penchée en avant (renouveler une fois sans mouchage, si échec)

Signes d'alerte?

- ☐ Contexte d'alerte: INR > 4 (voir derniers résultats de biologie)
- ☐ TA > 18 ou < 10
- ☐ Persistance après 2 compressions de 10 minutes

Signes de gravité? (cf. fiche p. 7)



Céphalées - Maux de tête

Conduite à
tenir face aux
maux de tête
(céphalées).

PRÉCISER LE CONTEXTE

Antécédents du résident:

- ☐ Migraux connus
- ☐ HTA
- ☐ AVC
- ☐ Traitement
en cours:
anticoagulant/
antiagrégant?

Description et mode de survenue:

- ☐ Localisation: cou, toute
la tête, la moitié de la tête?
- ☐ Installation brutale « en coup
de fusil » ou progressive?
- ☐ Notion de chute avec
traumatisme à la tête
dans les 48 h précédentes?

Recherche de signes associés:

- ☐ Fièvre
- ☐ Douleur/raideur de nuque
- ☐ Nausées ou vomissements
- ☐ Éruption cutanée
- ☐ Troubles de conscience,
sommolence, paralysie
brutale (face, membre,
hémicorps)

INTENSITÉ:

- ☐ Légère: EVA $\leq 3/10$
- ☐ Modérée: EVA 4-6/10 Algoplus $\leq 2/5$
- ☐ Sévère EVA $> 6/10$ Algoplus $> 2/5$

Signes d'alerte:

- ☐ Mal de tête: début brutal
- ☐ Déficit moteur ou sensitif aigu
- ☐ Troubles de la conscience ou somnolence
- ☐ Troubles du comportement aigu
- ☐ Fièvre, raideur du cou
- ☐ Mal de tête intense après chute ou choc à la tête

Signes de gravité? (cf. fiche p. 7)

Non

☐ Rassurer et installer le patient au calme
☐ Prendre constantes: TA et T°
☐ Antalgique selon protocole ou prescription médicale anticipée

☐ Surveillance-transmissions
☐ Information du médecin

Oui

**Avis du médecin
si présent
ou joignable**

☐ Prescriptions /
consignes
☐ Surveillance
☐ Transmission

Appel au 15

**SI TRANSFERT
RETENU, PRÉVENIR
LE SERVICE
DES URGENCES**

Médicaments et dispositifs médicaux

Modalités d'usage des médicaments et dispositifs médicaux destinés aux soins urgents

Réglementation:

EHPAD ne bénéficiant pas d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI):

- Article L5126-10 du CSP modifié par Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 - art. 1.
- Article R5126-108 modifié par Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 - art. 1.

En complément des traitements prescrits pour une personne déterminée, les établissements, services ou organismes mentionnés au I de l'article L. 5126-10 peuvent détenir certains médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles, inscrits sur une liste établie par le pharmacien ayant passé convention en application du I de l'article L. 5126-10 et l'un des médecins attachés à l'établissement, au service ou à l'organisme et désigné par la direction ou l'organe délibérant, pour répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.

- Article R5126-109, modifié par Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 - art. 1.

Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108 sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage. Août 2018.

EHPAD autonome disposant d'une PUI:

- 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 mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.
- Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

3 types de listes sont proposés, quelles que soient les modalités d'approvisionnement:

Une liste «urgences relatives» permettant de faire face aux soins non programmés (ex: instauration d'un antibiotique un dimanche, retour hospitalisation un vendredi soir, etc.).

Une liste «urgences vitales» permettant de faire face aux urgences absolues (ex: douleur thoracique).

Une liste «personnel de nuit» permettant de répondre à une prescription du centre 15, à l'aide d'un nombre restreint de spécialités, en l'absence d'IDE dans l'EHPAD la nuit.

Qui a accès?

Liste URGENCES RELATIVES	Liste URGENCES VITALES = chariot ou sac	Liste PERSONNEL DE NUIT
Réservé aux IDE et médecins		AS, autre personnel de nuit (Privilegier l'aide-soignant diplômé pour l'administration)

Où?

Dans l'armoire de l'office de soin (détention sécurisée)	Lieu défini par chaque EHPAD : accès doit être sécurisé et rapidement disponible	Local sécurisé et accessible au personnel de nuit (n'ayant pas accès aux autres médicaments)
--	--	--

Quoi?

Médicaments permettant de démarrer un traitement, dans l'attente de la mise à disposition par dispensation nominative par le pharmacien	- Médicament pour les urgences vitales ou absolues - Dispositifs médicaux permettant de répondre à des soins urgents (en l'absence de chariot ou sac dédié, les DM et médicaments définis ci-après doivent être présents dans l'armoire de dotation)	Cette boîte contiendra une liste restreinte de spécialités médicamenteuses avec une quantité restreinte définie d'unités de prise. Chaque unité de prise, préparée par l'IDE, devant être totalement identifiable.
---	---	--

	JOUR	
	JOUR NUIT si présence IDE la nuit et WE	JOUR NUIT si présence IDE la nuit et WE
Quand ?	JOUR NUIT si présence IDE la nuit et WE	NUIT hors présence IDE la nuit et WE
Dans quel cadre ?	Sur prescription médicale	Situation d'urgence absolue
Comment renouveler la dotation ?	Information systématique du médecin coordonnateur et du médecin traitant. Toute administration issue de ces listes doit être tracée. L'IDE assure le renouvellement de la dotation extemporanément dès utilisation (ou péremption) d'un médicament ou DM de ces listes. Le stock et les dates de péremption doivent être contrôlés de manière trimestrielle, sous responsabilité du cadre de l'EHPAD ou de l'IDE coordinatrice, en lien avec le pharmacien.	
Formation au bon usage de ces dotations ?	Une formation au bon usage de ces dotations sera mise en place à minima pour tout le personnel de l'EHPAD habilité à administrer les traitements. D'autres formations complémentaires peuvent être proposées. Par exemple : formation à la règle des 5B, formation AFGSU, intervention binôme pharmacien-urgentiste sur les gestes d'urgence et recours au Samu Centre 15.	

* La « prescription type » par le médecin régulateur devra comporter : l'identification complète du prescripteur, l'identification complète du résident, nom du médicament (spécialité/DCI), dosage, posologie, voie et modalités d'administration du médicament.

LISTE DES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX DESTINÉS À DES SOINS URGENTS EN EHPAD

PRÉAMBULE

Les quantités de chaque médicament ne sont pas précisées dans cette liste, elles seront définies et validées au sein de chaque EHPAD par le médecin coordonnateur, le cadre (et/ou l'IDE coordinateur) et le pharmacien.

Thèmes	DCI et dosages	Spécialités	Voies (forme galénique)	Urgences relatives	Urgences vitalles	Boîte Nuit
<i>Infection</i>						
	Amoxicilline 1g + acide clavulanique 125mg	Augmentin®	Orale (sachet)	X		
	Ceftriaxone 1g	Rocephine®	Injectable IV, ou IM en l'absence de CI	X		
	Nitrofurantoin 50mg Contre indiqué si clairance à la créatinine < 60ml/min	Furadantine®	Gélule	X		

Ofloxacin 200mg Ne pas utiliser en 1 ^{re} intention (risque de résistance et confusion chez le sujet âgé)	Oflozet®	Orale (Cp)	X	
Rifamycine 1%	Rifamycine®	Oculaire (collyre)	X	
Econazole 1%	Pevaryl®	Locale (poudre)	X	
Amphotéricine B	Fungizone®	Orale (susp. buvable)	X	
Bicarbonate de Sodium isotonique 1,4%		Orale (bain de bouche)	X	

Douleur

Palier I

Palier II

Palier III

Paracétamol 500mg	DolipraneOro®	Orale (comprimé orodispersible)	X	4 cp
Paracétamol 300mg + Extrait d'opium 15mg + Caféine 50mg	Lamaline®	Orale (gélule)	X	2 gélules
Oxycodone 5mg Ou autre morphinique d'action rapide	Oxynorm®	Orale (Cp orodispersible)	X	
Morphine 10mg Fentanyl 12µg/h	Morphine® Durogésic®	Injectable: SC, IV Transdermique (patch)	X X	

LISTE DES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX DESTINÉS À DES SOINS URGENTS EN EHPAD

Thèmes	DCI et dosages	Spécialités	Voies (forme galénique)	Urgences relatives	Urgences vitalles	Boîte Nuit
<i>Cardiovasculaire et respiratoire</i>						
	Oxygène ou extracteur d'oxygène					
	Furosémide 20mg	Lasilix®	Orale (Cp)	X		
	Furosémide 20mg	Lasilix®	Injectable: IV lente, IM	X		
	Salbutamol 100µg/bouffée	Ventoline®	Inhalée (spray)	X		1 spray Possibilité d'utiliser la chambre d'inhalation
	Salbutamol unidose 5 mg / 2,5 mL (à utiliser pur)	Ventoline®	Inhalée (aérosol)	X		
	Scopolamine percutanée 1,31 mg	Scopoderm®	Dermique (dispositif transdermique)	X		
	Nicardipine LP 50mg Ne pas remplacer par Loxen® 20mg: chute TA brutale et tachycardie reflexe	Loxen®	Orale (gélules à libération prolongée)	X		2 gélules
	Vitamine K1 2mg/0.2ml		Orale: buvable (ampoules)	X		

Trinitrine 0.3mg/dose	Natispray®	Sublinguale (spray)	X		
Enoxaparine 4000UI	Lovenox®	Injectable : SC	X		
Héparine calcique 12500UI/0,5ml	Calciparine®	Injectable : SC	X		
Adrénaline 1mg/1ml	Adrénaline Aguettant®	Injectable : IM, IV		2 amp	

Digestif					
	Macrogol 4000	Forlax®10g	Orale (sachet)		4 sachets
Constipation	Lavement hypertonique	Normacol Adulte®	Rectale (lavement)	X	
	Diosmectite 3g	Smecta®	Orale (sachet)	X	
Diarrhées	Racecadotril 100mg Imodium à proscrire en cas de diarrhée infectieuse	Tiorfan®	Orale (gélule)	X	4 gélules
	Phloroglucinol 160mg	Spasfon Lyoc®	Sublinguale (cp lyophilisé)	X	2 cp
Douleurs	Métopimazine 7.5mg Ne pas remplacer par Motilium® Primpéran® à éviter chez le sujet âgé	Vogalène Lyoc®	Sublinguale (cp lyophilisé)	X	1 cp
	Lansoprazole 30mg	Ogast Oro®	Orale (cp orodispersible)	X	1 cp
Reflux	Alginates + bicar	Gaviscon®	Orale (suspension buvable)	X	2 sachets

LISTE DES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX DESTINÉS À DES SOINS URGENTS EN EHPAD

Thèmes	DCI et dosages	Spécialités	Voies (forme galénique)	Urgences relatives	Urgences vitalles	Boite Nuit
Urologie						
	Alfuzosine Après un désendage	Xatral® LP10mg	Orale	X		
Neurologie - Psychiatrie						
Pas de neuroleptiques en cas de démence à corps de Lewy ou démence parkinsonnienne	Diazépam 10mg/2ml	Valium®	Injectable: IV, IM Intra rectale		2 amp	
	Oxazepam 10mg ou autre benzodiazépine à ½ vie courte	Seresta®	Orale (Cp sécables)	X		2 cp
	Risperidone 0.5 mg	Risperdaloro®	Orale (cp orodispersibles)	X		
	Loxapine 25mg/ml	Loxapac®	Orale (gouttes)	X		
	Tiaprider 100 mg/2 ml	Tiaprideral®	Injectable: IM, IV	X		

Soluté d'hydratation					
Glucose 5%	Ex : 100ml	Injectable : IV	X		
	Chlorure de sodium 0.9%	Injectable : IV (poche) Hors AMM : SC		2	
Hypokaliémie					
Chlorure de potassium	Diffu K® 600mg	Gélule	X		
Hypoglycémie					
Glucose 30%	10ml	Injectable : IV (ampoule)		4	
Glucagon	Glucagen®	Injectable : SC		1 (réfrigé- rateur)	
Allergie, urticaire					
Lévocétirizine 5mg	Xyzall®	Orale (Cp)	X		2 cp
Corticoïdes					
Prednisolone 20mg	Solupred®	Orale (Cp orodisp.)	X		
Méthylprednisolone 40mg	Solumedrol®	Injectable : IV, IM (hors AMM : SC en bolus ou perf de 15min – 40mg dans 50ml de NaCl 0.9%)	X		

Bon usage des médicaments : voir annexe

DISPOSITIFS MÉDICAUX D'URGENCE (PROPOSITIONS)

Matériel
Faire un set de pose pour voie périphérique IV : ☐ 1 champ absorbant imperméable ☐ 3 compresses en non tissé 7.5x7.5 ☐ 1 perfuseur 3 voies + robinet ☐ 1 catheter court 20G (rose) + 2 catheters courts 18 G (vert) ☐ 1 seringue 20ml + 2 seringues 10ml ☐ 3 aiguilles 18G1/2 (trocarts roses) ☐ 1 pansement pour cathéter type Tégaderm® ☐ 1 garrot
+ À mettre à disposition sur le chariot : ☐ Antiseptique (de préférence alcoolique si pose de voie veineuse) ☐ Gel hydroalcoolique ☐ Aiguilles IV, SC et IM

Défibrillateur automatique externe (DAE)

Ventilation et Inhalation	Insufflateur manuel adulte muni d'une valve et d'un ballon réservoir à patient unique avec son masque de taille n°4
	Masque à oxygène à haute concentration
	Lunettes à oxygène et/ou masque d'inhalation oxygène
	Pince de Magill à usage unique (pour extraction d'un corps étranger)
	Canule de Guédel (N°2 ou N°4)
	Nébuliseur type compresseur pneumatique ou mini-nébuliseur prêt à l'emploi comprenant: masque, cuve de nébulisation, tubulure
	Kit de nébulisation
	Chambre d'inhalation adulte

Aspiration

Aspirateur de mucosité (mécanique ou électrique)
Sonde d'aspiration bucco-pharyngé CH26 + sondes d'aspiration trachéo-bronchiques
Sonde gastro-duodénale
Lunettes de protection + masque ou masque à visière

DISPOSITIFS MÉDICAUX D'URGENCE

Matériel
Faire un set sondage urinaire : ☐ 1 paire de gants stériles ☐ 1 carré absorbant ☐ 1 champ absorbant imperméable stérile ☐ 5 compresses stériles ☐ 1 masque de soins ☐ 1 champ absorbant imperméable trouvé stérile ☐ 2 seringues de 10ml ☐ 1 clamp à usage unique ☐ 1 ampoule d'eau stérile ☐ Gel lubrifiant stérile (sachet) ☐ Poche de recueil de 2L
Sondage urinaire
Sondes urinaires : ☐ Sonde vésicale Femme 20cm CH12 (sondage évacuateur) ☐ Sonde Foley Latex SIL TIEMAN CH14 ☐ Sonde Foley Latex SIL TIEMAN CH16 ☐ Sonde Foley Latex SIL DTE CH14 ☐ Sonde Foley Latex SIL DTE CH16

Sutures, pansements

Set de suture type Mediset®

Fils pour suture cutanée 3mm X 75mm

Suture cutanée stérile type Steristrips®

Coussin hémostatique type C.H.U.T.

Ouate hémostatique type Coalgan®

Divers

Tensiomètre manuel

Saturomètre

Glucomètre avec bandelettes

Stéthoscope

Paire de ciseaux

Gants non stériles de différentes tailles

Lampe de poche

Canule intra-rectale

Thermomètre tympanique

Attelle de poignet non latéralisée

Poche de froid



Annexes

- > Fiche de liaison d'urgence
- > Bon usage des médicaments
- > Glossaire



DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls Tension artérielle (max/min) Température Poids récent

.....

☐ Conscient et éveillé ☐ Éveillable ☐ Non éveillé☐ Douleur récente

Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

Personnes informées du transfert au service des urgences

☐ « le 15 »☐ SU☐ Médecin traitant☐ Entourage

Nom :

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels

Lunettes

Prothèses dentaires

☐ haut ☐ bas

Prothèses auditives

☐ droite ☐ gauche

Autres dispositifs ou objets personnels

Aller (Ehpad)

☐☐☐☐

Retour (SU)

☐☐☐☐

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

 ☐ Ehpad

 ☐ Entourage

Nom :

 ☐ Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

☐ Ordonnances de sortie

☐ Copie du dossier des urgences

☐ Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés
(lieu, date et heure)

DCI et dosages	Spécialités	Consignes de bon usage
Paracétamol 500mg	DolipraneOro®	Antalgique pour douleurs légères. Antipyrétique. Comprimé orodispersible à diluer dans l'eau ou directement sous la langue 1 à 2 cp par prise, max 8 par jour (4g).
Paracétamol 300mg + Extrait d'opium + Caféine	Lamaline®	Antalgique pour douleurs modérées à intenses. Ne pas associer à du paracétamol, car risque de surdosage. 1 à 2 gélules par prise, max 10 par jour. Ne pas ouvrir la gélule. Si troubles de la déglutition, envisager la forme suppositoire.
Salbutamol 100µg/ bouffée	Ventoline®	Traitement de la crise d'asthme ou BPCO. 1 à 2 bouffées par crise, à renouveler si besoin. Agiter le flacon, demander au patient d'inspirer++, placer l'embout buccal cartouche vers le haut, presser pendant l'inspiration et retenir sa respiration 10s. Flacon patient unique, à rincer après usage. Si le patient a des difficultés à respecter cette séquence, utiliser une chambre d'inhalation.

Nicardipine LP 50mg	Loxen®	Médicament indiqué en cas d'urgence hypertensive. 1 à 2 gélules par jour. La gélule peut être ouverte mais ne pas écraser son contenu.
Macrogol 4000	Forlax®10g	Traitement de la constipation 1 à 2 sachets par jour à diluer avec de l'eau. Contre-indiqué en cas d'occlusion intestinale.
Racecadotril	Tiorfan®	Traitement de la diarrhée 1 gélule 3 fois par jour. Ne pas ouvrir la gélule.
Phloroglucinol	Spasfon® Lyoc 160mg	Douleurs digestives 1 lyoc X 3 par jour À laisser fondre sous la langue ou dissoudre dans un verre d'eau (minimum de 2h entre chaque prise)
Métopimazine	Vogalène® Lyoc	Traitement des nausées et vomissements 1 lyoc X 2 à 4 par jour À laisser fondre sous la langue ou dissoudre dans un verre d'eau

DCI et dosages	Spécialités	Consignes de bon usage
Lansoprazole 30mg	Ogast Oro®	Médicament indiqué en cas d'ulcère ou de reflux gastro-œsophagien. 1 comprimé. Diluer dans un verre d'eau ou laisser fondre dans la bouche en cas de trouble de la déglutition. Ne pas écraser les microgranules libérés du comprimé.
Alginate + bicar	Gaviscon®	Pansement digestif indiqué en cas de reflux gastro-œsophagien. Administer un sachet ou 2 c. à café de suspension, pur, en position semi-assise, à distance des autres médicaments (minimum 2h, en raison d'une diminution de leur absorption digestive)
Oxazépam 10mg	Séresta®	Anxiété / trouble de l'endormissement 1cp (à renouveler si besoin)
Risperidone 0.5mg	Risperidoloro®	Trouble du comportement/agitation/agressivité 0,5mg par prise (X2 par jour)
Lévocétirizine 5mg	Xyzall®	Antihistaminique indiqué dans les réactions allergiques. 1 comprimé par jour. Écrasable, en cas de trouble de la déglutition.

Glossaire

AC	Arrêt cardiaque
AGGIR	Autonomie, gérontologie groupe iso-ressources
AFGSU	Attestation de formations aux gestes et soins d'urgence
AVC	Accident vasculaire cérébral
AS	Aide-soignant
DCI	Dénomination commune internationale
DM	Dispositif médical
EVA	Échelle visuelle analogique
FAST	Face - arm - speech - test (rappel des principaux symptômes à vérifier en cas de suspicion d'AVC)
FR	Fréquence respiratoire
GIR	Groupe iso-ressources
IDE	Infirmier diplômé d'État
IM	Intramusculaire
INR	International normalized ratio
IVD	Injection intraveineuse directe
LATA	Limitation et arrêt des thérapeutiques actives
PLS	Position latérale de sécurité
PUI	Pharmacie à usage intérieur
Règle des 5 B	Administer au bon patient, le bon médicament, à la bonne dose, sur la bonne voie, au bon moment.
RCP	Réanimation cardio pulmonaire
SC	Sous-cutanée
SG	Sérum glucosé
T°	Température
TA	Tension artérielle

Groupes de travail

Pilotage opérationnel

Fabienne ANDRE BASTIDE, cadre supérieur de santé, réseau RAMU (Aurillac)

Magali BISCHOFF, cadre supérieur de santé, réseau RESUVal (Vienne)

Nathalie CHAROLLOIS POLVE, infirmière coordinatrice, réseau REULIAN (Montbrison)

Jonathan DUCHENNE, urgentiste, réseau RAMU (Aurillac)

Isabelle HAUTIER, infirmière coordinatrice, réseau RAMU (Issoire)

Mikaël MARTINEZ, urgentiste, réseau REULIAN (Montbrison)

Concepcion NUNEZ, infirmière coordinatrice, réseau RESUVal (Vienne)

Karine PONCHON, infirmière coordinatrice, réseau REULIAN (Firminy)

Cécile VALLOT, urgentiste, réseau RENAU (Annecy)

Autres contributeurs

Anne-Marie AMMEUX, gériatre coordinatrice du réseau VISAGE (Vienne)

Marc BLANCHER, urgentiste, réseau RENAU (Grenoble)

Carlos EL KHOURY, urgentiste, réseau RESUVal (Vienne)

Stéphanie FEY, urgentiste, réseau RENAU (Chambéry)

Laure JAINSKY, urgentiste, réseau RAMU (Issoire)

Pierre METTON, urgentiste, réseau RENAU (Annecy)

Nathalie PAVAN, infirmière des urgences (Vienne)

Nathalie PIBAROT, urgentiste, médecine post-urgence (Vienne)

Émeline PINEAU-BLONDEL, pharmacien (Annecy)

Pascale PRADAT, médecin coordinateur EHPAD Notre Dame de l'Isle (Vienne)

Abdeslam REDJALINE, urgentiste, réseau REULIAN (Firminy)

Bruno ROCHAS, HAD, Équipe Mobile Douleur et Soins Palliatifs (Vienne)

Patricia TRINQUET, urgentiste, (Vienne)



Contacts

**Concepcion NUNEZ**

Tél: 04 37 02 10 59

E-mail: c.nunez@resuval.fr

Réseau des urgences de la Vallée du Rhône
CH Lucien Hussenot
Montée du Dr Chapuis – BP 127
38209 VIENNE

**D^r Cécile VALLOT**

Tél: 04 50 63 69 85

E-mail: renau.secr@ch-annecygenevois.fr

Réseau nord alpin des urgences
Centre Hospitalier Annecy Genevois, Site Annecy
1 avenue de l'hôpital
Metz - Tassy - BP 90074
74374 Pringy Cedex

**Karine PONCHON**

Tél : 04 77 40 75 16

E-mail : kponchon@reulian.fr

Territoire Loire Sud

Centre hospitalier Le Corbusier

42700 Firminy

Nathalie CHAROLLOIS-POLVE

Tél. : 04 77 40 75 16

E-mail : n.charollois-polve@reulian.fr

Territoire Loire Nord

Centre hospitalier du Forez

Avenue des Monts du Soir

42600 Montbrison

**Isabelle HAUTIER**

Tél : 04 77 40 75 16

E-mail : isabelle.hautier@reseau-ramu.fr

Territoire Auvergne Nord

Centre hospitalier Paul Ardier

13 rue du Docteur Sauvat

63500 Issoire

Fabienne ANDRE-BASTIDE

Tél. : 04 77 40 75 16

E-mail : fabienne.bastide@reseau-ramu.fr

Territoire Auvergne Sud

Centre hospitalier Henri Mondor

50 avenue de la République - BP 229

15000 Aurillac



Agence régionale de santé
Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00 - 241 rue Garibaldi
CS93383 - 69418 Lyon Cedex 03
www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr
@ARS_ARA_SANTE

