Qualité
de la prise en charge médicamenteuse
en EHPAD

omedit Normandie

ars Agence Régionale de Santé Normandie

Ce recueil est destiné à évoluer en fonction des recommandations.
L'OMéDIT et l'Agence Régionale de Santé de Normandie se réservent le droit de corriger le contenu du présent document.
Le visiteur a la responsabilité de vérifier l'information qui lui est fournie.

EDITO

L'iatrogénie médicamenteuse est deux fois plus fréquente chez le sujet âgé de plus de 65 ans. Elle serait responsable de plus de 10% des hospitalisations dans cette population et de 20 % chez les octogénaires. Plus de la moitié de ces effets indésirables médicamenteux seraient évitables.

Des réponses existent pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). C'est une des priorités inscrites dans le Projet régional de santé de Normandie.

Les actions pouvant être mises en place reposent notamment sur une meilleure compréhension de l'impact des modifications physiologiques liées au vieillissement (absorption, distribution et élimination des médicaments) ; mais aussi des risques d'erreurs liées à l'organisation du processus de prise en charge thérapeutique des résidents en EHPAD (processus souvent complexe, faisant intervenir de multiples professionnels de santé).

Dans ce contexte, j'ai souhaité qu'un guide régional soit élaboré pour permettre aux directeurs, médecins coordonnateurs et personnels soignants d'EHPAD, d'identifier des solutions à partir d'outils mis à disposition par l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Observatoire des médicaments Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques (OMéDIT) de Normandie.

Ce guide se veut opérationnel et se compose de vingt-huit fiches repères précisant les enjeux et points clés, en particulier la fiche 3 relative aux rôles et responsabilités des acteurs. Je souhaite qu'il puisse aider à la réflexion collective en lien avec le médecin coordonnateur et les professionnels de santé libéraux intervenant au sein des EHPAD, notamment dans le cadre des commissions de coordination gériatriques.

Cet outil a vocation à être diffusé largement auprès de l'ensemble des professionnels concernés intervenant en EHPAD (médecins coordonnateurs, médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques) et à vous accompagner dans le cadre des évaluations du secteur médicosocial.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels ayant participé à l'élaboration de ce document et engagés auprès de l'ARS et de l'OMéDIT de Normandie, pour nous aider à promouvoir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Christine GARDEL

Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Normandie

Organisation de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation du circuit du médicament

Médicaments à risque

Recommandations de prise en charge et protocoles

SOMMAIRE

Fiche 1 Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé

Fiche 2 Révision de la prescription du sujet âgé

Fiche 3 Le management de la prise en charge médicamenteuse

Fiche 4 La prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Fiche 5 La prescription en EHPAD

Fiche 6 La dispensation, la détention des médicaments

Fiche 7 La préparation des doses à administrer et le stockage

Fiche 8 L'administration des médicaments en EHPAD

Fiche 9 La dotation pour besoins urgents

Fiche 10 Exemple de chariot de médicaments d'urgence

Fiche 11 Digitaliques

Fiche 12 Anticoagulants

Fiche 13 Antiagrégants plaquettaires

Fiche 14 Opiacés forts

Fiche 15 Benzodiazépines et apparentés

Fiche 16 Neuroleptiques

Fiche 17 Antibiotiques

Fiche 18 Prise en charge des troubles psycho-comportementaux

Fiche 19 Prévention des chutes

Fiche 20 Prise en charge de la douleur

Fiche 21 PCA en EHPAD

Fiche 22 Prise en charge de la constipation

Fiche 23 Prise en charge de la déshydratation

Fiche 24 Prise en charge des troubles de la déglutition

Fiche 25 Prévention de la dénutrition

Fiche 26 Insulinothérapie en EHPAD

Fiche 27 Adaptation posologique des Antivitamines K

Fiche 28 Prise en charge des escarres

Organisation de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation du circuit du médicament

Fiche 1 : les incontournables de la prescription chez le sujet âgé

☐ **Direction** ☑ **Médecin** ☑ **Pharmacien** ☑ **Préparateur en pharmacie** ☑ **IDE** ☑ **Aide-soignant**

Principaux enjeux

La polymédication (ou prise simultanée de plusieurs médicaments) est, chez le sujet âgé, habituelle et souvent légitime. Mais elle :

- augmente le risque iatrogénique médicamenteux (effet indésirable non recherché des médicaments),
- tend à diminuer l'observance des traitements (oubli de prise par exemple), augmente le risque d'événement indésirable conduisant à une hospitalisation, représente un coût parfois élevé.

Mieux prescrire chez le sujet âgé est ainsi un enjeu de santé publique.

Points clés

Avant la prescription : que doit-on connaitre du patient ?

L'état d'hydratation : en cas de déshydratation (diarrhée ou épisode infectieux, vague de chaleur ou manque d'apport), il y a une majoration du risque de toxicité rénale, hépatique et un risque de surdosage avec certains médicaments du fait de la baisse du volume de distribution.

Exemples de classes médicamenteuses à prendre en compte en cas de déshydratation ou de fortes chaleurs : AINS, diurétiques, IEC, neuroleptiques

L'état nutritionnel : la dénutrition entraine une diminution du taux de protéines plasmatiques circulantes (albumine notamment), ce qui augmente la fraction libre (et donc active) des médicaments qui se fixent habituellement à ces protéines, entraînant un risque de surdosage.
››› Vérifier l'albuminémie et surveiller l'état nutritionnel (poids, IMC, MNA)

Exemples de classes médicamenteuses qui se fixent fortement aux protéines plasmatiques : AINS (risque d'insuffisance rénale), AVK (risque hémorragique), Sulfamides hypoglycémiants (coma hypoglycémique).

La fonction rénale : les médicaments qui s'éliminent par le rein et ceux ayant une marge thérapeutique étroite nécessitent une adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale.

››› Vérifier la clairance à la créatinine (au moins tous les 6 mois) ; la noter dans son dossier et adapter la posologie

Exemples de médicaments à adapter à la fonction rénale : AINS, aspirine, benzodiazépines, insuline, sulfamides hypoglycémiants, statines, diurétiques thiazidiques, digoxine, IEC, certains antibiotiques.

La fonction hépatique : les médicaments qui s'éliminent par le foie ou qui se fixent sur les protéines plasmatiques nécessitent une adaptation posologique en cas d'insuffisance hépatique.

››› Vérifier le bilan hépatique régulièrement (dont transaminases), tous les 3 mois.

Exemples de médicaments avec effets indésirables majorés en cas d'insuffisance hépatique : paracétamol (contre indiqué en cas d'insuffisance hépato cellulaire), AINS (risque d'hémorragie, ulcères), AVK (accident hémorragique), biguanides (contre indiqués, acidose lactique), benzodiazépines (trouble de la conscience, coma), diurétiques (troubles électrolytiques), insuline (hypoglycémie), codéine, antitussifs, anti-diarrhéique.

La totalité des traitements en cours : y compris les traitements en automédication et, en particulier après une hospitalisation (arrêts inopinés) sans oublier les compléments alimentaires, la phytothérapie.

Le ionogramme : la natrémie et la kaliémie peuvent être modifiées sous l'influence de médicaments, de l'altération de l'état général lors de syndromes infectieux, déshydratation etc. avec un risque :

- d'hyponatrémie (confusion, hypotension, chute) ou
- d'hypernatrémie (hypertension, embolie pulmonaire).
- d'hypokaliémie (troubles cardiaques, soif, irritabilité, crampes musculaires) ou
- d'hyperkaliémie (tremblements, faiblesse musculaire).

››› Vérifier le ionogramme de manière régulière

Exemples : furosémide (diurétique) augmentant le risque d'hyponatrémie et hypokaliémie ou fluoxetine (antidépresseur) augmentant le risque d'hyponatrémie

La (es) pathologie(s) associée(s) : augmentation des effets indésirables de certains médicaments.

Exemple : Diabète et bétabloquants (risque d'hypoglycémie), constipation et opioïdes (morphine, codéine, tramadol), antidépresseurs (en particulier inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et hyponatrémie

Les capacités cognitives du résident car elles conditionnent :

- l'observance
- les capacités à gérer seul son traitement
- la compréhension des consignes de prise
- la compréhension des prescriptions en dénomination commune internationale (DCI)

››› Réévaluer régulièrement les capacités du résident ou de son entourage pour la gestion des traitements (exemple Morisky)

Avant la prescription : que doit-on connaître du médicament ?

La voie d'élimination prépondérante du médicament :

- Rénale : adapter la posologie des médicaments à élimination rénale (en fonction de la Clairance de la créatinine) (ex. la posologie de digoxine doit être réduite de moitié en cas d'insuffisance rénale).
- Hépatique : certains médicaments peuvent augmenter (inducteurs) ou diminuer (inhibiteurs) l'activité enzymatique du foie et donc influer sur l'élimination des autres médicaments :
    - les inducteurs vont favoriser l'élimination ou transformation de médicaments à élimination hépatique (entraînant un sous dosage)

      Exemples : phénytoïne, rifampicine, alcool, millepertuis sont des inducteurs enzymatiques qui pourront augmenter l'élimination d'un antiasthmatique (montelukast et salmétérol)

    - les inhibiteurs vont freiner l'élimination ou transformation de médicaments à élimination hépatique (pouvant entraîner un surdosage).
      Exemple : antifongiques azolés, antiviraux, jus de pamplemousse, amiodarone, fluoxetine sont des inhibiteurs enzymatiques qui pourront diminuer l'élimination notamment d'un anxiolytique (zolpidem, zopiclone)

La durée d'action du médicament ou la demi-vie plasmatique ($t_{1/2}$) conditionne le nombre de prises. Le médicament est totalement éliminé de l'organisme au bout de 7 $t_{1/2}$. La demi-vie de certains médicaments est augmentée chez le sujet âgé. Sauf exception, il convient de privilégier les médicaments à $t_{1/2}$courte.

Exemples des benzodiazépines : privilégier les benzodiazépines à demi-vie courte (< 20 heures) pour éviter toute accumulation et somnolence, chute (exemple d'hypnotiques : Zolpidem, Zopiclone, Témazépam, Loprazolam, Lormétazépam, Estazolam ; exemple d'anxiolytiques : Clotiazépam, Oxazépam, Lorazépam, Alprazolam)

Exemple d'exception : Préférer un AVK à demi-vie longue et dont l'adaptation posologique est facilitée par la présentation : Warfarine (Coumadine®).

Le caractère hydrophile ou lipophile du médicament : les médicaments se distribuent dans l'organisme en fonction de leur affinité pour les graisses (caractère lipophile) et pour l'eau (caractère hydrophile). La barrière hémato encéphalique (qui sépare le cerveau du reste de l'organisme) est perméable aux médicaments lipophiles qui se distribuent et s'accumulent donc mieux dans le cerveau, constitué essentiellement de lipides. Chez le sujet âgé, l'eau totale diminue, la proportion de tissu lipidique croît aux dépens de la masse maigre. Les médicaments lipophiles se distribuent donc plus largement chez le sujet âgé, provoquant plus d'effets indésirables que chez le sujet jeune.

Exemples de médicament lipophiles : benzodiazépines, certains antidépresseurs, etc. ››› privilégier la dose minimale efficace

La marge thérapeutique : elle est étroite quand l'écart entre la dose efficace et la dose toxique est faible.

Exemples : Digoxine, Anticoagulants oraux, Sulfamides hypoglycémiants, Antiépileptiques ››› *Surveillance renforcée par des dosages plasmatiques pour adapter la posologie.*

Le caractère approprié ou non du médicament chez le sujet âgé : certains médicaments sont considérés comme potentiellement inappropriés chez le sujet âgé, lorsque leur prescription entraîne un risque qui dépasse le bénéfice potentiel attendu et/ou qu'ils ont une efficacité douteuse alors que d'autres solutions thérapeutiques plus sûres existent.

››› Cf. liste préférentielle de médicaments adaptés aux sujets âgés et liste de médicaments inappropriés.

Les effets pharmacologiques et indésirables, les contre-indications : les effets indésirables inattendus des médicaments peuvent être déclarés au centre régional de pharmacovigilance, afin d'améliorer leur sécurité d'emploi et leur bon usage.

La forme galénique : elle doit être adaptée au sujet âgé, en particulier en présence d'un trouble de déglutition. NB : la forme orale doit toujours être privilégiée.

››› Vérifier à ne pas écraser de manière systématique les médicaments, à ne pas les mélanger, à ne pas les préparer plusieurs heures à l'avance.

La fixation du médicament aux protéiques plasmatiques : certains médicaments se fixent fortement aux protéines plasmatiques (albumine notamment). La fraction de médicament fixée à l'albumine n'a plus d'effet thérapeutique. En cas de dénutrition, l'albuminémie est diminuée et la fraction libre (active) de médicaments s'en trouve augmentée.

Exemple : en cas de dénutrition (albuminémie < 35 et IMC (taille/poids^2) ≤ 21) la dose de benzodiazépines, de dépakine, d'AVK doit être réduite pour éviter tout surdosage.

Le service médical rendu du médicament : il est à prendre en compte pour chaque médicament prescrit. Il est déterminé en fonction du rapport bénéfice/risque du médicament, de la gravité de l'affection à traiter et de sa place dans la stratégie thérapeutique : Niveau I si l'intérêt est important, II pour faible et III pour insuffisant. Il est consultable sur le site de la Haute Autorité de Santé.

Avant et après la prescription : le suivi et la réévaluation

Tout ajout ou suppression de médicaments dans une prescription doit s'accompagner d'une réflexion sur le bénéfice et le risque que cette action entraine.
Lors d'un ajout, avoir les bons réflexes devant tout nouveau symptôme (chronologie de survenue, signe(s) clinique(s) évocateur(s) comme les chutes, l'anorexie, la confusion).

La révision/réévaluation du traitement passe forcément par une analyse des pathologies et des médicaments en cours : hiérarchisation et priorisation. Des outils d'aide à l'optimisation des prescriptions chez le sujet âgé existent : la liste de Beers, la liste de Laroche, l'outil STOPP/START ….

Outils

Fiche 2 : « Révision de la prescription du sujet âgé »

Fiche 3 : « Management de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD »

Fiches 5 : « La prescription en EHPAD »

Fiche 11 à 17 : « Médicaments à risque chez les personnes âgées »

Liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé et liste des médicaments inappropriés

Pour approfondir

Mise au point sur le bon usage des médicaments en cas de vague de chaleur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/349fc63aeabdf262a6c0d2f40713fc4b.pdf

Site de la HAS : www.has-sante.fr, Outils Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) et indicateurs Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie (AMI)

Site de l'ANSM : www.ansm.sante.fr, Prévenir l'iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé.

Fiche 2 : Appropriée ou inappropriée ?
Révision de la prescription du sujet âgé

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☐ IDE ☐ Aide-soignant

Principaux enjeux

La iatrogénie médicamenteuse est très fréquente chez le sujet âgé :

- les erreurs médicamenteuses sont deux fois plus fréquentes après 65 ans [1] ;
- 10 à 20 % des hospitalisations des sujets de plus de 65 ans sont directement liées à un évènement iatrogène [2] ;
- 50 % des accidents iatrogènes du sujet âgé sont évitables[2].

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est devenue un enjeu majeur de santé publique et un véritable challenge. Tout nouveau symptôme chez un patient âgé doit conduire à évoquer la possibilité d'un Événement indésirable lié aux médicaments (EIM) (reflexe iatrogénique). La prévention des EIM nécessite un exercice en équipe pluriprofessionnelle, une concertation accrue entre soins de premier recours et soins spécialisés, une implication du patient et une mobilisation de l'entourage et des aidants.

La prévention et la détection des prescriptions potentiellement inappropriées doit être une préoccupation constante des praticiens en charge de patients âgés : la révision pluriprofessionnelle des ordonnances est une solution simple et efficace pour les limiter.

Points clés

Prescriptions potentiellement inappropriées

30 à 50 % des patients de plus de 65 ans résidant en institution ont au moins un traitement potentiellement inapproprié [3].

[1] HAS, Brochure « Amélioration de la prescription médicamenteuse en EHPAD », 2006
[2] Enquête ENEIS, 2009
[3] Wilcox, 2003

Périmètre de l'erreur médicamenteuse :

- mauvaise pertinence de l'indication
- absence de prescription souhaitée
- contre-indications, par rapport :
  - à d'autres prescriptions (interactions médicamenteuses à risque)
  - aux comorbidités du patient
  - à la stratégie thérapeutique globale (intention de chirurgie, moins bon profil efficacité-tolérance…)
- erreur de médicament (duplication, erreur de dose (trop, pas assez), erreur de durée)
- erreur de suivi (ajustement, surveillance, tolérance)
- mésusage par le patient (pas pris, trop pris, mal pris)

Cinq groupes thérapeutiques sont principalement incriminés dans la survenue d'EIM dans la population âgée :

- médicaments à visée cardiovasculaire (diurétiques, digoxine, anticoagulants),
- psychotropes (neuroleptiques, hypnotiques, antidépresseurs),
- analgésiques,
- anti-inflammatoires (aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS),
- anti-infectieux.

Les étapes de l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prescription médicamenteuse chez la personne âgées sont [4] :

- pratiquer en équipe pluriprofessionnelle,
- repérer les patients à risque d'EIM,
- identifier les situations à risque et mettre en place des alertes permettant de les gérer,
- confronter la liste des médicaments pris avec la liste hiérarchisée des maladies. Sur cette base, optimiser les traitements en tenant compte du point de vue du patient,
- renforcer la surveillance clinique et biologique des traitements,
- sécuriser la gestion des traitements et maladies, en prenant en compte les difficultés d'observance du patient, notamment par l'éducation thérapeutique, par le conseil pharmaceutique et l'intervention d'infirmiers en tant que de besoin,
- réviser annuellement la prescription.

[4] HAS, points clés « Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée », 2014

Aujourd'hui, trois « types » de prescriptions potentiellement inappropriées sont définis :

- « L'overuse » : utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication médicale en cours de validité ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité. Par exemple :
  - *Inhibiteurs de la pompe à proton souvent prescrits hors AMM ou trop longtemps*
  - *Benzodiazépines, trop souvent prescrites au long cours*

- « Le misuse » : utilisation de médicaments dont le risque est supérieur au bénéfice attendu. Par exemple :
  - *Anticholinergiques chez le patient dément ou présentant des troubles cognitifs*
  - *Antagonistes dopaminergiques chez le parkinsonien*

- « L'underuse » : absence d'instauration d'un traitement efficace chez le sujet âgé ayant une ou plusieurs pathologies pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité. Par exemple :
  - *Antidépresseurs dans la dépression*
  - *Antalgiques dans la douleur*
  - *Anticoagulants dans l'AC/FA*

Le dépistage des prescriptions potentiellement inappropriées peut se faire selon des :

- critères explicites : application de listes standardisées (les critères sont souvent rigides et s'appliquent de la même manière à tous les patients)
- critères implicites : analyse patient par patient et traitement par traitement avec une prise en compte de la dimension globale du patient, de ses comorbidités et de l'environnement

Des outils d'aide à l'optimisation des prescriptions chez le sujet âgé existent :

Exemples d'outils de dépistage des prescriptions inappropriées	
Approche « explicite »	Approche « implicite »
Critères de Beers Liste de McLeod IPET Liste de Zhan Démarche ACOVE Liste de Laroche Liste Européenne Critères STOPP-START	Medication Appropriateness Index No tears Tool Drug Utilization Review
DICTIAS – OBCv5 Indicateur de pratique clinique Alerte et Maitrise de la Iatrogénie (AMI)	

Exemples d'outils d'évaluation du risque iatrogène	
Charge anticholinergique	Charge sédative
Anticholinergic Drug Scale (ADS) Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) Anticholinergic Risk Scale (ARS)	Sedative Load Model
Drug Burden Index	

Critères de Beers

Identification des médicaments pour lesquels le risque d'utilisation chez le sujet âgé est supérieur au bénéfice attendu.

53 médicaments répartis en 3 catégories : médicaments à éviter chez le sujet âgé, médicaments à éviter chez le sujet âgé atteint de certaines pathologies, médicaments à utiliser avec précaution chez le sujet âgé.

Liste non adaptée à la pratique : ne considère pas l'omission de prescription, les interactions médicamenteuses et les prescriptions de plusieurs médicaments d'une même classe thérapeutique.

Liste de Laroche

Identification des médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé de plus de 75 ans.

36 critères répartis en 3 catégories : rapport bénéfice/risque défavorable, efficacité discutable, rapport bénéfice/risque défavorable et efficacité discutable.

Liste française proposant des alternatives thérapeutiques mais ne considérant pas l'omission de prescription et nécessitant une mise à jour régulière.

Critères STOPP/START

Outil de détection des prescriptions inappropriées (versant STOPP) et des omissions de prescriptions (versant START) adapté en langue française.

Outil fonctionnel, rapide et pédagogique pour la réévaluation de la prescription ainsi que pour le repérage des médicaments inappropriés.

115 critères présentés selon les systèmes physiologiques et conçus pour être appliqués conjointement. Chaque critère est basé sur « the evidence based medicine » et est expliqué (indication, balance bénéfice/risque).

L'utilisation des critères STOPP-START en pratique nécessite la connaissance des traitements du patient, des antécédents cliniques et chirurgicaux du patient, des comorbidités du patient et des contextes cliniques et paracliniques du patient.

L'application des critères STOPP-START dans un établissement de long séjour gériatrique réduit le nombre de médicaments inappropriés et le nombre de chute (mesuré à 1 an après introduction).

Alerte et Maîtrise de la iatrogénie (AMI)

Des outils HAS pour mieux repérer les situations à risque iatrogénique : overuse, évènements intercurrents, risque de sous prescription.

Des alertes par médicaments : cardiovasculaires et psychotropes.

Outil DICTIAS-Check OBCv5

Outil élaboré par l'équipe de l'hôpital Charles Foix (Ivry – sur – Seine), Pr Belmin.

La partie, DICTIAS a pour objectif de réévaluer chaque médicament selon 7 critères (diagnostic, indication, contre-indication, tolérance, interaction médicamenteuse, ajustement posologique, sécurité) et se situe dans la logique de détection d'une prescription « overuse ou misuse ».

La partie OBCv5 est un acronyme pour Ostéoporose – BPCO – CardioVasculaire dont l'objectif est de détecter une situation « d'underuse » parmi 10 situations cliniques fréquentes pour lesquelles certains médicaments sont insuffisamment utilisés en gériatrie :

- O : Ostéoporose documentée, fracture à faible traumatisme, chutes répétées
  - *Médicament de l'ostéoporose*
  - *Vitamine D si carence*
- B : BPCO du stade modéré à sévère
  - *Bronchodilatateur inhalé de longue durée d'action*
- CV5 : Cardiovasculaire
  - *Athérosclérose cliniquement parlante ou [diabète + fdr CV] : Antiagrégant plaquettaire (AAP) + statine (S)*
  - *Coronaropathie : idem (AAP + S) + β-Bloquant (βB)*
  - *Post-infarctus du myocarde : idem (AAP + S + βB) + IEC*
  - *Insuffisance cardiaque : IEC + β-Bloquant*
  - *Fibrillation atriale : anticoagulant oral*

Nom médicament	Diagnostic	Indication	Contre-indication	Tolérance	Interaction	Ajustement dose	Sécurité	Conclusion
Check O-B-Cv5	*Ostéoporose, fracture faible trauma, chutes répétées*							
	BPCO stade modéré ou sévère							
	Athérosclérose parlante, Db + FdR, Coronaropathie, Post-IDM, Insuffisance cardiaque, Fibrillation atriale							

Exemple de réévaluation d'ordonnance avec l'outil STOPP-START

Cas clinique

Patient Mr X, 90 ans

- Arrivé aux urgences pour chute
- Adressé par l'infirmière de l'EHPAD qui l'a trouvé au sol
- Mode de vie: autonome, vit en EHPAD
- Se déplace seul, gère ses traitements, gère ses repas
- Fatigue accrue ces derniers temps décrite par l'infirmière, dans un contexte d'insuffisance cardiaque gauche récent.

Antécédents

- HTA
- DNID
- ACFA paroxystique
- AOMI
- Ostéoporose
- Adénome de prostate
- Polyarthrose

Cas clinique

73kg

TA 128/73 mmHg
FC 35/min

Saturation 96%

Auscultation pulmonaire normale

Hypotension orthostatique

Désorienté

Pas de globe

Pas de chutes antérieures

Ionogramme:
Na : 133 mmol/l
K : 4,1 mmol/l

Glycémie: 3,2 mmol/L

Urée : 32,9mmol/L

Créatinine : 206 µmol/l

DFG : 22ml/min

NFS normale

HbA1c = 6%

Furosémide 40 mg: 1-1-0
Diffu-K 600 mg: 1-0-0
Urapidil 30 mg: 1-0-1
Sotalol 160 mg: 1-0-0
Pravastatine 20 mg : 0-0-1
Kardegic 75 mg : 0-1-0
Gliclazide 60mg : 1-0-0
Allopurinol 100 mg : 0-1-0
Rabéprazole 10 mg : 1-0-0
Tamsulosine LP 0,4 mg : 1-0-0
Hydroxyzine 25mg : 0-0-1
Lamaline : 1 gélule 4 fois par jour

Cas clinique

En lien avec la bradycardie :
- Arrêt Sotalol et demande avis cardiologique
(critère STOPP B4)

En lien avec l'hypotension orthostatique et les chutes :
- Arrêt Urapidil (TA 128/73)
(critère STOPP K3)
- Modification de l'heure de prise de la Tamsulosine : 1 cp le soir au coucher

En lien avec l'hypoglycémie :
- Arrêt Gliclazide
(Cl : DFG < 30ml/min), contrôle Hba1c à 3mois

En lien avec la désorientation :
-Arrêt Hydroxyzine
(critère STOPP N1)
-Arrêt Lamaline® : réévaluation de la douleur
-Arrêt IPP : indication à rediscuter

Autres :
- Arrêt statine en prévention primaire
(critère STOPP A1)
-Arrêt Allopurinol (pas de crise de goutte connue)

En lien avec la FA paroxystique :
- Débuter anticoagulation
(critère START A1)

En lien l'ostéoporose et chute:
- Débuter supplémentation en vitamine D et en calcium
(critère START E3)

Exemple de réévaluation d'ordonnance avec l'outil DICTIAS-Check OBCv5

Médicament	Diagnostic	Indication	Contre-indication	Tolérance	Interaction	Ajust. Dose	Sécurité	Conclusion
Furosémide 40mg (1-1-0)	HTA Insuffisance cardiaque	Oui RCP	NON iono Ok	Semble OK		OUI réévaluer œdèmes	Surveiller œdèmes poids	Proposer surveillance œdèmes, ajustement doses selon œdèmes, écho cœur, réévaluation insuffisance cardiaque par cardiologue/ info CAT œdèmes patient + surveillance du poids
Diffu-K 600mg (1-0-0)	A priori lié furosémide	Oui RCP	NON kaliémie OK	Semble OK		NON	Iono SB	Proposer surveillance iono à chaque changement dose furosémide
Urapidil 30mg (1-0-1)	HTA	OUI RCP	NON	Hypotension orthostatique Chute	tamsulosine	OUI hypotension	Liste Laroche STOPP K3	Proposer l'arrêt, si besoin d'un anti-HTA envisager IEC contexte insuffisance cardiaque et éventuel diabète (START A6)
Sotalol 160mg (1-0-0)	FA	OUI RCP	insuffisance cardiaque non contrôlée ? FC <45 bpm	Hypotension orthostatique Chute Arythmie	hydroxyzine	OUI Sur avis cardio		Proposer l'arrêt non brutal avec réévaluation rapide par cardiologue sur hypotension et insuffisance cardiaque
Pravastatine 20mg (0-0-1)	Prévention primaire	OUI RCP	NON	Semble OK		OUI âge		Proposer l'arrêt, à discuter selon tolérance et espérance vie
Kardégic 75mg (0-1-0)	AOMI	Oui RCP	NON	Semble OK		NON	Surveiller hémorragie	
Gliclazide 60mg (1-0-0)	Diabète ? HbA1c <7%,	Pas en 1ère intention	DFG < 30mL/min	Hypoglycémie chute		OUI tolérance	STOPP-J1	Proposer l'arrêt, réévaluer le diagnostic avec suivi glycémies et HbA1c, cf. médecin traitant MT
Allopurinol 100mg (0-1-0)	Pas indication	NON	NON	Semble OK		OUI proposer arrêt		Proposer l'arrêt, réévaluer le diagnostic avec MT et patient ATCD clinique
Rabéprazole 10mg (1-0-0)	Pas indication	NON	NON	Semble OK		OUI proposer arrêt		Proposer l'arrêt, réévaluer le diagnostic et durée avec MT et patient ATCD clinique
Tamsulosine LP 0.4mg (1-0-0)	HBP	Oui RCP	OUI Hypotension orthostatique	Semble OK	urapidil	OUI	Suivi hypotension	Déplacer la prise au soir pour limiter risque hypotension, réévaluer si poursuite hypotension orthostatique
Hydroxyzine 25mg (0-0-1)	Pas indication	NON	FR allongé. QT (FC <45bpm)	Désorientation	sotalol	OUI proposer arrêt	Liste Laroche STOPP-N1	Proposer l'arrêt, réévaluer l'indication en lien avec MT et patient : origine de la plainte de fatigue ? tr. du sommeil ? anxiété ? syndrome dépressif ?
Lamaline 1 gélule 4 fois/j	Polyarthrose			Désorientation		OUI proposer arrêt	STOPP-N1	Proposer l'arrêt, réévaluer l'origine de la douleur et son intensité, lien MT, patient voire rhumatologue
Check O-B-Cv5	**Ostéoporose documentée, fracture à faible traumatisme, chutes répétées**							START E5 : initier vitamine D + calcium
	BPCO du stade modéré à sévère							A priori NON / à réévaluer avec le MT
	Athérosclérose cliniquement parlante ou [diabète + FdR CV] /Coronaropathie / Post-infarctus du myocarde/ Insuffisance cardiaque/ Fibrillation atriale							Réévaluation cardio : insuffisance cardiaque décompensée ? Réévaluer traitement FA : proposer arrêt sotalol +/- statine + intro anticoagulant START A1 (si ajout arrêter Kardégic Réévaluer HTA : arrêter urapidil, si besoin proposer IEC

Outils

Fiche 1 : « Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé »

Fiche 11 à 17 : « Médicaments à risque chez la personne âgée »

Liste préférentielle des médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Enquêtes ENEIS, P Michel et al. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 & 2004, 2010.

Amélioration de la prescription médicamenteuse en EHPAD, HAS, 2006.

Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, HAS, 2014.

Prescription inappropriée en gériatrie, faisabilité et utilité d'une démarche d'optimisation structurée http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2015_40_335-342.pdf.

Les critères STOPP-START v2, adaptation en langue française, 2015, une version informatisée est en cours de finalisation

Fiche 3 : Le management de la prise en charge médicamenteuse : rôles et responsabilités

☑ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

Prévenir les événements indésirables graves évitables en sécurisant le processus de prise en charge médicamenteuse en EHPAD.

Définir les rôles et responsabilités des professionnels participant à la prise en charge du résident : qui doit et qui peut ?

Points clés

Le médecin traitant

Désigné par le résident, il assure le suivi et la prescription médicale du résident (hors situations d'urgence)[5].

Il respecte les exigences en matière de prescription (libellé, support, règles)[6] .

Il met en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Il prend en compte dans sa pratique médicale les référentiels de bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur[7].

Il respecte les principes généraux et spécifiques de la prescription : préconisations HAS et ANSM dans le cadre de la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Il doit s'assurer de la connaissance des paramètres biologiques nécessaires à la prescription et de leur validité (clairance créatinine, albuminémie, ionogramme sanguin, etc.).

Il doit noter dans le dossier du patient les particularités type allergie, contre-indication ou au contraire, indication (ex : antibioprophylaxie).

[5] Art. L.1110-8 du CSP, L.311-3 du CASF, L.162-2 du CSS
[6] Art. L. 5121-1-2 et R.5132-(3;4;5;21;29;30) du CSP
[7] Art. 3 et 4 de l'annexe relative au médecin traitant de l'arrêté du 30 décembre 2010

Il évalue les capacités de déglutition des résidents et en cas de troubles de la déglutition, il le renseigne dans le dossier médical, informe les professionnels de l'EHPAD, adapte la forme galénique du traitement en cas de trouble de déglutition pour éviter d'écraser des médicaments à libération prolongée ou d'ouvrir des gélules au principe actif non gastro résistant, par exemple. Il prescrit la nécessité d'écraser les comprimés ou d'ouvrir les gélules.

Il évalue le degré d'autonomie du résident et indique si l'administration doit être effectuée par une IDE. Dans le cas où l'aide à la prise d'un médicament est réalisée en tant qu'acte de la vie courante, il convient de s'assurer de l'aptitude de la personne qui en est chargée[8].

Le médecin coordonnateur

Il met en place la commission de coordination gériatrique [9] dont il assure la présidence. Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques.

Il contribue auprès des professionnels de santé à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments et des produits et prestations aux impératifs gériatriques.

Il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement [10] en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien (en particulier lors de la commission de coordination gériatrique).

Il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels.

Il élabore un dossier type de soins.

Il identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

Il réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

[8] Art. L 313-26 du CASF
[9] Art. 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011
[10] Art. D.312-158 6° du CASF

Le pharmacien

Certains EHPAD disposent d'une Pharmacie à usage intérieur (PUI), responsable de la dispensation des traitements médicamenteux et du circuit du médicament au sein de l'EHPAD. En l'absence d'une PUI, l'EHPAD peut conclure avec une ou plusieurs pharmacie(s) d'officine une (ou des) convention(s) relative(s) à la fourniture de médicaments. La(es) convention(s) désigne(nt) un pharmacien référent pour l'établissement. La fonction de pharmacien référent est une mission du pharmacien d'officine[11]. La(es) convention(s) précise(nt) les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique, ainsi que le bon usage des médicaments[12].

Les conventions doivent être transmises au Directeur général de l'Agence régionale de santé, à la Caisse primaire d'Assurance maladie et au Conseil régional de l'ordre des pharmaciens.

Le pharmacien référent concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments. Il collabore avec le médecin traitant à l'élaboration de la liste préférentielle des médicaments.

Les pharmaciens assurent la dispensation des médicaments (acte pharmaceutique).

La préparation des doses à administrer peut être réalisée au sein de l'officine et relève alors d'un acte pharmaceutique mais n'est pas encore encadrée réglementairement. Des bonnes pratiques sont cependant en cours d'élaboration.

Le mode de livraison des médicaments doit garantir le respect de règles d'hygiène, la bonne conservation des médicaments ainsi que la confidentialité. Les modalités de remise des médicaments au sein de l'EHPAD doivent être définies.

Les personnes âgées hébergées en EHPAD conservent leur droit au libre choix de leur professionnel de santé. Dès lors qu'elles ne peuvent plus ou pas se déplacer, elles peuvent, directement ou par l'intermédiaire de l'EHPAD, demander la dispensation à domicile des médicaments par le pharmacien d'officine de leur choix.

L'infirmier

L'administration des médicaments est de la compétence exclusive de l'infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE)[13], notamment les administrations impliquant un acte technique (injection, aérosols, etc..). L'infirmier peut, sous sa responsabilité, assurer certains actes avec la collaboration d'aides-soignants qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation[14].

L'IDE administre les médicaments soit en application d'une prescription médicale, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par les médecins.

L'infirmier(e) est habilité(e) à entreprendre et à adapter certains traitements médicamenteux (ex : antalgiques, …) dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

[11] Art. L. 5125-1-1 A du CSP
[12] Art. L.5126-10.II, L.4241-1 et L4241-10 du CSP
[13] Art. R.4311-7 du CSP
[14] Art. R.4311-4 et 5 du CSP

En l'absence d'un médecin, l'infirmier(e) est habilité(e), après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable[15]. Dans ce cas, l'infirmier(e) accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

La préparation des doses à administrer (préparation des piluliers) est exclusivement réservée aux IDE, lorsque celle-ci n'est pas réalisée en pharmacie.

L'acte d'administration doit être tracé et doit faire l'objet d'une surveillance thérapeutique.

La personne distribuant les médicaments doit s'assurer de leur prise (ex. mise en bouche) notamment pour les résidents ayant des troubles cognitifs.

Le besoin d'écraser les médicaments doit être prescrit par le médecin traitant au regard de l'évaluation de la déglutition. L'IDE vérifie systématiquement avant l'acte d'écrasement des comprimés ou d'ouverture des gélules la possibilité de réaliser cet acte, au regard des données fournies par le pharmacien ou de la liste régionale/nationale des comprimés pouvant être écrasés ou gélules ouvertes.

L'IDE est personnellement responsable des actes professionnels qu'il (elle) est habilité(e) à effectuer et également responsable des actes qu'il (elle) assure avec la collaboration des aides-soignants qu'il (elle) encadre.

L'aide-soignant(e) et l'aide médico-psychologique

L'infirmier(e) peut, sous sa responsabilité, assurer certains actes avec la collaboration d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation[16] notamment :

- l'aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable
- la vérification de leur prise
- la surveillance de leurs effets et éducation du patient
- l'évaluation de la douleur
- l'irrigation de l'œil et l'instillation de collyre

Ces modalités de collaborations sont possibles si le médecin n'a pas mentionné sur la prescription de nécessité d'un infirmier pour l'aide à la prise du médicament et que l'infirmier a évalué que le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration, ni d'apprentissage particulier.

L'aide-soignant doit disposer d'un descriptif précis de son rôle et de sa responsabilité en rapport avec sa formation continue et son encadrement[17].

[15] Art. R4311-14 du CSP
[16] Art. R4311-4 et 5 du CSP
[17] Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant

Sous ces conditions, les aides-soignants peuvent, sous la responsabilité de l'infirmier(e) et dans le cadre de l'aide aux soins réalisés par ces derniers, aider à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers.

Les aides-soignants devront :

- respecter les consignes écrites de l'infirmier(e)
- transmettre précisément à l'infirmier(e) les informations importantes (ex : motifs de la non prise d'un médicament)
- signaler tout évènement anormal concernant un résident ou toute difficulté rencontrée

La personne chargée de l'aide aux « Actes de la vie courante »

Compte tenu des organisations déjà existantes dans les EHPAD et de la nécessité de disposer de procédures simples et sécurisées touchant au circuit du médicament, il est fortement recommandé de confier prioritairement à l'équipe soignante (IDE, AS, AMP), l'aide à la prise des médicaments. Dans le cas où l'aide à la prise d'un médicament est réalisée en tant qu'acte de la vie courante, il convient de s'assurer de l'aptitude de la personne qui en est chargée.

Lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin, l'aide à la prise de ce traitement **constitue une modalité d'accompagnement** de la personne dans les actes de la vie courante.

Cet acte de la vie courante se limite à l'aide à la prise. La vérification de la prise, la surveillance des effets et l'éducation du résident restent de la responsabilité de l'IDE éventuellement en collaboration avec l'AS et l'AMP (voir ci-dessus).

Le **libellé de la prescription médicale** permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante[18].

A défaut de mention sur la prescription médicale de la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, l'aide à la prise médicamenteuse est considérée comme une aide aux actes de la vie courante. Ces actes s'appliquent :

- à tout aidant chargé de l'aide aux actes de la vie courante (pas seulement l'AS ou l'AMP) suffisamment informé,
- aux médicaments prescrits, à l'exclusion de tout autre,
- aux médicaments dont le mode de prise, compte tenu de leur nature, ne présente ni difficulté particulière d'administration, ni apprentissage spécifique,
- à condition que la prescription ne vise pas expressément l'intervention d'auxiliaires médicaux,
- et **à condition que des protocoles de soins aient été élaborés avec l'équipe soignante** afin que les personnes chargées de l'aide à la prise soient informées de l'ensemble des modalités de prise (doses prescrites, voie d'administration et moment de la prise).

[18] Art. L.313-26 du CASF

Outils

Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT de Normandie

Liste nationale SFPC-OMEDIT de Normandie sur les médicaments per os concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules

Pour approfondir

Guide sur la sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD (ARS Rhône-Alpes- septembre 2017)

Fiche 4 : La prise en charge médicamenteuse en EHPAD

☑ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

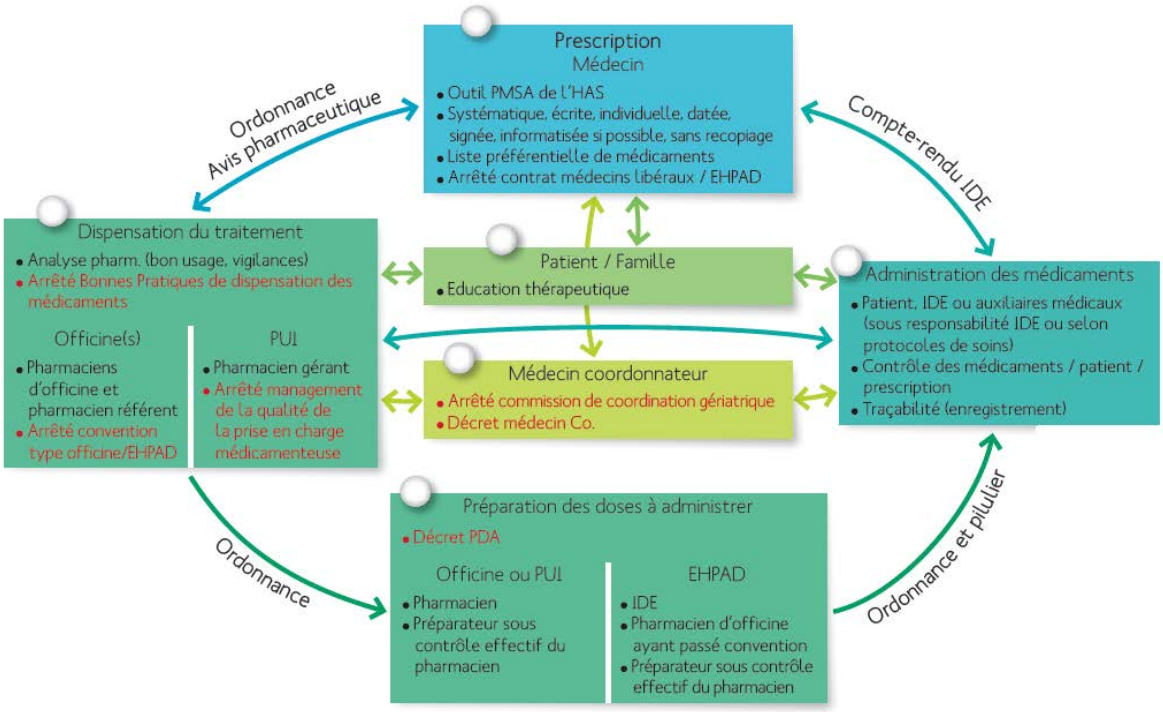
Améliorer l'efficience de la prise en charge thérapeutique des résidents.

Sécuriser le circuit des médicaments en réduisant les erreurs évitables à chaque étape du circuit.

Optimiser l'organisation du circuit au niveau des EHPAD et entre tous les acteurs intervenant dans la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Points clés

Identifier les points forts et les points à améliorer dans la prise en charge médicamenteuse afin de prévenir les événements indésirables graves médicamenteux associés aux soins.



Coordination entre les partenaires / Continuité de la prise en charge

En cas d'hospitalisation, il existe une fiche de liaison permettant d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

Un dossier de liaison d'urgence doit être constitué et actualisé pour tous les résidents de l'EHPAD. Il doit être accessible 24h/24 pour tous les soignants de l'EHPAD pouvant être amenés à gérer une urgence. Des informations complètes sur le DLU ainsi que les documents associés peuvent être trouvés sur le site de la HAS.

Le dossier de soins (y compris médical) est accessible 24h/24, pour les professionnels assurant la prise en charge thérapeutique.

Les modalités de gestion des traitements médicamenteux sont définies avec le résident ou son représentant dans le projet personnalisé individualisé en fonction de son degré d'autonomie.

Pour les résidents autonomes, la concertation porte sur l'autogestion de leur traitement, la gestion de leur pharmacie personnelle (notamment pour la gestion des périmés), les conditions d'approvisionnement des médicaments.

Outils

Fiche 5 : « La prescription en EHPAD »

Fiche 6 : « La fourniture, la dispensation et la détention des médicaments »

Fiche 8 : « L'administration des médicaments en EHPAD »

Fiche 9 : « La dotation pour besoins urgents »

Fiche 10 : « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »

Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT de Normandie

Grille d'autoévaluation sur le circuit du médicament en EHPAD avec PUI et sans PUI de l'OMéDIT de Normandie

Pour approfondir

Grille d'autoévaluation de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD avec ou sans PUI – site internet de l'OMéDIT Normandie : http://www.omedit-normandie.fr/

Guide de sécurisation du circuit dans les EHPAD - ARS Rhône Alpes - Mars 2012

Fiche repère « PECM en EHPAD » - ANESM – Juin 2017

Fiche 5 : La prescription en EHPAD

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☐ IDE ☐ Aide-soignant

Principaux enjeux

Sécuriser le circuit des médicaments en réduisant les erreurs évitables à l'étape de prescription.

Points clés

En dehors des situations d'urgence, la prescription émane le plus souvent du médecin traitant désigné par le résident et chargé de son suivi médical. Elle peut également provenir de médecins spécialistes libéraux, de praticiens hospitaliers ou d'autres généralistes[19].

En cas de situations d'urgence, le médecin coordonnateur peut réaliser les prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions.

Toute administration de médicament doit avoir fait l'objet d'une prescription écrite, qualitative et quantitative, datée et signée après l'évaluation médicale du résident. Toutefois en cas d'urgence, d'autres modes de prescription peuvent être tolérés (téléphone, fax, messagerie)[20] sous réserve d'un examen médical organisé dans un laps de temps réduit et d'une régularisation de la prescription dans les meilleurs délais.

Une liste préférentielle de médicaments doit être définie par la commission de coordination gériatrique en lien avec l'éventuel pharmacien référent.

Cette liste précise :

- les comprimés pouvant être écrasés et les gélules pouvant être ouvertes,
- la durée de conservation après ouverture des médicaments à conditionnement multidose (sirops, gouttes buvables, collyres, antiseptiques).

Les prescriptions ainsi que toute modification et arrêt, doivent être renseignés dans le dossier médical du

[19] Art. L. 1110-8 du CSP, L.311-3 du CASF, L. 162.2 du CSS

[20] Art. R4312-42 du CSP

résident. Les modifications de traitement doivent être prises en compte afin d'adapter le traitement à administrer au patient.

La retranscription ou recopiage des prescriptions sur un support intermédiaire constitue une source d'erreur : un support unique de prescription administration et l'informatisation de la prescription et des administrations permettent de limiter les erreurs liées au recopiage et de regrouper les différentes informations.

En cas de prescription informatisée, il convient en particulier de garantir que l'accès au logiciel de prescription et à la session du prescripteur soit protégé (identifiant et mot de passe dédiés et confidentiels).

L'utilisation d'un logiciel de prescription couplé à des bases de données sur le médicament constitue une aide à la prescription. D'une manière plus générale, l'informatisation concourt à la sécurisation de l'ensemble du circuit du médicament et doit être recherchée.

Les prises conditionnelles (si besoin…) doivent être protocolisées, car la mention seule est peu visible. Cela évite de les mettre, par erreur, en systématique dans les semainiers au moment de la préparation et facilite la validation de l'administration par les IDE.

Recommandations HAS :

- moins prescrire les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indication : réévaluations diagnostiques régulières,
- éviter de prescrire des médicaments dont l'efficacité n'est pas démontrée et ayant un service médical rendu insuffisant,
- mieux tenir compte du rapport bénéfice/risque, en évitant les médicaments inappropriés chez le sujet âgé.

Certaines classes thérapeutiques nécessitent une attention toute particulière chez le sujet âgé.
Exemples : antihypertenseurs, anticoagulants, psychotropes, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antidiabétiques). L'emploi de ces classes thérapeutiques nécessite une surveillance biologique annuelle à minima (clairance créatinine, hémoglobine, glycémie).

Outils

Fiche 1 : « Les incontournables de la prescription en EHPAD »
Fiche 2 : « Révision de la prescription du sujet âgé »
Fiche 3 : « Le management de la prise en charge médicamenteuse »
Fiche 4 : « La prise en charge médicamenteuse en EHPAD »
Fiche 9 : « Dotation pour besoins urgents »
Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT Normandie
Application smartphone MedEHPAD
Audit prescription du sujet âgé de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Guide d'autodiagnostic sur le circuit des médicaments - ARS Pays de la Loire - Mai 2012

Guide de sécurisation du circuit dans les EHPAD - ARS Auvergne Rhône Alpes – septembre 2017

Outil d'amélioration des pratiques en matière de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (ou PMSA) ; le programme AMI-ALZHEIMER (alerte et maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer)

Concernant les règles de prescription ou les conditions de délivrance, des éléments d'informations complémentaires sont accessibles, en ligne, notamment sur le site MEDDISPAR (médicaments à dispensation particulière)

Fiche 6 : La dispensation et la détention des médicaments

☐ Direction ☐ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

Sécuriser le circuit des médicaments en réduisant les erreurs évitables liées à la dispensation et la détention des médicaments en EHPAD.

Points clés

Dispensation et livraison

La dispensation et livraison des médicaments aux résidents d'EHPAD est assurée soit par une Pharmacie à usage intérieur (PUI) soit en cas d'absence de PUI par une ou plusieurs pharmacies d'officine[21].

Dans ce cas, les EHPAD concluent avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des résidents. La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur.

Le résident doit pouvoir choisir librement son pharmacien d'officine[20].

Les prescriptions doivent faire l'objet d'une analyse pharmaceutique (vérification de l'absence d'interaction ou de contre-indication).

La livraison s'effectue par un membre du personnel de la pharmacie d'officine ou un prestataire ; ou à défaut un membre du personnel de l'EHPAD ou de l'entourage du résident.

Dans tous les cas, la livraison est effectuée en paquet scellé au nom du résident, dans les conditions d'hygiène et de conservation optimales et remis à un(e) IDE pour être rangé de manière sécurisée.

En dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie, la pharmacie de garde doit être connue (en appelant le 32 37) et contactée.

[21] Art. L. 5126-10 du CSP

Stockage

Le stockage est réalisé dans une armoire ou local à pharmacie à accès contrôlé (digicode, clé, …) propre, non humide, dont la température est compatible avec la conservation des médicaments (entre 15 et 25°C). Cette température doit faire l'objet d'un contrôle régulier, tracé.

Les traitements de chaque résident sont regroupés individuellement, de manière nominative (nom et prénom du résident). La date de naissance, la photo peuvent également être rajoutés pour éviter les erreurs d'identité (ex. chariot avec casier individuel). Attention, le numéro de chambre peut être source d'erreur.

Les produits thermosensibles doivent être conservés entre + 2°C et + 8°C dans un réfrigérateur ou une chambre froide exclusivement dédiés aux médicaments. La température doit être régulièrement contrôlée et tracée (idéalement avec enregistrement automatique et report d'alarme).

Pour rappel, toute température inférieure ou égale à 0°C est délétère pour les vaccins et les insulines notamment. Il convient, par ailleurs, de définir, en lien avec le pharmacien, une conduite à tenir en cas de d'excursion de température.

Le stockage doit limiter les risques de confusion (forme galénique, dosage, concentration) : en harmonisant les étiquetages, en aménageant les locaux, en responsabilisant le personnel et en nommant un référent pour la gestion du stock, les retours des médicaments (périmés ou non utilisés ou en surstock) à la pharmacie.

Dotation pour besoins urgents

Le contenu de la dotation pour besoins urgents est défini qualitativement et quantitativement par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent en collaboration avec les médecins prescripteurs.

Une convention doit définir les modalités d'approvisionnement et de renouvellement de cette dotation (commande du médecin, pharmacien référent, état récapitulatif).

Les médicaments pour besoins urgents sont détenus dans une armoire identifiable fermée à clé. La liste de cette dotation doit être disponible.

Cas particulier des stupéfiants

Les médicaments stupéfiants doivent faire l'objet d'un stockage dans un lieu séparé et fermé à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Ils doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée et l'administration doit être tracée.

Ces médicaments font l'objet d'une vigilance particulière avec une traçabilité de la prescription jusqu'à l'administration.

Les pharmaciens d'officine doivent disposer d'ordonnances sécurisées pour délivrer les stupéfiants, mais ces dispositions n'excluent pas la prescription informatique à condition que l'impression soit possible sur des

ordonnances sécurisées pré-imprimées normées compatibles avec les logiciels médicaux. Les éditeurs de logiciel d'aide à la prescription en ambulatoire prévoient des dispositions pour répondre à l'exigence d'ordonnance sécurisée.

Toute entrée et sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites par le pharmacien sur un registre papier classique ou enregistrées par un système informatique. Les médicaments non utilisés sont repris pour destruction par la pharmacie.

Outils

Fiche 4 : « La prise en charge médicamenteuse en EHPAD »

Fiche 5 : « La prescription en EHPAD »

Fiche 8 : « L'administration des médicaments en EHPAD »

Fiche 9 : « La dotation pour besoin urgent »

Fiche 10 : « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »

Audit croisé circuit du médicament en EHPAD avec PUI et sans PUI de l'OMéDIT Normandie

Audit sur le circuit des médicaments thermosensibles de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Guide « Prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD » – ANAP – mars 2017

Grilles d'autoévaluation de la Prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD - ANAP - Interdiag V2

Guide de sécurisation du circuit dans les EHPAD - ARS Auvergne Rhône Alpes – septembre 2017

Fiche 7 : Préparation des doses à administrer

☐ Direction ☐ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

Principaux enjeux

Règle des 5B : administrer au bon résident, le bon médicament, à la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, selon les bonnes règles d'hygiène et le Résumé des caractéristiques du produit (RCP).

Points clés

Préparer les piluliers à un moment calme dans le service (fixer un planning avec un créneau horaire adapté).

Identifier un endroit dédié (éclairage, température, humidité et ventilation appropriés afin de ne pas affecter les conditions de stockage des médicaments ainsi que leur qualité).

Ne pas déranger la personne qui prépare : éviter toute interruption de tâche (zone adaptée, sans passage).

La préparation des doses est réalisée par le pharmacien (ou le préparateur sous la responsabilité du pharmacien) à l'officine ou l'infirmier dans l'EHPAD.

Elle concerne les formes orales sèches à l'exception des spécialités soumises à la réglementation des stupéfiants.

Prescription

La qualité de la préparation du pilulier dépend de la qualité de la prescription.

Vérifier que la prescription correspond bien à la dernière en date (en cas de prescription informatisée, préparer au regard de l'écran).

Toutes les prescriptions doivent comporter l'identification du prescripteur (nom et signature) et doivent être datées et signées. Il est recommandé qu'une seule prescription réunisse l'ensemble des traitements. Un document unique permet de réunir l'ensemble des prescriptions médicales.

Restreindre le nombre de spécialités prescrites pour les résidents : établir une liste préférentielle des médicaments, afin d'éviter les risques de confusions et de favoriser les connaissances sur les modalités de prise et de conservation.

Élaboration du pilulier

Choisir un endroit calme, préservé de l'interruption de tâche.

Ne pas déranger le personnel pendant toute la durée d'une préparation.

Vérifier que le pilulier est vide et propre.

Vérifier que le nom du patient sur le pilulier correspond à la prescription.

Vérifier l'identification du pilulier au nom, prénom, date de naissance, numéro de chambre et photo du résident.

Préparer le pilulier au regard de la dernière prescription :

- vérifier le nom et le dosage du médicament, ainsi que sa date de péremption,
- vérifier la voie d'administration,
- répartir les doses dans le pilulier en fonction de la posologie.

Effectuer la préparation en une seule fois pour éviter tout risque d'erreur.

Réaliser une seule préparation pour un résident à la fois afin d'éviter les risques d'erreurs et de contaminations croisées et un nettoyage est prévu entre 2 résidents.

Pour les préparations à la semaine, vérifier l'ordre des jours des piluliers et que le résident soit toujours identifié.

Préserver l'identification du médicament jusqu'à l'administration (nom, dosage, lot, date de péremption) : conserver si possible le conditionnement unitaire primaire des médicaments mis en place par le fabricant (éviter de découper les blisters non unitaires (perte de traçabilité), et interdire les 1/4 ou 1/2 comprimés nus et non identifiés) :

- la préparation des doses à administrer ne doit pas excéder 7 jours sauf si le conditionnement primaire de tous les médicaments est conservé, dans ce cas une préparation pour 28 jours est acceptée,
- il est nécessaire de prendre en compte la stabilité des spécialités pharmaceutiques et de veiller à ce qu'elle ne soit pas altérée.

Dans la mesure du possible, mettre l'intégralité du traitement prescrit, ou au moins les formes orales sèches, dans le pilulier afin d'avoir le minimum de médicaments en dehors du pilulier.

Pour les médicaments en « si besoin / à la demande » :

- ils ne doivent pas être préparés dans les piluliers,
- une dotation est à prévoir dans un endroit accessible au moment de l'administration,
- les « si besoin » seront gérés en fonction des protocoles établis dans l'EHPAD, validés par les médecins traitants et le médecin coordonnateur.

Les médicaments prescrits pour une courte durée (antibiotiques) ne doivent pas être mis dans le pilulier.

Les stupéfiants ne doivent pas être mis dans les piluliers.

Un double contrôle doit être effectué au moment de l'administration, par une personne n'ayant pas réalisé la préparation. Ce contrôle doit être tracé.

Des procédures relatives à la santé, à l'hygiène et à l'habillage du personnel et adaptées à la PDA sont établies (il est interdit de manger, de boire, de fumer, d'introduire et de conserver des denrées alimentaires ainsi que des médicaments personnels en dehors des zones prévues à cet effet dans les zones dédiées à la PDA).

Toute anomalie de préparation doit faire l'objet d'un enregistrement et d'un retour en interne afin de mettre en place des mesures adaptées pour éviter qu'elle se reproduise.

Stockage des piluliers préparés

Dans un endroit sécurisé fermant à clé (salle de soins, armoire, chariot, ...).

Une zone de stockage par résident des piluliers, qu'ils soient préparés sur place ou par une pharmacie d'officine doit être prévue (piluliers à regrouper par résident).

Une zone de stockage distincte doit être prévue pour les médicaments partiellement utilisés. Les traitements de courte durée ne doivent pas être mis dans le pilulier (ex : antibiotiques).

Pour les flacons gouttes multidoses : ne pas mélanger plusieurs produits et préparer les doses à administrer extemporanément (juste avant la prise). Noter le nom du résident et la date d'ouverture sur chaque flacon.

Pour les injectables : les poches de perfusion doivent être étiquetées (sans écrire au feutre dessus).

Pour approfondir

Arrêté du 31 mars 1999 (article 9) relatif au stockage des EHPAD avec PUI

Données internationales concernant les stabilités et compatibilités des médicaments injectables http://www.infostab.fr/

Informations indépendantes sur les médicaments : http://www.theriaque.org

Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux. ARS PACA. 2017Guide de mise en place du partenariat EHPAD – pharmacie d'officine – ARS Pays de Loire - 2016

Fiche 8 : L'administration des médicaments en EHPAD

☐ Direction ☑ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

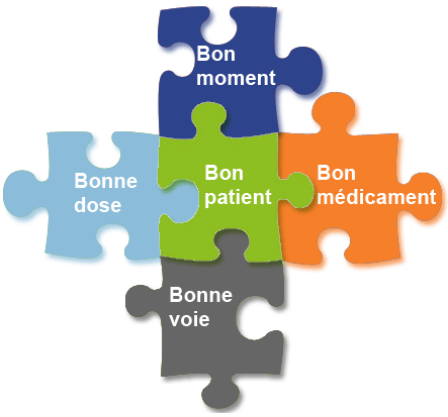
Principaux enjeux

L'administration est une étape cumulant les risques liés aux étapes précédentes de prescription et de dispensation ; en ce sens, elle est la dernière étape pour mettre en œuvre une barrière ultime d'interception d'une erreur éventuelle.

L'étape d'administration représente 60 % des erreurs médicamenteuses déclarées auprès du guichet de l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM).

La vigilance du professionnel chargé de cette ultime étape doit être optimale.

Règle des 5B : administrer au bon résident, le bon médicament, à la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment.



Points clés

L'IDE est responsable de l'étape d'administration.

L'infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) est habilité(e) à administrer les médicaments au regard d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, datée et signée ou d'un protocole écrit, daté et signé par un médecin

Tout médicament administré doit être tracé dans le dossier médical du résident, y compris pour les résidents autonomes (gérant seul leur traitement).

Tout événement amenant à une « non administration » doit également être tracé dans le dossier médical (vomissement, refus, par exemple).

Il est recommandé que la distribution, l'administration et l'enregistrement de l'effectivité de la prise de chaque médicament soient assurés par la même personne

L'infirmier(e) peut assurer l'aide à la prise des médicaments non injectables en collaboration avec un(e) aide-soignant(e) ou aide médico-psychologique, mais toujours sous la responsabilité de l'IDE[22].

Les principes à respecter lors de l'administration sont :

- la concordance entre l'identité du résident, la prescription, les contenants (identitovigilance),
- la concordance entre la prescription et la dose préparée,
- vérifier la conformité entre le mode d'administration et la prescription,
- en cas de doute, appeler le médecin.

Pour les patients ayant des troubles de déglutition, ou pour faciliter la prise lors de refus répété du résident, une alternative galénique doit être recherchée.

D'une manière générale, les comprimés ne doivent pas être écrasés et les gélules systématiquement ouvertes. Certains médicaments comme ceux à libération modifiée ou gastro-résistants (ex: omeprazole, skenan, tramadol) ne doivent jamais être écrasés pour être mélangés.

Toute ouverture de gélule ou écrasement de comprimé doit faire l'objet d'une vérification préalable (en consultant le résumé caractéristique du produit) et d'un avis pharmaceutique et/ou médical.

Lorsque le traitement n'est pas administré par l'IDE, l'IDE doit :

- organiser la collaboration avec les aides-soignants ou aide médico-psychologique, en contrôlant leur connaissance, compétences et pratiques,
- transmettre les instructions nécessaires à l'administration,
- coordonner les informations relatives aux soins (dossier médical du résident).

[22] Art. R4311-4 du CSP

L'aide à la prise

Au sein d'un EHPAD, l'aide à la prise de médicaments par un aide-soignant ou un aide médico-psychologique est possible lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules leur traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre [23]. Cette aide à la prise constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante.

L'aide à la prise de médicaments ne concerne jamais :

- l'administration réservée aux IDE : actes d'injection ou de perfusion. Les termes de « administration de médicaments » impliquant un acte technique est de la compétence de l'infirmier et ne peut pas être réalisé par les aides-soignants ou les aides médico-psychologiques[24],
- la préparation des doses à administrer qui est réservée aux IDE[25] ou aux pharmaciens[26].

Les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments sont informées des moments de prises et des doses prescrites.

L'aide à la prise de médicaments peut être réalisée par un aide-soignant ou par un aide médico-psychologique, si les conditions ci-dessous sont réunies :

- le circuit du médicament est sécurisé,
- le médecin a prescrit le traitement et il n'a pas mentionné sur la prescription la nécessité d'un infirmier pour l'aide à la prise du médicament,
- l'aide à la prise doit être évaluée régulièrement par le médecin et être tracée dans le dossier du résident,
- l'infirmier évalue, dans le cadre de sa collaboration avec l'aide-soignant, que le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier, compte tenu de la nature du médicament,
- l'aide-soignant dispose d'un descriptif précis de son rôle et de sa responsabilité dans l'aide à la prise des médicaments en rapport avec sa formation continue et son encadrement[27] ,
- l'AS transmet à l'IDE les informations importantes (refus de prise, nausée, etc.),
- la traçabilité des actes et de leurs surveillances,
- l'appel possible de l'AS vers l'IDE ou le médecin en cas de doute.

[23] Art. L.313-26 du CASF
[24] Art. R.4311-7 du CSP
[25] Art. R.4311-5 du CSP
[26] Art R.4235-48 du CSP
[27] Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant

Les professionnels de santé (médecins coordonnateur, médecins traitants, infirmiers et aides-soignants) doivent évaluer au préalable et formaliser dans un protocole de soins infirmiers[28] le degré de participation des aides-soignants à l'aide à la prise de médicaments au regard des critères suivants :

- Le niveau de responsabilité de l'aide-soignant selon son ancienneté et ses formations continues relatives à l'aide à la prise de médicaments. L'aide-soignant assure la traçabilité de la surveillance du patient et des actes réalisés,

- La forme du médicament (formes orales prêtes à l'emploi et sans difficultés techniques, formes orales à préparer, formes externes à appliquer sur la peau, formes externes autres, collyres, bains de bouche, formes rectales, suppositoires, autres formes (ex. transdermique) et à l'exception des formes injectables et sauf cas particulier des médicaments injectables administrés par pompe PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient),

- La nature du médicament : pour les médicaments stupéfiants, l'aide à la prise par les aides-soignants est envisageable, uniquement en l'absence d'infirmier la nuit et si l'aide-soignant a bénéficié d'une formation spécifique et si l'aggravation potentielle de l'état du résident est en permanence anticipée.

Cas des stupéfiants par voie orale

L'aide-soignant et l'aide médico-psychologique peuvent aider à la prise des médicaments stupéfiants en formes orales prêtes à l'emploi, si ceux-ci ne présentent pas de difficultés particulières d'administration et s'ils ne sont pas réservés à un acte infirmier. Cette aide à la prise constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante, et est réalisable sous condition que :

- Le médecin ne s'oppose pas à cette pratique, c'est-à-dire qu'il ne soit pas fait mention sur la prescription de la nécessité de l'intervention d'IDE [29]

- La préparation des doses à administrer soit effectuée en amont par l'IDE ou le pharmacien (et les stupéfiants sont séparés, hors piluliers)[30] [31]

- Des protocoles de soins soient élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise [22]

- Les doses à administrer soient détenues de manière individualisée dans un contenant spécifique au résident concerné et dans des armoires ou locaux sécurisés et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé [32]

[28] Art. R4311-4 du CSP
[29] Art. L.313-26 du CASF
[30] Art. R.4311-5 du CSP
[31] Art R.4235-48 du CSP
[32] Arrêté du 22 février 1990

Cas des stupéfiants par PCA

Concernant les médicaments stupéfiants délivrés sous forme de bolus par une PCA mise en place par une HAD (à l'exclusion de tout autre acte sur la PCA), l'aide à la prise de bolus de stupéfiant par un aide-soignant est à évaluer par les professionnels de santé en prenant en compte les points suivants :

- Le médicament est mis en place par l'infirmier pour chaque patient,
- La quantité de médicament délivrée par bolus est réglée par l'infirmier pour chaque patient,
- Le nombre maximum de bolus sur une période donnée est préréglé par l'infirmier pour chaque patient ainsi que les périodes réfractaires,
- La traçabilité précise de toutes les demandes de bolus ainsi que de tous les bolus administrés,
- Si la personne n'est pas en capacité de demander à l'aide-soignant l'aide à la prise de bolus, l'aide-soignant doit effectuer l'évaluation de la douleur. Cet acte est réalisé sous la responsabilité de l'infirmier en collaboration avec les aides-soignants. Pour se faire, l'aide-soignant est formé à l'observation et à la surveillance des patients sous perfusion lors de sa formation initiale6 puis lors de sa formation continue,
- Un protocole de soins spécifique a été conclu entre l'EHPAD et l'HAD mentionnant l'appel téléphonique systématique préalable par l'aide-soignant à l'IDE d'astreinte de l'HAD.

L'aide-soignant a un droit de refus de réaliser un acte particulier auprès d'un résident s'il évalue ne pas maîtriser la situation ou le contexte ou bien s'il estime ne pas avoir des connaissances suffisantes pour le cas précis.

Outils

Fiche 3 : « Le management de la prise en charge médicamenteuse »

Fiche 4 : « La prise en charge médicamenteuse en EHPAD »

Fiche 5 : « La prescription en EHPAD »

Fiche 6 : « La dispensation et la détention des médicaments »

Fiche 9 : « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »

Fiche 21 : « PCA dans la prise en charge de la douleur cancéreuse dans le cadre des soins palliatifs »

Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Guide d'autodiagnostic sur le circuit des médicaments - ARS Pays de la Loire - Mai 2012

Guide de sécurisation du circuit dans les EHPAD - ARS Rhône Alpes - Mars 2012

Guide de bon usage des pompes PCA – Omédit Haute-Normandie – Juin 2014

Fiche 9 : Dotations pour besoins urgents

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

Principaux enjeux

Afin d'éviter toute rupture de traitement, une dotation de médicaments destinés à des soins urgents doit être détenue dans un EHPAD lorsqu'il ne possède pas de pharmacie à usage intérieur[33].

Points clés

La dotation doit être stockée dans une armoire fermée à clé ou par tout autre dispositif garantissant le même niveau de sécurisé.

Le contenu qualitatif et quantitatif de cette dotation est établie, modifiable et ajustée en tant que de besoin par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent en collaboration avec les médecins prescripteurs. Le contenu est fixé en fonction du profil pathologique des résidents et de l'historique des besoins urgents. Elle pourra ainsi contenir certains antibiotiques, antalgiques, médicaments du système cardiovasculaire, neurologique ou digestif. Les quantités proposées sont indicatives et sont à ajustées en fonction de la taille de l'EHPAD.

Les modalités de vérification du contenu de la dotation doivent être établies et connues (fréquence, responsable, péremptions).

Les modalités d'utilisation de la dotation doit être établie, avec la nécessité d'une prescription médicale et traçabilité de toute intervention du personnel soignant (IDE et médecin).

Les modalités de renouvellement de dotation sont prévues (ex : balance entre le contenu initial et quantités restantes ; état récapitulatif de toutes les utilisations avec les prescriptions correspondantes ou retrait pour péremption).

Une convention avec une ou plusieurs officines précise les modalités de gestion de cette dotation. Ces organisations peuvent être décrites dans la(es) convention(s) relative(s) à la dispensation des traitements nominatifs[34].

[33] Art. R.5126-112 et R.5126-113 du CSP
[34] Art. L.5126-10 du CSP

Exemple de dotation pour besoins urgents

DOMAINE D'URGENCE	MÉDICAMENT PROPOSÉ	QUANTITÉ EN STOCK
Allergologie	Epinephrine 0,3mg/ml, solution pour auto-injection (IM)	2 seringues
	Methylprednisolone 40mg, injectable	3 flacons
	Prednisolone 20mg, cpr orodispersible	20 comprimés
	Cetirizine 10mg/mL, sol buvable Desloratadine 0,5mg/mL sol buvable	1 flacon
Antalgie	Paracétamol 500mg, sachet ou cpr orodispersible	24 unités
	Tramadol 100mg/mL, sol buvable	1 flacon
	Chlorhydrate de morphine 1mg/mL, injectable	10 ampoules
	Sulfate de morphine 20mg/ml, sol buvable	1 flacon
Antidote	Vitamine K 2mg/mL, injectable	6 ampoules
	Naloxone 0,4mg/mL, injectable	10 ampoules
	Flumazenil 0,1mg/mL, injectable	10 ampoules

Cardio-vasculaire	Adrénaline 1mg/mL, injectable	10 ampoules
	Atropine 0,5mg/mL, injectable	10 ampoules
	Furosémide 20mg/mL, injectable	6 ampoules
	Furosémide 20mg, cpr	30 comprimés
	Enoxaparine 4000UI/0,4mL, injectable	6 seringues
	Héparine calcique 5000U/0,2mL, injectable	6 seringues
	Trinitrine 0,15mg/dose, sol sublinguale	1 flacon
	Nicardipine 20mg, cpr	30 comprimés
	Acide acetylsalicylique 75mg, sachet	30 sachets
	Polystyrene de sodium 15g/dose, poudre	1 flacon
Endocrinologie	Glucagon 1mg/mL, injectable	1 flacon
	Glucose 30% 10mL, injectable	10 ampoules
	Insuline d'action rapide, injectable	1 stylo
Gastro-entérologie	Vogalène Lyoc 7,5mg, cpr	16 comprimés
	Vogalène 5 mg, suppositoire	10 suppositoires
	Métoclopramide 10mg/2ml, injectable **A utiliser uniquement dans le cadre des soins palliatifs**	12 ampoules
	Racecadotril 100mg, gélule	20 gélules
	Phloroglucinol 80mg, cpr	20 comprimés
	Omeprazole 20mg, gélule	7 gélules
	Normacol lavement	2 flacons 130 ml
	Diosmectite 3G, sachet	24 sachets

	Macrogol 10G, sachet	20 sachets
	Alginate/bicarbonate de sodium, sachet	24 sachets
Hémostase	Acide tranexamique 1g/10mL, sol buvable	10 ampoules
Infectiologie	Amoxicilline 1g, cpr orodispersible	14 comprimés
	Amoxicilline/Acide clavulanique 1G/125mg, sachet	12 sachets
	Ceftriaxone 1G, injectable	6 flacons
	Fosfomycine 3G, sachet	2 sachets
	Pristinamycine 500mg, cpt	16 comprimés
Neurologie	Diazepam 10mg/2mL, injectable	6 ampoules
	Loxapine 25mg/mL, so buvable	1 flacon
	Oxazepam 10mg, cpr	30 comprimés
	Risperidone 0,5mg, cpr orodispersible	28 comprimés
	Alprazolam 0,25 mg, cpr	30 comprimés
	Lysanxia 15 mg/mL, sol buvable **A utiliser uniquement dans le cadre des soins palliatifs**	1 Flacon
Ophtalmologie	Acide borique 1,8G + borate de sodium 1,2G solution lavage ophtalmique	20 flacons unidoses
	Tobramycine 0,3%, collyre	1 flacon
	Oxytétracycline + Dexaméthasone pommade ophtalmique	1 tube
	Azythromycine, collyre	1 flacon
Oxygénothérapie	Oxygène 1m3 bouteille	1 bouteille

Pneumologie	Salbutamol 100µg/dose, spray	1 flacon
	Ipratropium 0,5mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
	Terbutaline 5mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
	Budesonide 1mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
	Scopolamine 0,5mg/2mL, injectable	10 ampoules
	Scopolamine 1mg/72h, patch	5 patchs
Solutés	Chlorure de potassium 20% 10mL, injectable	10 ampoules
	Chlorure de sodium 10% 10mL, injectable	10 ampoules
	Chlorure de sodium 100mL, injectable	8 flacons
	Chlorure de sodium 500mL, injectable	8 flacons
	Glucose 5% 500mL, injectable	8 flacons

Pour approfondir

Code de la santé publique et code de l'action sociale et des familles

Fiche 10 : Exemple de chariot de médicaments d'urgence

☐ **Direction** ☑ **Médecin** ☑ **Pharmacien** ☑ **Préparateur en pharmacie** ☑ **IDE** ☐ **Aide-soignant**

Principaux enjeux

Le chariot d'urgence (trousse ou sac à dos…), rassemble les médicaments et dispositifs médicaux utilisés en cas d'urgence vitale. Il doit être impérativement sécurisé.

La liste du chariot d'urgence est établie, modifiable et ajustée chaque année par le médecin coordonnateur et est tenue à disposition dans une pochette placée à l'extérieur du chariot.

Le contenu du chariot d'urgence est vérifié chaque mois.

Toute intervention du personnel soignant (IDE et médecin) sur le chariot d'urgence (urgence ou contrôle) doit être tracée.

Lors de toute utilisation ou retrait pour péremption, une nouvelle prescription médicale est rédigée par le médecin.

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

DOMAINE D'URGENCE	MÉDICAMENT PROPOSÉ
Allergologie	Bétaméthasone, injectable
	Methylprednisolone, injectable
Antalgie	Paracétamol
	Tramadol
	Sulfate de morphine
Gastrologie	Métoclopamide, injectable
	Phloroglucinol, injectable
Neuropsychiatrie	Tiapride
	Clonazepam, injectable
Pneumologie	Salbutamol aérosol-doseur
	Terbutaline, injectable
Endocrinologie	Glucose 30% hypertonique

DOMAINE D'URGENCE	MEDICAMENT PROPOSE
Hématologie	Vitamine K1
Cardiologie	Aspégic 500mg, injectable
	Adrénaline, injectable
	Atropine, injectable
	Furosémide, injectable
	Nicardipine
	Trinitrine, solution sublinguale
Perfusion	Chlorure de sodium 0.9%, injectable
	Chlorure de sodium 10%-10mL, injectable
	Glucose 5%, injectable
	Chlorure de potassium 10%-10mL, injectable
Autres	Lovenox 4000 UI/0.4mL, injectable
	Polaramine
	Scopolamine, injectable

Médicaments à risque

Fiche 11 : Digitaliques

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

Les spécialités concernées

Digoxine®, Hémigoxine®

Principaux enjeux

Les digitaliques sont des médicaments dont la marge thérapeutique est étroite et qui nécessitent une surveillance renforcée.

Le risque d'intoxication ou de surdosage est élevé pouvant conduire à une hospitalisation voire au décès du résident.

Points clés

Les digitaliques renforcent le fonctionnement du cœur selon la « Règle des 3R » : Renforcent les contractions, Ralentissent la fréquence et Régularisent le débit. Ils sont indiqués dans :

- l'insuffisance cardiaque systolique,
- les troubles du rythme supra-ventriculaire, fibrillation et flutter auriculaires (dans cette indication, son efficacité est moindre chez le sujet âgé).

Prescriptions

La posologie des digitaliques chez le sujet âgé doit être réduite de moitié par rapport à l'adulte jeune. La posologie usuelle est réduite à 0,125mg/jour.

La posologie doit être diminuée en cas :

- d'insuffisance rénale (surveiller la clairance de la créatinine),
- de déshydratation,
- de cardiopathie,
- d'hypothyroïdie,
- d'hypoxie en cas d'insuffisance respiratoire.

Pas de dose de charge chez le sujet âgé :

- si clairance de la créatinine entre 30 et 60 ml/min : 0,125 mg/jour soit 1 cp d'Hémigoxine® 0.125 mg
- si clairance de la créatinine 10 - 30 ml/min : diminuer les doses de moitié soit 1 cp d'Hémigoxine® 1 jour sur 2
- si clairance < 10 ml/min : utiliser 10 à 20 % de la dose (par exemple : 1/2 comprimé par semaine ou 0,125m par semaine en gouttes).

Pas de bénéfice supplémentaire lorsque la posologie est > à 0,125 mg/jour.

Les digitaliques sont contre-indiqués en association avec les traitements bradycardisants et antiarythmiques (bêtabloquants, verapamil, amiodarone, quinidine, flecainide, disopyramide, diltiazem) ainsi qu'avec le sultopride, le calcium en IV, et le millepertuis. Attention aux collyres atropiniques et bêtabloquants.

Éviter la réglisse noire car elle peut occasionner des battements cardiaques irréguliers.

L'intoxication aux digitaliques nécessite une prise en charge en urgence. Un antidote pourra être administré en milieu hospitalier. Les signes de surdosage sont : troubles de la conduction et de l'excitabilité cardiaque, vision jaune, anorexie, nausées, vomissements, vertiges, céphalées, confusion, hallucinations.

Surveillance

Un dosage plasmatique de la digoxine (digoxinémie) doit être réalisé au 7^{e} jour de traitement, au moins 8h après la prise, puis régulièrement. La digoxinémie doit être comprise entre 0,5 et 1,2 ng/ml.

La digoxinémie peut être augmentée en cas :

- d'insuffisance rénale (surveiller la clairance de la créatinine),
- de déshydration,
- de troubles ioniques (hypokaliémie et hypercalcémie),
- d'hypothyroïdie,
- d'hypoxie en cas d'insuffisance respiratoire,
- d'association à un macrolide, tramadol, vérapamil, amiodarone, carvedilol, quinidique par exemple.

La digoxinémie peut être diminuée du fait d'une baisse de de l'absorption digestive : en cas d'association avec un topique gastro intestinal (ex. Gaviscon®), un anti acide (ex. Tagamet®), cholestyramine, sucralfate, sulfasalazine, carbamazepine …

Surveiller le ionogramme (natrémie, créatinine et en particulier la kaliémie et la calcémie : l'hypokaliémie et l'hypercalcémie majore la toxicité cardiaque des digitaliques) :

- surveiller la kaliémie lors de toute nouvelle association médicamenteuse avec un traitement hypokaliémiant *(ex : diurétiques hypokaliémiants, laxatifs stimulants, corticoïdes)*,
- corriger une éventuelle hypokaliémie.

Surveiller les signes de toxicité cardiaque avec les médicaments entraînant des troubles du rythme (vérapamil, amiodarone, quinidine, flécaïnide, disopyramide).

Restreindre le stockage et/ou limiter l'accès à ces médicaments afin de diminuer le risque. Identifier ces médicaments dans le stockage comme « médicaments à risque ».

Critères STOPP-START :

Critères STOPP

- La digoxine est potentiellement inappropriée pour le traitement d'une décompensation d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche conservée [pas de preuve de bénéfice].

Critères START

- Aucun.

Pour approfondir

Recommandation pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé. Société Française de cardiologie-Société Française de gériatrie et de gérontologie. 2004.

Les critères STOPP/START v2 : adaptation en langue française. 2015.

Fiche 12 : Anticoagulants

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

Les spécialités concernées	
Antivitamines K	Coumadine®, Préviscan®, Sintrom®, Minisintrom®
Héparines et apparentés	Lovenox®, Innohep®, Fragmine®, Fraxiparine®, Arixtra®
Anticoagulants oraux directs	Eliquis®, Pradaxa®, Xarelto®

Principaux enjeux

Les anticoagulants font partie des médicaments régulièrement prescrits chez le sujet âgé (13,7 % des sujets âgés de 65 ans et plus en 2013 sont sous anticoagulants) et sont à l'origine de nombreux événements indésirables graves (hémorragie ou thrombose).

Les anticoagulants fluidifient le sang et préviennent l'apparition de caillots dans la circulation ou thrombose. Leur posologie doit être adaptée et évaluée régulièrement car :

- un surdosage augmente le risque hémorragique,
- un sous dosage augmente le risque de thrombose ou d'accident vasculaire cérébral chez un patient ayant une fibrillation atriale.

Points clés

Tous les anticoagulants doivent être utilisés avec prudence chez le sujet âgé de plus de 75 ans, le risque hémorragique étant plus élevé dans cette population. Ce risque hémorragique devra être évalué avant le traitement (score HAS-BLED ou HEMORR2HAGES). Le risque thrombotique devra également être pris en compte (score CHADS2-VASC).

La vérification de contre-indications relatives ou absolues est un préalable à l'instauration d'un traitement par anticoagulant.

La réévaluation régulière du bénéfice/risque est indispensable tout au long du traitement par anticoagulant.

Avant la mise en place du traitement :

Antivitamines-K (AVK)	Vérifier l'absence de contre-indications au traitement notamment d'insuffisance hépatique sévère, d'insuffisance rénale et d'ulcère gastroduodénal Faire un bilan d'hémostase afin de détecter d'éventuels troubles et ainsi adapter au mieux la posologie initiale
Anticoagulant oraux direct (AOD)	Évaluer la fonction rénale : - Pradaxa® : contre-indiqué si clairance rénale < 30 mL/min - Xarelto® : déconseillé si clairance rénale < 15 mL/min - Eliquis® : déconseillé si clairance rénale < 15 mL/min Réaliser un bilan hépatique : AOD contre indiqué si insuffisance hépatique, maladie hépatique susceptible d'avoir un impact sur la survie, atteinte hépatique associée à une coagulopathie et/ou un risque hémorragique cliniquement significatif Si le bilan de la coagulation est perturbé : contre-indication absolue
Héparines (bas poids moléculaires – HBPM) (non fractionnées – HNF)	Évaluer la fonction rénale et hépatique HBPM déconseillée si clairance rénale < 30 mL/min Doser les plaquettes (NFS, TP, TCA, fibrinogène)

Modalités de surveillance chez le sujet âgé :

	AVK	**AOD**	**HBPM / HNF**
Surveillance clinique et thérapeutique du traitement	Surveiller l'apparition de signes cliniques hémorragiques, dans tous les cas et en particulier chez les sujets à risques (> 75 ans, insuffisance rénale, poids < 50kg, interactions médicamenteuses, pathologies associées à un risque hémorragique)		
	Surveiller l'état nutritionnel et toute introduction de médicament susceptible de modifier la liaison des AVK aux protéines plasmatique		
Suivi biologique en cours de traitement	Surveillance de l'INR - L'INR cible doit être connu (généralement entre 2 et 3) - Un 1er INR doit être réalisé après la 3ème prise (le matin du 4ème jour) puis 3-6jours après le 1er contrôle, puis 1-2 fois par semaine jusqu'à stabilisation de l'INR, puis une fois par mois au long cours Surveillance de la fonction hépatique et rénale	Pas de suivi de l'activité anticoagulante en routine (sauf cas de surdosage, d'hémorragies, d'opération chirurgicale en urgence) Evaluation de la fonction hépatique et rénale (au moins 1 fois tous les 3 mois) La mesure de l'INR n'est pas adaptée pour apprécier l'activité anticoagulante des AOD	Dosage des plaquettes : -HNF : 2 fois par semaine le 1er mois puis 1 fois par semaine jusqu'à l'arrêt du traitement - HBPM : surveillance systématique non indispensable si traitement court Pas de mesure systématique de l'anti-Xa mais recommandée tous les 2-3 jours chez le sujet âgé de plus de 75 ans

Recommandations :

Antivitamines-K (AVK)

Prévenir l'apparition d'un évènement thromboembolique veineux (phlébite) par le port de bas de contention, la pratique d'une marche régulière.

Prendre le traitement chaque jour à heure fixe, le soir de préférence.

Préférer un AVK de demi-vie longue (Coumadine® ou Previscan® en deuxième intention).

Prescrire en mg et non en comprimés pour éviter les confusions (notamment avec la Coumadine®).

Les AVK ont un délai d'action d'au moins 2 à 3 jours après l'instauration du traitement et leurs effets persistent pendant 2 à 5 jours à l'arrêt du traitement.

En cas d'oubli de dose, la prise est possible dans les 8h après l'heure habituelle d'administration. Passé ce délai, il est préférable de ne pas prendre la dose oubliée : noter dans le dossier cet oubli ou retard de prise et informer le médecin.

Le risque hémorragique est augmenté en cas d'association avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ainsi qu'avec l'aspirine à dose anti-inflammatoire et antalgique : être attentif à la survenue de tout saignement de nez, gingivorragie, méléna, épistaxis, hématurie qui sont des signes de surdosage. Prévenir le médecin en cas d'hémorragie.

Toute injection par voie intramusculaire est à éviter lorsqu'un traitement par AVK est en cours.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à consulter les « Recommandations pour l'élaboration d'un protocole pluri-professionnel de soins de premier recours pour la gestion des médicaments antivitamines K chez l'adulte » disponible sur le site de l'OMéDIT Normandie.

Tableau récapitulatif des informations utiles sur les AVK

	½ vie	Dose initiale recommandée	Nombre de prises	Délai d'action	Durée d'action
Warfarine (Coumadine®)	35-45h	5mg/jour 4mg si > 80 ans	1/jour	36-72h	4 jours
Fluindione (Previscan®)	31h	20mg/jour	1/jour		3-4 jours
Acenocoumarol (Sintrom®, Minisintrom®)	8-11h	4mg/jour	1/jour (possible toutes les 12h)		2-4 jours

AVK commercialisés en France et leurs indications

<table>
<tr><th>Famille pharmacologique</th><th>Dénomination commune internationale</th><th>Nom commercial</th><th>Indications</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Coumarinique</td><td rowspan="2">Acenocoumarol</td><td>Sintrom® 4mg,
Comprimé quadrisécable</td><td rowspan="5">. Cardiopathies emboligènes : prévention des complications thromboemboliques en rapport avec certains troubles du rythme auriculaire, certaines valvulopathies mitrales, les prothèses valvulaires.

. Prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde compliqués : thrombus mural, dysfonction ventriculaire gauche sévère, dyskinésie emboligène … en relais de l'héparine.

. Traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire ainsi que de la prévention de leurs récidives, en relais de l'héparine.</td></tr>
<tr><td>Minisintrom® 1mg,
Comprimé sécable</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Warfarine</td><td>Coumadine® 5mg,
Comprimé sécable</td></tr>
<tr><td>Coumadine® 2mg,
Comprimé sécable</td></tr>
<tr><td>Dérivés de l'Indanedione</td><td>Fluindione</td><td>Préviscan® 20mg,
Comprimé sécable</td></tr>
</table>

Anticoagulant Oraux Direct (AOD)

Le risque hémorragique est globalement similaire à celui des AVK.

Comme avec tous anticoagulants, les AOD doivent être utilisés avec prudence chez les sujets présentant un risque hémorragique accru. De nombreuses situations sont susceptibles de majorer les risques hémorragiques : patient âgés, insuffisance rénale, faible poids corporel, associations médicamenteuses, pathologies ou interventions associées à un risque.

La fonction hépatique et rénale doit systématiquement être évaluée avant l'instauration d'un traitement par AOD.

Les AOD sont sujets à un risque de mésusage en raison :

- des dosages différents en fonction des indications en traitement prophylactique ou curatif,
- de l'absence de surveillance biologique,
- des risques hémorragiques associés à l'insuffisance rénale, à l'âge et au faible poids corporels.

Le risque hémorragique est augmenté en cas d'association avec les antifongiques, certain antibiotiques et les ISRS et IRSNa.

Actuellement, seul le Pradaxa® dispose d'un antidote spécifique (Praxbind®).

AOD commercialisés en France et leurs indications

DCI	Nom commercial		Indications
Dabigatran	Pradaxa®	75 mg 110 mg	Prévention des évènements thromboemboliques veineux chez des adultes bénéficiant d'une intervention chirurgicale programmée de la hanche ou du genou (prothèse totale de hanche ou de genou).
Rivaroxaban	Xarelto®	10mg	
Apixaban	Eliquis®	2.5 mg	
Dabigatran	Pradaxa®	110 mg 150 mg	Prévention des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des embolies systémiques chez des adultes atteints de fibrillation auriculaire (FA) non valvulaire et présentant un ou plusieurs facteur de risque.
Rivaroxaban	Xarelto®	15 mg 20 mg	
Apixaban	Eliquis®	2.5 mg 5 mg	
Dabigatran	Pradaxa®	110 mg 150 mg	Traitement des thromboses veineuses profondes (TVP) et des embolies pulmonaires (EP) et prévention des récidives sous forme de TVP et d'EP chez l'adulte.
Rivaroxaban	Xarelto®	15 mg 20mg	
Apixaban	Eliquis®	2.5 mg 5 mg	

Héparines

Prescrire en UI/kg/jour.

Le traitement doit être aussi court que possible avec un relais AVK ou AOD précoce.

Le risque de thrombopénie induite par l'héparine (TIH) est élevé avec les héparines non fractionnées : vérifier les antécédents.

La fonction rénale doit systématiquement être évaluée avant l'instauration et au cours d'un traitement par héparine.

L'injection des héparines en sous-cutanée doit être réalisée sur le patient allongé, alternativement du côté droit et du côté gauche de la ceinture abdominale, la seringue doit ensuite être jetée dans le conteneur à aiguille sans être « recapuchonnée ».

Modification de l'effet des anticoagulants – interactions :

AVK	AOD	Héparines
Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK sont très nombreux. Si un autre médicament doit être débuté, modifié ou supprimé, il est nécessaire d'effectuer un contrôle de l'INR 3 à 4 jour après chaque modification. L'alimentation influe sur l'activité des AVK (ex : choux, tomate). Le résident doit avoir une alimentation variée et équilibrée.	Interaction avec de nombreux médicaments : - Antiagrégants plaquettaires (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) - Antifongiques azolés (ketoconazole, itraconazole, posaconazole, voriconazole) - Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques (carbamazepine, phénytoine, phénobarbital) - Antibactériens (rifampicine, clarithromycine) - Plantes (millerpuis)	Majoration du risque hémorragique en cas d'association avec un A INS ou de l'aspirine à dose antalgique ou anti-inflammatoire.

Critères STOPP-START :

Critères STOPP

- La prescription d'anticoagulants durant plus de 6mois pour un premier épisode de thrombose veineuse profonde sans facteur de risque de thrombophilie identifiée est potentiellement inappropriée [pas de preuve de bénéfice additionnel après 6 mois].

- La prescription d'anticoagulants durant plus de 12mois pour un premier épisode d'embolie pulmonaire sans facteur de risque de thrombophilie identifiée est potentiellement inappropriée [pas de preuve de bénéfice additionnel après 12 mois].

Critères START

- En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un traitement par anticoagulant oral doit être envisagé [risque cardio-embolique élevé].

Outils

Fiche 27 : « Adaptation posologique des Antivitamines K »

Pour approfondir

Recommandation HAS de prise en charge des surdosages, des accidents et du risque hémorragique liés à l'utilisation des antivitamines K - Avril 2008.

Les anticoagulants en France : état des lieux et surveillance - ANSM – Avril 2014.

Les critères STOPP/START v2 : adaptation en langue française. 2015.

Thromboclic® : outil URML Grand Est http://www.thromboclic.fr/ - outils indépendants, à usage des professionnels de santé, d'aide à la décision thérapeutique pour un bon usage des anticoagulants.

Recommandations régionales : « Recommandations pour l'élaboration d'un protocole pluri professionnel de soins de 1er recours pour la gestion des médicaments Antivitamines K (AVK) chez l'adulte Document d'aide pour l'élaboration d'un protocole individuel de gestion des AVK par les IDE ». Janvier 2018.

Fiche 13 : Antiagrégants plaquettaires

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

Les spécialités concernées

Aspégic®, Kardegic®, Clopidogrel®, Duoplavin®, Prasugrel®, Brilique®, Cebutid®

NB : l'Efient® est contre indiqué chez les patients de plus de 75 ans
La Persantine® et le Ticlid® sont inappropriés chez le sujet âgé

Principaux enjeux

L'âge supérieur à 75 ans est un facteur d'augmentation du risque d'accidents thrombotiques (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, infarctus du myocarde, stents, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) nécessitant parfois le recours aux antiagrégants plaquettaires.

La prescription d'antiagrégants plaquettaires doit être individualisée en prenant en compte les facteurs de risques et les caractéristiques cliniques du patient, les propriétés pharmacologiques, les indications et les profils de tolérance.

Points clés

Recommandations :

Avant la mise en place du traitement, vérifier l'absence de contre-indication : ulcération gastro-intestinale, antécédent d'hémorragie intracrânienne ou digestive.

Évaluer la fonction rénale.

Réévaluer régulièrement la balance bénéfice/risque, notamment lors de situations intercurrentes aiguës (l'indication d'un antiagrégant plaquettaire doit par exemple être réévaluée si surviennent des troubles cognitifs ou des chutes).

Vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse, en particulier avec les anticoagulants, les AINS, les corticoïdes ou les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (Prozac®, Deroxat®, Seropram® par exemple). En cas d'interaction médicamenteuse, surveiller les signes de surdosages ou de sous-dosages.

Persistance de l'action anti-agrégante plusieurs jours après l'arrêt de l'antiagrégant plaquettaire : à prendre en compte en cas d'introduction d'un traitement anticoagulant ou en cas d'une intervention chirurgicale.

En cas d'hémorragie digestive, en prévention cardio-vasculaire secondaire (après IDM), il est recommandé de ne pas interrompre le traitement par antiagrégant plaquettaire. Il peut être coprescrit un IPP (attention interaction médicamenteuse entre Clopidogrel®, Mopral® et Inexium®. Utiliser uniquement l'Eupantol® avec le Clopidogrel®).

En cas d'hémorragie cérébrale, la reprise du traitement doit être discutée en tenant compte du risque ischémique par rapport à celui de la récidive hémorragique.

Surveillance :

Prendre le traitement chaque jour à heure fixe.

En cas d'oubli de prise ne pas doubler la dose suivante.

Surveiller l'apparition de tout saignement de nez, gingivorragie, méléna, épistaxis ou hématurie. Prévenir le médecin en cas d'hémorragie.

Critères STOPP-START :

Critères STOPP

- La prescription d'aspirine en prévention cardiovasculaire primaire est inappropriée [sur-prescription]
- La prescription d'aspirine au long cours à dose > 160mg est inappropriée [risque accru de saignement, sans preuve d'efficacité majorée].
- La prescription d'aspirine en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodénal sans prescription d'un IPP est inappropriée [risque de récidive d'ulcère].
- La prescription d'un antiagrégant plaquettaire en présence d'un risque hémorragique significatif (HTA sévère non contrôlée, diathèse hémorragique, récent épisode de saignement spontané important) est inappropriée [risque élevé d'hémorragie].
- La prescription d'aspirine associée au Clopidogrel® en prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis moins de 12 mois, ou de sténose carotidienne serrée symptomatique) est inappropriée [pas de preuve de bénéfice, hors de ces trois exceptions, par rapport à une monothérapie par Clopidogrel®].
- La prescription d'aspirine associée à un anticoagulant oral pour une fibrillation atriale est inappropriée [pas de bénéfice additionnel de l'aspirine qui majore le risque de saignement].
- La prescription d'un antiagrégant plaquettaire en association à un anticoagulant oral pour un artériopathie stable (coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique) est inappropriée [pas de bénéfice additionnel de l'ajout de l'antiagrégant qui majore le risque de saignement].
- La prescription de Ticlid® dans tous les cas est inappropriée [le Clopidogrel® et le Prasugrel® ont des effets secondaires moindres et une efficacité similaire].

Critères START

- En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique, un traitement par antiagrégant plaquettaire doit être envisagé [réduction des épisodes ischémiques].

Pour approfondir

Recommandations HAS et ANSM sur le bon usage des agents antiplaquettaires – Juin 2012.

Les critères STOPP/START v2 : adaptation en langue française. 2015.

Fiche 14 : Opiacés forts

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

Les opiacés forts sont utilisés en cas d'échec aux opioïdes faibles et aux autres antalgiques non opiacés ou en 1ère intention dans les douleurs nociceptives d'emblée très intenses.

Leur utilisation chez le sujet âgé demande une surveillance de la tolérance et de l'efficacité et des effets indésirables, une adaptation posologique réalisée par titration progressive en privilégiant la voie orale.

Les spécialités concernées :

FORMES À LIBÉRATION IMMÉDIATE		Délai d'action	Durée d'action
Voie orale			
Morphine orale d'action brève	Actiskenan®, Sevredol®, Oramorph®	45 à 60 minutes	4 heures
Oxycodone	Oxynorm®, Oxynormoro® (douleur cancéreuse, neuropathique ou post chirurgicale)		
Voie injectable (SC et IV)			
Morphine chlorhydrate et morphine sulfate	Morphine (chlorhydrate) ® Morphine (sulfate) ®	En IV : 5 à 20 minutes En SC : 20 à 30 minutes	4 heures
Oxycodone	Oxynorm ® (rétrocession par pharmacie à usage intérieur)		
Voie transmuqueuse			
Fentanyl oral transmuqueux, sublingual ou gingival	Actiq®, Abstral®, Effentora® Breakyl® (accès douloureux paroxystique chez des résidents bien contrôlés par un traitement de fond morphinique pour des douleurs cancéreuses uniquement)	15 minutes	1 à 2 heures
Fentanyl par voie nasale	Instanyl®, Pecfent® (accès douloureux paroxystique chez des résidents bien contrôlés par un traitement de fond morphinique pour des douleurs cancéreuses uniquement)	10 minutes	1 heure

FORMES A LIBERATION PROLONGEE		Délai d'action	Durée d'action
Voie transdermique			
Fentanyl transdermique	Durogesic® et génériques Matrifen®	12 à 16 heures	72 heures
Voie orale			
Morphine orale	Skenan® LP, Moscontin LP®	2 à 3 heures	12 heures
Oxycodone	Oxycontin® LP (douleur cancéreuse)	60 à 90 minutes	
Hydromorphone	Sophidone LP® (en 2ème intention, douleurs cancéreuses)	2 heures	

Points clés

Recommandations :

L'évaluation de la douleur ainsi que sa réévaluation doit être régulière, réalisée par une échelle validée et tracée.

La prescription de l'opiacé doit être faite sur une ordonnance sécurisée, elle doit préciser le nombre de prises maximales par 24 heures et le délai entre 2 prises. Elle doit être conservée dans le dossier.

La voie orale doit être privilégiée : l'utilisation d'une autre voie d'administration est justifiée par l'inefficacité de la voie orale ou si elle est mal tolérée ou en cas de problème de déglutition ou lors d'une indication de PCA (Patient Controled Analgesia).

Les opiacés forts doivent être débutés à demi-dose en libération immédiate par rapport à l'adulte plus jeune : 2,5 à 5 mg per os toutes les 4h à 6h pour la morphine orale.

Idéalement le traitement doit être instauré à un moment où la surveillance est optimale (matin plutôt que le soir). En tenant compte de la fonction rénale et de l'état nutritionnel du résident. (La nécessité d'initier le traitement à faible posologie s'explique par le risque accru de surdosage).

La prescription médicale est adaptée au type de douleur et à son intensité : les opiacés forts sont prescrits pour des douleurs nociceptives d'intensité forte.

Quelle que soit la voie d'administration, il faut toujours réaliser une titration : débuter à des doses faibles et augmenter progressivement, avec une réévaluation régulière de la douleur au moyen d'une échelle validée numérique ou autre échelle appropriée. La titration doit se faire sur 48 heures.

Au bout de 48h, lorsque la posologie efficace a été déterminée, remplacer la morphine à libération immédiate par de la morphine à libération prolongée : *par exemple 6 prises de 5 mg par jour (30 mg/24 h) sont converties en 15 mg de morphine retard 2 fois/jour. La morphine LP doit être donnée à heures fixes toutes les 12 heures.*

En cas de recrudescence de la douleur de manière spontanée ou provoquée, les interdoses de libération immédiate (d'environ 1/10^{e} de la dose quotidienne) peuvent être prescrites avec un délai d'administration adapté *(par exemple pour soulager ou prévenir les soins douloureux)*.

Spécificités en cancérologie :

Les modalités de changement d'opioïdes ou de voie d'administration ont été proposées par les trois sociétés savantes AFSOS, SFAP et SFETD pour une meilleure prise en charge de la douleur due au cancer (voir tableau Ratio de changement d'opioïde et de voie d'administration).

Un changement d'opioïde se justifie lorsqu'il survient des effets indésirables intolérables pour une efficacité antalgique insuffisante pour le résident. En pratique, un changement est proposé dans les conditions suivantes :

- apparition d'effets indésirables intolérables, lors d'augmentations de posologie, pendant une titration, en particulier troubles des fonctions cognitives et sédation, hallucinations, myoclonies et nausées ; le changement d'opioïde s'envisage après avoir éliminé une autre cause (non liée à l'opioïde en cours) et lorsque les traitements symptomatiques ne sont pas efficaces ou pas envisageables,
- mauvaise qualité de l'antalgie, malgré une titration ou une réadaptation des posologies et la prise en compte de l'étiologie (inflammation, neuropathies, état émotionnel…),
- interactions médicamenteuses (par exemple avec des médicaments métabolisés par le même cytochrome …),
- simplification d'un traitement pour faciliter un retour à domicile ou une modification du lieu d'accueil du patient,
- modification de la situation clinique du patient (malabsorption digestive, insuffisance hépatique ou rénale …).

Il est possible de réaliser un changement d'opioïdes entre tous les agonistes purs opioïdes disponibles en France : morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone.

Dans certaines conditions limitées le fentanyl transmuqueux peut être prescrit (action encore plus rapide que la libération immédiate) : en cas d'accès douloureux paroxystiques (exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère. Ils surviennent sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace), uniquement en cas de douleur cancéreuse équilibrée depuis plus de 8 jours avec un opiacé de fond équivalent à 60 mg/jour de morphine orale.

Tableau de synthèse des différents motifs et situations conduisant à un changement de molécule et/ou de voie d'administration

Motif conduisant au changement	Situations concrètes	Exemples
Traitement non efficace	**Majoration adaptée de l'opioïde en cours** aucun impact des majorations des posologies, antalgie insuffisante, quand la composante neuropathique et/ou inflammatoire et/ou émotionnelle est par ailleurs prise en compte et traitée.	Majoration de plus de 50 % de la posologie chaque jour depuis 3 jours sans aucun effet antalgique.
Effet indésirable limitant et persistant imputé à l'opioïde	**Traitement entrainant un effet indésirable qui altère la qualité de vie au quotidien** que le soulagement soit obtenu ou non quand l'effet indésirable ne peut pas être corrigé	Sédation excessive de plus de 7 jours après la dernière adaptation de posologie Nausées ou vomissements persistants (en l'absence de trouble métabolique, d'occlusion ou d'HTIC …)
Le traitement en cours ne peut plus être administré	La voie d'administration utilisée n'est plus possible	Voie digestive peu fiable ou impossible Trouble de la vigilance et de la déglutition rendant difficile une administration PO Voie IV (PAC) plus utilisable…
Le traitement en cours présente un risque	La situation du patient a changé	Risque lié à la situation du patient (insuffisance rénale, insuffisance hépatique, troubles cognitifs sévères) Risques non liés au patient : nouveau médicament entrainant une interaction métabolique avec l'opioïde en cours
Le traitement doit être simplifié	Les circonstances, ou le lieu de vie conduisent à changer le traitement.	Relais oral ou transdermique d'une PCA IV utilisée dans le cadre d'une titration rapide Diminution du nombre de médicaments PO ou IV La galénique n'est plus adaptée à la posologie …
Demande du résident	Le résultat antalgique est correct, les effets indésirables acceptables, les contraintes acceptables mais le résident souhaite changer	-

Surveillances particulières :

Les effets indésirables liés aux opiacés forts doivent être systématiquement prévenus, recherchés et pris en charge.

Les effets indésirables les plus fréquents sont : gastro-intestinaux (constipation, nausée, vomissement, sécheresse buccale), urinaire (rétention urinaire), cutané (prurit), système nerveux (somnolence, hallucination, convulsion, dépression respiratoire, hypotension).

La constipation nécessite une surveillance quotidienne du transit avec la prescription systématique de laxatifs osmotiques (ex : Macrogol®, Transipeg®, Forlax®) et des règles hygiéno-diététiques doivent être mises en place afin de prévenir ou ne pas aggraver une constipation.

La rétention aiguë d'urine doit être systématiquement recherchée (surtout en cas d'agitation).

Prise en charge d'un surdosage :

L'apparition de somnolence accrue (sans réponse à une stimulation) est le 1er signe de surdosage. En début de traitement, l'apparition d'une somnolence peut être constatée, elle est souvent transitoire, causée par le manque de sommeil accumulé.

La bradypnée (< 10 cycles/min), peut également être signe d'un surdosage : adapter le traitement.

En cas de surdosage par opiacés forts, la naloxone peut être administrée en cas de dépression respiratoire secondaire à un surdosage en morphinomimétiques (protocole du réseau régional douleur) :

- préparation d'une ampoule à 1 ml soit 0,4 mg ramené à 10ml de NaCl à 0,9 % ou glucosé 5 %,
- injection IV de 1 ml toutes les 2 minutes jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10 par minute. Cette titration vise la disparition de la dépression respiratoire mais pas de l'antalgie,
- perfusion de 2 ampoules dans 250 ml sur 3 à 4 heures à renouveler selon la fréquence respiratoire et en tenant compte de la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.

Critères STOPP-START :

Critères STOPP

- La prescription d'un opiacé fort en première ligne d'une douleur légère (par voie orale ou transdermique) est inappropriée [non-respect de l'échelle OMS de la douleur].
- La prescription d'un opiacé en traitement de fond sans prescription concomitante d'un traitement laxatif est inappropriée [risque de constipation sévère].
- La prescription d'un opiacé de longue durée d'action en cas de pics douloureux, en l'absence d'un opiacé à action immédiate est inappropriée [risque de persistance des pics douloureux].

Critères START

- En présence de douleurs modérées à sévères, des agonistes opioïdes forts doivent être envisagés lorsque le paracétamol et les opioïdes faibles sont inadaptés à la sévérité des douleurs ou inefficaces [contrôle de la douleur permettant d'éviter anxiété, dépression, troubles du comportement, du sommeil et de la mobilité].
- Chez une personne recevant des opiacés de façon régulière, la prescription d'un traitement laxatif doit être envisagée [voir fiche « prévention de la constipation induite par les opiacés »].

Outils

Fiche 20 : « Prise en charge de la douleur »

Fiche 21 : « PCA en EHPAD »

Fiche 22 : « Prise en charge de la constipation »

Pour approfondir

Société française d'étude et de traitement de la douleur – Site : http://www.sfetd-douleur.org/textesOfficiels/SFETD/index.phtml

Protocole Naloxone - Protocole Emla - Protocole Kalinox du Réseau Régional Douleur de Normandie – Site : http://www.douleur-rrdbn.org/

Réseau Régional Douleur de Normandie - DVD de formation « La douleur chez la personne âgée » - 2011

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs - Site : http://www.sfap.org/

Mobiqual - Douleur chez la personne âgée - 2012

Institut UPSA de la douleur http://www.institut-upsa-douleur.org/

Les critères STOPP/START v2 : adaptation en langue française. 2015

Recommandations HAS « Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer : fiche de bon usage https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/acces_douloureux_paroxystiques_-_fiche_bum.pdf

Recommandations sur les ratios de changement d'opioïde et de voie d'administration – AFSOS/SFAP/SFETD : http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/20170130_morphine_final_ok.pdf

RATIO DE CHANGEMENT D'OPIOIDE ET DE VOIE D'ADMINISTRATION – recommandations issues du groupe de travail AFSOS/SFAP/SFETD

En **noir**, ratios pour lesquels on retrouve des données dans la littérature

En **vert**, ratios issus de l'expérience clinique des experts

Le tableau se lit de gauche à droite

Dose/24h →	**Morphine PO**	**Morphine IV**	**Morphine SC**	**Oxycodone PO**	**Oxycodone IV ou SC**	**Patch Fentanyl**	**Hydromorphone PO**
Morphine PO		3 :1 diviser la dose de morphine PO par 3	2 :1 diviser la dose de morphine PO par 2	2 : 1 diviser la dose de morphine PO par 2	3 :1 diviser la dose de morphine PO par 3	100 :1 diviser la dose de morphine PO par 100, et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	7,5 :1 diviser la dose de morphine PO par 7,5
Morphine IV	1 :2 multiplier la dose de morphine IV par 2		1 :1 même dose	1 :1 même dose	1 :1 même dose	50 :1 diviser la dose de morphine IV par 50 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	3,75 :1 diviser la dose de morphine IV par 3,75
Morphine SC	1 :2 multiplier la dose de morphine SC par 2	1,5 :1 diviser la dose de morphine SC par 1,5		1 :1 même dose	1 :1 même dose	50 :1 diviser la dose de morphine SC par 50 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	3,75 :1 diviser la dose de morphine SC par 3,75
Oxycodone PO	1 :1,5 multiplier la dose d'oxycodone PO par 1,5	1 :0,5 multiplier la dose d'oxycodone PO par 0,5	1 :0,75 multiplier la dose d'oxycodone PO par 0,75		2 :1 diviser la dose d'oxycodone PO par 2	67 :1 diviser la dose d'oxycodone PO par 67 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	5 :1 diviser la dose d'oxycodone PO par 5

Dose/24h →	**Morphine PO**	**Morphine IV**	**Morphine SC**	**Oxycodone PO**	**Oxycodone IV ou SC**	**Patch Fentanyl**	**Hydromorphone PO**
Oxycodone IV ou SC	1 :2 multiplier la dose d'oxycodone IV par 2	1 :1 même dose	1 :1 même dose	1 :1,25 multiplier la dose d'oxycodone IV par 1,25		50 :1 diviser la dose d'oxycodone IV par 50 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	3,75 :1 diviser la dose d'oxycodone IV par 3,75
Patch Fentanyl	1 :70 multiplier la dose du patch de fentanyl (ou dose horaire) par 24 et diviser par 1000 pour convertir en mg, puis multiplier ce chiffre (= dose des 24h en mg) par 70 pour obtenir la dose de morphine PO	1 :35 multiplier la dose du patch de fentanyl (ou dose horaire) par 24 et diviser par 1000 pour convertir en mg, puis multiplier ce chiffre (= dose des 24h en mg) par 35 pour obtenir la dose de morphine IV	1 :35 multiplier la dose du patch de fentanyl (ou dose horaire) par 24 et diviser par 1000 pour convertir en mg, puis multiplier ce chiffre (= dose des 24h en mg) par 35 pour obtenir la dose de morphine SC	1 :35 multiplier la dose du patch de fentanyl (ou dose horaire) par 24 et diviser par 1000 pour convertir en mg, puis multiplier ce chiffre (= dose des 24h en mg) par 35 pour obtenir la dose d'oxycodone PO	1 :23 multiplier la dose du patch de fentanyl (ou dose horaire) par 24 et diviser par 1000 pour convertir en mg, puis multiplier ce chiffre (= dose des 24h en mg) par 23 pour obtenir la dose d'oxycodone IV		1 :9,3 multiplier la dose du patch de fentanyl (ou dose horaire) par 24 et diviser par 1000 pour convertir en mg, puis multiplier ce chiffre (= dose des 24h en mg) par 9,3 pour obtenir la dose d'hydromorphone PO
Hydromorphone PO	1 :5 multiplier la dose d'hydromorphone PO par 5	1 :1,67 multiplier la dose d'hydromorphone PO par 1,67	1 :2,5 multiplier la dose d'hydromorphone PO par 2,5	1 :2,5 multiplier la dose d'hydromorphone PO par 2,5	1 :1,67 multiplier la dose d'hydromorphone PO par 1,67	20 :1 diviser la dose d'hydromorphone PO par 20 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	

Fiche 15 : Benzodiazépines et apparentés

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Les spécialités concernées

À PRIVILEGIER : FORMES À DEMI-VIE COURTE

Hypnotiques : Zolpidem (Siltnox®), Zopiclone (Imovane®), Temazepam (Normison®), Loprazolam (Havlane®), Lormetazepam (Noctamide®), Estazolam (Nuctalon®)

Anxiolytiques: Clotiazepam (Veratran®), Oxazepam (Seresta®), Lorazepam (Temesta®), Alprazolam (Xanax®)

À ÉVITER : FORMES À DEMI-VIE LONGUE

Hypnotiques : Flunitrazepam (Rohypnol®), Nitrazepam (Mogadon®)

Anxiolytiques: Bromazepam (Lexomil®), Clobazepam (Urbanyl®), Diazepam (Valium®), Prazepam (Lysanxia®), Nordazepam (Nordaz®), Clorazepate dipotassique (Tranxène®)

Principaux enjeux

Les benzodiazépines (BZD) sont considérées comme « médicaments à risque » chez les sujets âgés, du fait d'un sur-risque iatrogénique : troubles cognitifs, troubles psychomoteurs et du comportement, perte d'autonomie, troubles de la mémoire.

L'utilisation de benzodiazépines à demi-vie longue est inappropriée chez le sujet âgé. Ces dernières provoquent en plus des effets secondaires déjà cités des risques de chutes traumatiques, notamment lors d'une utilisation à forte dose et au long cours.

Points clés

Les BZD ne sont pas efficaces dans la dépression, et seulement sur une très courte durée dans les insomnies.

Si un traitement est réellement justifié :

- ne pas associer deux BZD ou une BZD et un hypnotique (prudence en cas d'association de neuroleptiques et de benzodiazépines),
- la durée de prescription est limitée en raison des risques de dépendance physique et psychique,
- les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte » d'élimination plasmatique) doivent être privilégiées pour éviter tout risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.

Dans les troubles du sommeil, les BZD sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas suivants :

- insomnie occasionnelle : ex. lors d'un voyage, traitement limité à 2 ou 5 jours.
- insomnie transitoire : ex. lors de la survenue d'un décès d'un ami, traitement limité à 2 ou 3 semaines.

Dans les anxiétés sévères : traitement limité à 8 voire 12 semaines, y compris la période de réduction de la posologie.

Dans la prévention et le traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique : traitement limité de 8 à 10 jours.

L'arrêt des benzodiazépines doit toujours être progressif. Il peut être conduit :

- en 4 à 10 semaines habituellement,
- sur plusieurs mois pour des utilisateurs de longue durée ou recevant des posologies élevées de BZD ou médicaments apparentés.

Ex. diminution initiale de l'ordre de 25 % de la posologie la première semaine.
En cas d'échecs d'arrêts antérieurs, démence, surconsommation régulière, d'alcool, dépression caractérisée, insomnie chronique, troubles anxieux caractérisés (trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux généralisés) retenir un plus faible taux de réduction.

Faire accepter la diminution des doses au moyen du calendrier de décroissance posologique et éventuellement de l'agenda du sommeil constitue une aide utile pour le suivi.

Evaluer régulièrement l'efficacité et la nécessité du traitement par BZD.

Evaluer systématiquement les effets secondaires liés aux BZD : troubles du comportement, altération de la conscience, chute, dépendance physique et psychique, tolérance.

Ces recommandations s'appliquent uniquement aux résidents qui n'ont pas été admis ou suivis régulièrement en psychiatrie.

Tableau des situations à éviter selon Laroche et coll.

Situation à éviter	Exemple de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Dose de benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune *lorazépam > 3 mg/j, oxazépam > 60 mg/j, alprazolam > 2 mg/j, témazépam > 15 mg/j, clotiazépam > 5 mg/j, loprazolam > 0,5 mg/j, lormétazepam > 0,5 mg/j, zolpidem > 5 mg/j, zoplicone > 3,75 mg/j*	TEMESTA > 3 mg/j, SERESTA > 60 mg/j, XANAX > 2 mg/j, NORMISON > 15mg/j, VERATRAN > 5 mg/j, HAVLANE > 0,5 mg/j, NOCTAMIDE > 0,5 mg/j, STILNOX > 5 mg/j, IMOVANE > 3,75 mg/	Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables lors de l'augmentation de la dose journalière au-delà de la demie dose proposée chez l'adulte jeune	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à la dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune

Critères STOPP-START :

Critères STOPP

- La prescription d'une benzodiazépine pour une durée de plus de quatre semaines est inappropriée [traitement prolongé par benzodiazépine non indiqué. Après 2 semaines, toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement].
- La prescription d'une benzodiazépine en présence d'une insuffisance respiratoire aiguë ou chronique est inappropriée [risque d'aggravation de l'insuffisance respiratoire].

Critères START

- Aucun

Outils

Fiche 18 : « Prise en charge des troubles psycho-comportementaux»

Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Fiche sur les benzodiazépines. Améli. Mai 2012.

Recommandations sur l'arrêt des benzodiazépines. HAS. Octobre 2007.

Mémo Benzo. Assurance Maladie. Octobre 2014.

Fiche 16 : Neuroleptiques

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

Principaux enjeux

L'augmentation de l'incidence chez le sujet âgé des troubles psychotiques, des démences ainsi que des troubles psycho-comportementaux qui peuvent y être associés expose au risque de sur-prescriptions de neuroleptiques.

Or, dans cette population les prescriptions de neuroleptiques sont délétères et dans la plupart du temps inappropriées (risques de survenues de chutes, d'une pneumopathie d'inhalation, d'une rétention aiguë d'urine, d'une perte d'autonomie, d'une somnolence, d'une aggravation des troubles cognitifs, d'AVC et voir de décès).

L'encadrement des prescriptions de neuroleptiques chez le sujet âgé est nécessaire afin de réduire les usages inappropriés et d'optimiser la prise en charge médicamenteuse.

Points clés

La prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement doit toujours être privilégiée. L'instauration d'un traitement médicamenteux se fait uniquement en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement et après échec des mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence (danger pour le patient ou pour autrui).

Les prescriptions de neuroleptiques chez le sujet âgé sont toutes à risque, déconseillées et doivent être limitées aux cas incontournables. La (ré) évaluation du rapport bénéfice/risque est indispensable lors de chaque initiation et régulièrement par la suite.

Une check-list « conduite à tenir face à un trouble du comportement » peut aider aux transmissions des AS/ASH avec les IDE afin d'adapter les prises en charges (exemple de check-list en annexe).

Utilisation des neuroleptiques chez le sujet âgé:

	Neuroleptiques classiques (1ère génération)	Neuroleptiques atypiques (2e génération)
Modes d'action	Activité anti-dopaminergique (récepteur D2) Anti-adrénergique (récepteur α1) Anticholinergique (récepteur muscarinique M1) Antihistaminique (récepteur H1)	Activité anti-dopaminergique (récepteur D2, D3, D4) Antagoniste des récepteurs à la sérotonine (5-HT2, 5-HT3) Anti-adrénergique (récepteur α1) +/- Anticholinergique (récepteur muscarinique M1) +/- Antihistaminique (récepteur H1)
Principales indications	Troubles psychotiques (délires, hallucinations) Symptômes maniaques - agitation - agressivité	
Effets indésirables	Effets extrapyramidaux Syndrome parkinsonien Dyskinésies Effets anticholinergiques Syndrome malin Troubles cardiaques Hypertension artérielle Syndrome métabolique Prise de poids Effet psychique (dépression, somnolence, anxiété, indifférence, etc…)	Syndrome métabolique Prise de poids Syndrome métabolique Effets anticholinergiques moindres
Exemples de molécules	Cyamémazine, Chlorpromazine, Haloperidol, Sulpiride, Flupentixol, Amisulpride	Loxapine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole, Clozapine
Effets spécifiques de certaines molécules		Clozapine : troubles hématologiques (agranulocytose +++) et anticholinergique mais très peu d'effets neurologiques Olanzapine : effet anticholinergique +/- sédatif Quetiapine : très peu d'effets neurologiques, pas d'effet anticholinergique mais sédatif et anxiolytique
Interactions médicamenteuses	Antiparkinsoniens, Benzodiazépines, Antidépresseurs tricycliques, IMAO	

Règles de prescription :

Évaluer systématiquement le risque d'évènements cérébrovasculaires, cardiaques, neurologiques, cognitifs et métaboliques.

Réaliser un ECG AVANT instauration et pendant le traitement (risque d'allongement du QT et de torsades de pointe).

Évaluer le risque d'effets indésirables en fonction des interactions médicamenteuses.

Ne pas associer plusieurs neuroleptiques entre eux. L'association de neuroleptiques est envisageable, de manière ponctuelle, dans la prise en charge de certaines psychoses aiguës mais doit demeurer exceptionnelle.

Privilégier les neuroleptiques atypiques de 2^{e} génération (même efficacité et tolérance mais diminution des effets indésirables neurologiques, psychiques et anticholinergiques).

Privilégier une monothérapie.

Initier le traitement par petites doses (1/4 des posologies usuelles) en augmentant progressivement les doses par palier si nécessaire.

Évaluer l'efficacité et la tolérance au traitement tous les jours jusqu'à stabilisation du comportement puis toutes les semaines.

Adapter la galénique en fonction de l'acceptabilité du patient (privilégier la forme per os, la forme injectable est réservée aux urgences et de refus de prise per os).

Ne modifier qu'un traitement à la fois, pas de sevrage brutal : risque de rebond cholinergique et d'aggravation des dyskinésies.

Certains neuroleptiques sont inappropriés chez le sujet âgé notamment en cas de démence notamment la démence à corps de Lewy (utilisation exclusive de clozapine ou quétiapine avec surveillance NFS).

Surveillances :

	Avant la mise sous traitement	A M-1	A M-3	Puis tous les trimestres	Puis tous les ans
Poids	X	X	X	X	
Périmètre ombilical	X				X
Pression Artérielle	X		X		X
Glycémie	X		X		X
Ionogramme sanguin	X		X		X
Bilan hépatique	X		X		X
Bilan rénal	X		X		X
Bilan lipidique	X		X		X
ECG	X	X	X		X

NB : attention au syndrome malin des neuroleptiques (hyperthermie, rigidité musculaire intense, troubles de la conscience, choc cardio-respiratoire).

Critères STOPP-START :

Critères STOPP

- La prescription d'un neuroleptique à effet anticholinergique « modéré » à « marqué » (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphenzine, pipothiazine, promazine, zuclopenthixol) en présence d'un prostatisme ou d'un antécédent de globe vésical est inappropriée [risque de globe vésical].
- La prescription d'un neuroleptique (autre que la quétiapine ou la clozapine) en présence d'un syndrome parkinsonien ou d'une démence à corps de Lewy est inappropriée [risque d'aggravation sévère des symptômes extrapyramidaux].
- La prescription d'un neuroleptique chez un patient présentant des symptômes psycho-comportementaux associés à une démence, à moins que ces symptômes soient sévères et que l'approche non pharmacologique ait échoué est inappropriée [risque accru de thrombose cérébrale et de décès].

- La prescription d'un neuroleptique pour insomnies (à moins qu'elles ne soient dues à une psychose ou une démence) est inappropriée [risques de confusion, d'hypotension, d'effets secondaires extrapyramidaux, de chute].
- La prescription d'une phénothiazine comme neuroleptique en première ligne est inappropriée (à l'exception de la prochlorpérazine pour nausées, vomissements et vertiges ; de la chlorpromazine pour hoquet persistant ; de la lévomépromazine comme antiémétique en soins palliatifs) [effets sédatifs et anticholinergiques sévères ; des alternatives plus sûres existent].

Critères START

- Aucun

Outils

Fiche 15 : « Benzodiazépines et apparentés »

Fiche 18 : « Prise en charge des troubles psycho-comportementaux »

Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. ASSAPS. Mars 2010.

Recommandation de bonnes pratiques « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs ». HAS. 2009.

Liste de Laroche ML et coll, Eur J Clin Pharmacol 2007,63 : 752-31.

Programmes de la Haute Autorité de Santé : PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le sujet âgé) et AMI-Alzheimer (Indicateurs Alerte-Maitrise-Iatrogénie dans la maladie d'Alzheimer).

Best Practice Guideline for accommodating and managing behavioral and psychological symptoms of dementia in residential care, British Columbia.

CHECK-LIST : « Conduite à tenir face à un trouble du comportement »

Nom et prénom du résident :

Date de naissance :

Service :

Transmissions AS/ASH
Identification AS/ASH : Date et heure de passation :
Troubles du comportement constatés **:** - **À l'égard des soignants :** - **À l'égard des autres patients/résidents :**
Lunettes et prothèses **auditives fonctionnelles : ☐ oui ☐non**
Douleur **: ☐ oui ☐non (Echelle type EVA…) Si oui, détaillez :**
Température :
Selles **: date des dernières selles :** **normales – dures – traces – diarrhées**
Urines **: normales – rares ou concentrées – malodorantes**
Boissons **: normales – diminuées – augmentées**
Appétit **: normal – diminué**
Sommeil **: normal – perturbé**
Autre élément ayant pu provoquer le trouble **du comportement : (modifications environnementales, visites, dissensions familiales, pose de contention récente…)**

Transmissions IDE
Identification IDE : Date et heure de passation :
Constantes **:** TA **:** FC **:** Sat **:** Glycémie **:** Température **:**
Signes de gravité **: oui - non**
Résultats échelle de douleur **:** **Si** douleur **: adapter l'antalgie, pallier 1 ou plus selon protocole**
Chute **récente : oui - non**
Transit **: traitement symptomatique entrepris :** **Résultats :**
Présence d'un globe urinaire **: ☐ oui ☐non**
BU **: positive – négative : résultats :**
Autre signe d'infection **(quelle que soit la localisation) :**
Signes cliniques **de** déshydratation **: ☐ oui ☐non**
Modification des traitements **habituels : arrêt / ajout / remplacement/ changement de dose** **Non - Oui, détails :** **Stupéfiants : Non - Oui**
Autres signes **(ex. décompensation d'une pathologie chronique, angoisse, signes neurologiques)**
Traitement psychotrope déjà en cours**, date de début et/ou date de la dernière réévaluation du traitement :**
Thérapies non médicamenteuses entreprises **: ☐ oui ☐non** **Si oui, de quel type : Consultation psychologue, thérapies…**

Fiche 17 : Antibiotiques

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☑ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

Principaux enjeux

La prescription d'antibiotiques chez le sujet âgé nécessite des précautions particulières du fait d'une moindre tolérance, du risque d'insuffisance rénale ou encore d'interactions médicamenteuses.
Toute prescription d'antibiotique doit être réfléchie et justifiée.

Points clés

Recommandation générale : pertinence d'une antibiothérapie chez le sujet âgé en EHPAD

Toute fièvre n'est pas forcément d'origine bactérienne.

En dehors des états septiques sévères, le traitement antibiotique n'est généralement pas urgent.

En priorité = établir le diagnostic : si l'examen clinique ne suffit pas, pratiquer des examens complémentaires de biologie et/ou d'imagerie.

Vérifier que tous les prélèvements éthiquement raisonnables et possibles en vue d'un diagnostic microbiologique ont été réalisés.

Débuter un antibiotique en face d'une pathologie potentiellement sévère mais savoir aussi évaluer son efficacité, la modifier et la stopper si nécessaire.

Savoir adapter ses choix thérapeutiques en fonction de l'évolution de l'épidémiologie et des résistances microbiennes.

Prévenir les infections du sujet âgé : favoriser l'hydratation et veiller à l'état nutritionnel.

Proposer aux résidents la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière et contre le pneumocoque (selon les recommandations vaccinales).

Inciter fortement les soignants à la vaccination annuelle contre la grippe.

Bon usage des antibiotiques

La prescription d'antibiotiques et son motif doivent être tracés dans le dossier.

Le traitement antibiotique doit systématiquement être réévalué à 72h et à 7-10 jours (selon les résultats bactériologiques, l'évolution clinique et paraclinique). Cette réévaluation doit également être tracée.

Privilégier la voie orale. Si la voie injectable est inévitable, prévenir des complications liées à la voie injectable (en particulier infectieuses).

Effets indésirables - interactions médicamenteuses et surveillance

La plupart des ATB sont éliminés par voie rénale : attention à la clairance de la créatinine (privilégier la formule CKD-EPI). Site de référence : https://sitegpr.com/fr/.

Tout antibiotique va impacter les flores, en particulier le microbiote intestinal et expose ainsi au risque de :

1. diarrhée à Clostridium difficile
2. sélection d'entérobactéries multirésistantes (par exemple, les entérobactéries productrices de Betalactamases à spectre étendu, BLSE)
3. risque de mycoses/candidoses (oropharyngée, vaginale, cutanée).

Tableau des effets indésirables fréquents ou « classiques » des antibiotiques et des interactions courantes avec les médicaments fréquemment utilisés chez le chez le sujet âgé (liste non exhaustive, se référer aux RCP de chaque médicament).

Antibiotiques	Effets indésirables	Surveillance de la tolérance	Interactions médicamenteuses
Aminosides	Néphrotoxicité Ototoxicité	Fonction rénale Audiogramme (si durée ≥ 5j)	Autres médicaments néphro- et oto-toxiques
Béta-lactamines (Pénicillines, C3G, C4G)	Troubles digestifs Impact sur la flore Allergie (cutanée ++)	Fonction rénale	Allopurinol MTX
Clindamycine	Troubles digestifs (diarrhée) Colite à *C. difficile*	NFS Fonction rénale Bilan hépatique	AVK
Cyclines	Photosensibilité Œsophagite de contact (à prendre en position assise)	clinique	Warfarine (AVK) Théophylline Antiacides
Fluoroquinolones (Ciprofloxacine, Lévofloxacine, ofloxacine)	Syndrome confusionnel Allongement du QT Convulsions Tendinopathies	NFS INR	AINS (↑risque convulsions) AVK
Fosfomycine-trométamol	Troubles digestifs	clinique	-
Macrolides	Troubles digestifs Allongement du QT	Bilan hépatique INR	ATB inhibiteurs du CYP3A4 (AVK,…)* Association déconseillée : colchicine

Métronidazole	Neurotoxicité si durée > 3 sem Leucopénie	NFS INR	AVK Alcool (effet antabuse)
Nitrofurantoïne	Troubles digestifs (nausées) Complications graves si ATB prolongé (hépatiques, pulmonaires)	clinique	!! JAMAIS en traitement prolongé (durée max 7 j) Antiacides
Pristinamycine	Troubles digestifs (nausées, vomissements) Allergie	INR	Colchicine AVK
Rifampicine	Coloration orangée des liquides biologiques (urines, larmes) Troubles digestifs (nausées, vomissements) Hépatotoxicité Allergie	Bilan hépatique INR	!! JAMAIS en monothérapie ATB inducteur enzymatique (AVK,…)*
Sulfaméthoxazole-triméthoprime	Hématotoxicité Néphrotoxicité Allergie (rash, DRESS Syndrome)	NFS Fonction rénale	MTX AVK

MTX : méthotrexate ; AVK : antivitamines K ;

Les cas où il faut s'abstenir de mettre en place une antibiothérapie

- En cas de bactériurie asymptomatique
- bronchite aiguë (syndrome grippal et contexte épidémique).
- L'exacerbation d'une BPCO au stade 0 ou 1.

Autres remarques :

- Les ATB critiques de réserve (carbapénèmes, linézolide,…) nécessitent l'avis d'un infectiologue.
- Ne pas hésiter à demander un avis infectiologue pour les molécules ou situation peu connues

Critères STOPP-START

Critères STOPP

- Aucun

Critères START

- Une vaccination annuelle contre la grippe, au début d'automne – [prévention d'hospitalisations et de la mortalité liées au virus *influenza*]

- Une vaccination (tous les 5 ans) contre le pneumocoque par le vaccin conjugué 13-valent (PREVENAR 13®) puis au moins deux mois après par PNEUMOVAX®.

Outils

Fiche 1 « Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé »

Normantibio : Centre Régional de Conseil en Antibiothérapie en Normandie :
Site internet : http://www.normantibio.fr

Accès à un conseil en antibiothérapie donné par un infectiologue de la région Normandie du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Téléphone : 07 84 41 18 86 - Mail : normantibio@gmail.com

Pour approfondir

- Site de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française : www.infectiologie.com

- Guide des recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/ATB/ehpad/2012-ATB-EHPAD- ARSidf.pdf

- Bon usage des antibiotiques : recommandation HAS 2008 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bon_usage_des_ antibiotiques_recommandations.pdf

- Antibioclic : outil indépendant d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie, pour un bon usage des antibiotiques par la faculté de médecine générale Paris Diderot : http://antibioclic.com

Recommandations de prise en charge et protocoles

Fiche 18 : Prise en charge des troubles psycho-comportementaux

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

On distingue 2 grands types de troubles du comportement :

- troubles négatifs ou déficitaires : ils se manifestent sous la forme d'un retrait, d'une apathie, d'une adynamie, d'une indifférence à soi-même et à l'environnement voire d'une dépression. On parle alors de troubles psychologiques.
- troubles positifs ou productifs : ils se manifestent par de l'agitation, une déambulation, une agressivité, des cris, des hallucinations et des idées délirantes. On parle alors de troubles psychotiques.

Les étiologies de ces troubles psycho-comportementaux sont diverses :

- pathologies démentielles : dégénérescence fronto-temporale, démence vasculaire, maladie d'Alzheimer démence à corps de Lewy, etc …
- causes somatiques : confusion, douleur, fièvre, globe urinaire, iatrogénie, cancer, etc …
- causes environnementales : environnement non familier, bruyant, stimulation insuffisante ou excessive, etc…
- souffrance psychologique : conflit familial, évènement douloureux ancien ou récent, etc …

Les troubles du comportement surviennent chez 80 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée.

18 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont traités par neuroleptiques et jusqu'à 27 % des résidents en EHPAD.

Or, les prescriptions de neuroleptiques sont délétères et inappropriées dans la plupart des cas dans cette population (sur-risque de chute, pneumopathie d'inhalation, rétention aiguë d'urine, perte d'autonomie, somnolence, aggravation des troubles cognitifs, AVC et décès).

La prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement doit toujours être privilégiée.

Points clés

1ère étape : repérer et classer un trouble du comportement

Analyse des troubles et typage :

- où : dans quelle circonstance? quelle situation?
- Quand : facteur déclenchant? changement récent? à quel moment de la journée? fréquence ?
- Comment : quel est ce trouble? depuis combien de temps ? retentissement sur la dépendance ? évolution des troubles?

Utiliser le NPI-ES (outil d'évaluation dont le but est de recueillir des informations sur la présence de trouble du comportement) ou l'échelle de Cohen-Mansfield (évaluation de l'intensité et de la sévérité de l'agitation avec ou sans agressivité)

2e étape : apaiser et rechercher les facteurs favorisants

Prévenir les troubles du comportement :

- anticiper l'entrée en EHPAD : projet de vie individualisé à élaborer avant l'entrée en EHPAD et à remettre à jour régulièrement en équipe,
- ne jamais contraindre, adapter l'environnement et la prise en charge,
- éviter l'opposition verbale, favoriser l'apaisement (voix calme, ton apaisant, écouter, observer, …),
- éviter l'isolement et la contention physique (sauf urgence et avec un protocole précis et maîtrisé par le personnel),
- privilégier un environnement calme et adapté : lumière, bruits, stimulations, adaptées, enlever les objets dangereux,
- mettre en place des aides et stimulations sensorielles et cognitives adaptées : musique, couleur, souvenirs/photos.

Favoriser une communication adaptée : ne pas insister, revenir plus tard, savoir se mettre à l'écart, éviter les affrontements :

- se mettre en face (attirer le regard), à la « bonne distance », la « bonne hauteur »,
- parler calmement, sans hausser le ton,
- se nommer, nommer la personne,
- faire des phrases simples,
- établir un contact physique,
- éviter les interdits et le « non »,
- éviter les situations d'échec,
- être tolérant et positif.

Éviter l'hospitalisation sauf en cas de mise en danger du résident ou des autres : l'hospitalisation en urgence ne se justifie pas au seul motif de fugue, déambulation, opposition, agitations, cris.

Rechercher les facteurs favorisant de troubles du comportement : Toute modification du comportement doit avant tout amener à éliminer une cause « somatique » et ensuite « éliminer une cause médicamenteuse ».

Éliminer une cause somatique responsable d'un trouble du comportement :

- La douleur : elle doit être évaluée de manière systématique (avec une échelle d'évaluation adaptée),
- Une infection sous-jacente : éliminer une pneumopathie ou une infection urinaire,
- Un globe vésical (rétention d'urine) ou une constipation (fécalome),
- Une défaillance d'organe (insuffisance cardiaque…).

Éliminer une cause médicamenteuse ou iatrogénique :

- médicaments à effet anticholinergique :
  - > antidépresseurs tricycliques : amitriptyline (Laroxyl®), clomipramine (Anafranil®)
  - > neuroleptiques antipsychotiques : clozapine (Leponex®)
  - > antiparkinsoniens : trihexyphenidyle (Artane®, Parkinane®)
  - > antihistaminiques : hydroxyzine Atarax®)
  - > médicaments de la vessie instable : oxybutynine (Ditropan®), flaxovate (Urispas®)
- benzodiazépines (surtout à longue demi-vie) :
  - > bromazépam (Lexomil®), diazépam (Valium®), prazépam (Lysanxia®)
- antalgiques opiacés
- quinolones, les diurétiques, les digitaliques, les hypo-glycémiants…
- en recherchant et en corrigeant une hyponatrémie médicamenteuse (exemple : traitement par inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine (Prozac®), paroxétine (Deroxat®), citalopram (Seropram®).

3e étape : prendre en charge les troubles du comportement

L'instauration d'un traitement médicamenteux se fait uniquement en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement et après échec des mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence (danger pour le patient ou pour autrui).

Choisir le médicament en fonction des symptômes cibles, évaluer la balance bénéfice/risque.

Privilégier une monothérapie.

Initier le traitement par petites doses (1/4 des posologies usuelles) en augmentant progressivement les doses par palier si nécessaire.

Adapter la galénique en fonction de l'acceptabilité du patient (privilégier la forme per os, la forme injectable est réservée aux urgences et de refus de prise per os).

Évaluer l'efficacité et la tolérance au traitement tous les jours jusqu'à stabilisation du comportement puis toutes les semaines.

Ne modifier qu'un traitement à la fois.

Les prescriptions de psychotropes chez les sujets âgés sont toutes à risque et déconseillées. Le (ré) évaluation du rapport bénéfice/risque est indispensable lors de chaque initiation/introduction de psychotropes et régulièrement par la suite.

<table>
<tr><th colspan="2">Troubles du comportement</th><th>Stratégies thérapeutiques</th><th>Recommandations</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Crise avec agitation et agressivité</td><td>Nature anxieuse</td><td>Benzodiazépines à ½ vie courte per os ou en IM selon la compliance du patient
lorazepam (Temesta®)
oxazepam (Seresta®)
alprazolam (Xanax®)</td><td rowspan="2">Démarrer toujours à la dose la plus faible
Traitement de courte durée, réévaluation régulière du traitement</td></tr>
<tr><td>Nature psychotique</td><td>Neuroleptiques selon l'intensité du trouble
Intensité modérée
tiapride (Tiapridal®)
Intensité forte
olanzapine (Zyprexa®)
haloperidol (Haldol®)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Agitation avec signes psychotiques</td><td>Démence</td><td>Neuroleptiques atypiques à ½ vie courte
risperidone (Risperdal®)
olanzapine (Zyprexa®)
anticonvulsivant (hors AMM)
acide valproique (Dépamide® ou Micropakine LP®)</td><td>Olanzapine (Zyprexa®) : moins d'effet extrapyramidaux mais action sédative plus importante</td></tr>
<tr><td>Démence à corps de Lewy</td><td>Neuroleptiques mais uniquement
clozapine (Leponex®)
quietapine (Xeroquel®)</td><td>Clozapine (Leponex®) : Surveillance hématologique et carnet de suivi (risque agranulocytose)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Agitation avec irritabilité</td><td>Antidépresseurs sans effets anticholinergiques (IRSS)
sertraline (Zoloft®)
citalopram (Seropram®)
escitalopram (Seroplex®)
Autres antidépresseurs
mirtazine (Norset®)
miansérine (Athymil®)</td><td>Proscrire les antidépresseurs tricycliques les benzodiazépines à longue ½ vie ainsi que l'hydroxyzine (Atarax®)
À proscrire la paroxetine (Deroxat®) car risque de survenue d'un syndrome extrapyramidal ainsi que la fluoxetine (Prozac®) car ½ vie très longue</td></tr>
</table>

Agitation avec anxiété	Benzodiazépines à ½ vie courte lorazepam (Temesta®) oxazepam (Seresta®) alprazolam (Xanax®) Autres buspirone (Buspar®)	Buspirone (Buspar®) attention au délai d'action prolongé (5 jours à 2 semaines) À éviter les antihistaminiques type hydroxyzine (Atarax®) en raison de leur effet anticholinergique
Agitation nocturne	Antidépresseurs sédatifs mirtazine (Norset®) miansérine (Athymil®) Hypnotiques à durée d'action courte zolpidem (Stilnox®) zopiclone (Imovane®)	Traitement de courte durée (1 à 2 semaines) À réévaluer régulièrement À éviter, les neuroleptiques hypnotiques de type alimemazine (Théralène®)

Outils

Fiche 15 : « Benzodiazépines et apparentés »

Fiche 16 : « Neuroleptiques »

Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT Normandie.

Pour approfondir

Prescription des psychotropes chez le sujet âgé, HAS.

Recommandation de bonnes pratiques HAS 2009 : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs ».

Liste de Laroche ML et coll, Eur J Clin Pharmacol 2007,63 : 752-31.

Malette Mobiqual « Alzheimer ».

Programmes de la Haute Autorité de Santé : PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le sujet âgé) et AMI-Alzheimer (Indicateurs Alerte-Maitrise-Iatrogénie dans la maladie d'Alzheimer).

Best Practice Guideline for accommodating and managing behavioral and psychological symptoms of dementia in residential care, British Columbia.

Fiche 19 : Prévention des chutes

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

Plus d'une personne âgée d'au moins 75 ans sur trois, chute tombe au moins une fois dans l'année. Plus de 25 % de ces personnes âgées décèderont dans l'année suivant la chute.

Les chutes sont prédictives d'une perte d'autonomie avec une mortalité 4 fois plus importante (fracture du col du fémur, de la hanche, trauma, etc.).

Il est relativement aisé d'identifier les sujets à risque de chute et de proposer des stratégies capables de prévenir la récidive des chutes et leurs complications.

Points clés

Les personnes âgées chutent principalement au moment des transferts (matin et nuit).

L'intervention d'un kinésithérapeute et d'un ergothérapeute permet de limiter les risques (Le risque de chuter est cinq fois plus élevé chez les personnes âgées qui ont peur de tomber d'après une étude menée en Rhône Alpes, présentée au congrès de la SFGG en 2007).

Les causes de chutes sont souvent pluri factorielles (facteurs prédisposants et précipitants) et nécessitent une prise en charge globale.

Les risques suivants devront faire l'objet d'une surveillance particulière :

- polymédication (> 4 médicaments par jour) avec parfois une automédication,
- prise de psychotropes (incluant les benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques),
- prise de médicaments cardio-vasculaires (hypotenseurs, diurétiques, digoxine ou antiarythmiques de classe I),
- prise de médicaments hypoglycémiants (sulfamides),
- présence d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre : évaluer à l'aide du test « timed up & go » (ou test de la chaise chronométré : anomalie si ≥ 20 secondes), la station unipodale (anomalie maintien < 5 secondes),
- diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs, arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis, (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains),

- dénutrition : évaluer l'état nutritionnel par l'index de masse corporelle (IMC = poids [kg] / taille^2 [m^2], une valeur < 21 étant retenue comme un critère de dénutrition) et en recherchant la notion de perte de poids récente (une perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois indiquant une dénutrition),
- baisse de l'acuité visuelle et environnement inadapté (marches, tapis, rebords),
- syndrome dépressif (Mini GDS, GDS-15, GDS-30),
- déclin cognitif (test MMSE, déclin suspecté par un score < 27/30) ou test de l'horloge, test Codex.

Il est recommandé de réaliser les examens suivants :

- ionogramme sanguin à la recherche d'une hyponatrémie ou d'une déshydratation extracellulaire,
- dosage sérique de la Vitamine D (25OHD),
- hémogramme en cas de signes d'appel d'anémie,
- ECG en cas de signes d'appel cardiaques (bradycardie, hypotension),
- dosage de l'HbA1c chez les personnes diabétiques.

Vérifier pour chaque chute dans le dossier résident s'il y a :

- un changement récent d'environnement (< 15 jours),
- un changement récent de traitement (< 8 jours) pour les traitements cardiologiques et psychotropes (< 15 jours),
- une pathologie aiguë récente (< 8 jours) ou débutant,
- une hypotension orthostatique,
- des troubles du comportement apparus ou majorés récemment (< 8 jours).

Noter ces éléments sur la fiche de chute dans les conclusions.

Il est important de rechercher et de traiter un syndrome post chute (haut risque de récidive de chute).

Favoriser la kinésithérapie, les exercices d'assouplissement (gymnastique douce, Taï chi), de renforcement musculaire et d'entrainement à l'équilibre (utilisation de poids, ou de résistance), les activités de mobilisation (montée et descente d'escaliers avec rampe, marche accompagnée à l'extérieur).

Mettre en place des actions de prévention du risque de chutes :

- revision de l ’ordonnance,
- correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux),
- port de chaussures adaptées,
- apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g par jour,
- correction d’une éventuelle carence en vitamine D,
- traitement anti-ostéoporotique en cas d’ostéoporose avérée,
- utilisation d’une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs,
- pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique.

Pour approfondir

Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Recommandations HAS – Novembre 2005.

Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées - HAS - Avril 2009.

Référentiel concernant l’évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention – HAS – Septembre 2012.

Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile. INPES.

Fiche 20 : Prise en charge médicamenteuse de la douleur

☐ **Direction** ☑ **Médecin** ☑ **Pharmacien** ☐ **Préparateur en pharmacie** ☑ **IDE** ☑ **Aide-soignant**

Principaux enjeux

Les douleurs chroniques sont fréquentes chez le sujet âgé (au moins 60 % des résidents, 1/3 ayant des douleurs sévères).

Une évaluation régulière de la douleur doit être réalisée, avec la même échelle, par :

- auto-évaluation : échelle numérique (EN) ou échelle verbale simple (EVS)
- hétéro-évaluation : douleur chronique (DOLOPLUS® ou ECPA), douleur aiguë (ALGOPLUS®)

La douleur doit être évaluée, traitée dès que possible et tracée, pour éviter toute perte d'autonomie, tout trouble du comportement.

Une fois la cause de la douleur évaluée, les mécanismes doivent être recherchés, afin d'adapter le traitement

- douleurs nociceptives : douleurs rhumatismales, ou liées aux pathologies cancéreuses, aux pathologies artérielles, escarres, plaies, liées aux soins
- douleurs neuropathiques : post chirurgicale (ex. amputation), zona, neuropathie diabétique, après AVC, tumeur
- les douleurs nociceptives et neuropathiques peuvent coexister
- douleurs psychogènes : somatisation d'une souffrance, d'un mal-être, d'une dépression, l'évaluation doit être faite par un psychiatre ou un psychologue.

Toujours penser à associer un traitement non médicamenteux : neurostimulation, physiothérapie (froid/chaud), orthèses, massages/kinésithérapie, balnéothérapie, musicothérapie, relaxation, radiothérapie.

Privilégier les médicaments par voie orale. Ces traitements doivent être réévalués régulièrement.

Points clés

Douleurs nociceptives

Commencer par la posologie minimale efficace et augmenter progressivement selon l'intensité (Start low and Go slow) :

- associer du paracétamol aux opioïdes faibles ou forts,
- ne pas associer deux médicaments ayant le même mécanisme d'action,
- ne pas associer deux opioïdes faibles ou forts.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont à éviter. En cas d'utilisation, la cure doit être aussi courte que possible, à posologie faible, en privilégiant les molécules ayant une durée d'action courte, sous couvert d'un protecteur gastrique et d'une surveillance de la fonction rénale, de la tension artérielle, du poids et des signes d'insuffisance cardiaque.

En cas de douleur induite, provoquée par des soins (suture, réfection de pansement), mobilisation (toilette, transfert) et examens (fibroscopie), possibilité d'utiliser sur prescription:

- le Méopa (Kalinox®) : mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, à la fois anxiolytique et antalgique (protocole RRDBN),
- des topiques locaux :
  - crème Emla® pour les douleurs sur ulcères,
  - lidocaïne en gel ou en spray (ex. : Xylocaïne®).

Traitements selon la classification de l'International Association for the Study of Pain (IASP, 2010)

« Antinociceptifs » pour les douleurs nociceptives	Non opioïdes : paracétamol (à privilégier), AINS (à éviter) Opioïdes (faibles : codéine, tramadol ; forts : morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone)
« Antihyperalgésiques » pour les douleurs neuropathiques centrales ou les autres situations avec hyperalgésie (comme hyperalgésie aux opioïdes)	Antiépileptiques : gabapentine, prégabaline Nefopam
« Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs » pour les douleurs neuropathiques	Antidépresseurs tricycliques Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
« Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques » pour les douleurs neuropathiques périphériques	Anesthésiques locaux Capsaïcine
Pour les douleurs mixtes, nociceptives et neuropathiques	Tramadol

Douleurs neuropathiques

Il s'agit d'une douleur initiée ou causée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux central ou périphérique (ex. compression tumorale, post chirurgical, post radiothérapie, post chimiothérapie, zona, membre fantôme douloureux, etc.).

Ces douleurs sont dépistées par l'utilisation de l'outil DN4, chez les sujets communicants, n'ayant pas de trouble cognitif et en tenant compte de leurs signes cliniques (en annexe) :

- sensation de brûlure, froid douloureux, décharge électrique,
- présence de symptômes tels que : fourmillements, picotements, démangeaisons, engourdissements,
- présence d'une hypoesthésie au tact et à la piqûre sur le point douloureux,
- douleur provoquée ou augmentée par le frottement.

La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) est une méthode d'analgésie non médicamenteuse basée sur le renforcement des contrôles de la douleur qui vont masquer la transmission des messages nociceptifs (douloureux). La TENS peut être prescrite seule ou en association avec les traitements médicamenteux ou autres, pour améliorer l'efficacité et réduire les posologies de médicaments. Les indications sont : douleurs neuropathiques périphériques post traumatiques, des syndromes canalaires, post zostériens, fantômes ; les douleurs des lombalgies et lombosciatiques ; les douleurs arthrosiques.

Lors de toute prescription médicamenteuse, commencer par la posologie minimale efficace et augmenter progressivement selon la tolérance et l'efficacité (Start low and Go slow).

Privilégier les traitements locaux avant les traitements généraux.

Des traitements anesthésiques locaux peuvent être nécessaires en cas d'allodynie (douleur déclenchée par un stimulus qui est normalement indolore) :

Versatis® (emplâtre de Lidocaïne) pour les douleurs post zostériennes
Qutenza® uniquement en consultation douleur, traitement pris en hospitalisation de jour, dans les douleurs neuropathiques périphériques

En cas de douleurs neuropathiques ou mixtes, des antiépileptiques (en 1ère intention) ou antidépresseurs sont prescrits.

Les douleurs psychogènes « pures » nécessitent rarement un traitement médicamenteux à visée antalgique. Elles sont peu fréquentes, contrairement aux douleurs mixtes, somatiques et psychiques. En revanche, la dimension psycho émotionnelle inhérente à la douleur est toujours à prendre en compte.

ANTIEPILEPTIQUES : En 1ère intention, efficacité retardée (de quelques jours à deux ou trois semaines de délai) avec rare disparition totale de la douleur, démarrer à une posologie faible et augmenter progressivement par palier en fonction de la tolérance.

>>> Compte tenu des effets indésirables (prégabaline : étourdissements, somnolence, prise de poids, vision trouble ; gabapentine : globalement bien tolérée), ces médicaments doivent faire l'objet d'un suivi particulier et d'une évaluation régulière.

Prégabaline (Lyrica®) : chez le sujet normorénal, démarrer entre 25 et 50 mg par jour, puis augmenter par palier de 25 à 50 mg, tous les 3 à 7 jours si nécessaire et en fonction de la tolérance.
Posologie usuelle : 150-300 mg/j (maxi 600 mg/j) en 2 prises par jour.

Gabapentine (ex. : Neurontin®) : chez le sujet normorénal, démarrer à 300 mg x 2 fois/jour (1er jour), puis à 300 mg x 3 fois/jour (2e jour)
Augmenter par palier de 100 mg à 300 mg tous les 5 à 7 jours si nécessaire et en fonction de la tolérance.
Posologie usuelle : 1200 mg/j (maxi 3600 mg/j).

La dose maximale sera fonction de la clairance de la créatinine et de la tolérance

ANTIDEPRESSEURS : En 2e intention, efficacité retardée. Nombreux effets indésirables - « effets anticholinergiques » (somnolence, sécheresse buccale, rétention urinaire, constipation, abaissement du seuil épileptogène, hypotension orthostatique, allongement du QT, etc.).

>>> Ces médicaments doivent faire l'objet d'un suivi particulier et d'une réévaluation régulière de l'ensemble des traitements (en particuliers sédatifs).

Amitryptyline (Laroxyl®) : 5 à 10 mg par jour pendant 1 semaine, le soir au coucher
augmenter par palier de 3 à 5 mg tous les 3 à 5 jours selon tolérance (1 goutte = 1 mg)
rechercher la dose minimale efficace

Réévaluer les co-prescriptions à risque sédatif (benzodiazépines par exemple)

Clomipramine (Anafranil®) : palier de 10 mg par semaine en mono prise,
25-75 mg/j, dose maximale jusqu'à l'obtention d'une efficacité antalgique suffisante et selon la tolérance (max : 75 mg/j)

Duloxétine (ex : Cymbalta®) : pour les douleurs neuropathiques diabétiques périphériques

TRAMADOL : en 1ère intention dans le cas spécifique des douleurs neuropathiques avec composante nociceptive, sinon à utiliser en 2e intention
>>> Attention en cas d'association aux IRs, IRsNa, antidépresseurs tricycliques : risque de « syndrome sérotoninergique » (nausées, diarrhée, agitation, troubles du comportement, hallucinations, tremblements, rigidité musculaire, myoclonies, tachycardie, hyperthermie).

Titration progressive

Outils

Fiche 14 : « Opiacés forts »

Fiche 21 : « PCA en EHPAD »

Fiche 22 : « Prise en charge de la constipation »

Liste préférentielle de médicaments en EHPAD de l'OMéDIT Normandie

Document du Réseau Régional Douleur de Normandie

Pour approfondir

Réseau Régional Douleur de Normandie : le DVD de formation « La douleur chez la personne âgée » - 2011 : sur demande auprès du RRDN, à titre gratuit.

Réseau Régional Douleur de Normandie : douleurs neuropathiques en cancérologie - Recommandations d'utilisation de la crème EMLA - Prévention des douleurs liées aux soins.

Réseau Régional Douleur de Normandie et Unité mobile douleur du CHRU de Caen : Guide pratique d'utilisation des opiacés - Protocole MEOPA.

Réseau Régional Douleur de Normandie : La neurostimulation transcutanée : guide pratique à l'usage des infirmièr(e)s ressources douleur et des soignants.

Recommandations HAS « Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer : fiche de bon usage.

Recommandations sur les ratios de changement d'opioïde et de voie d'administration – AFSOS/SFAP/SFETD.

Échelle ALGOPLUS®

Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

L'échelle ALGOPLUS® n'est pas un mini DOLOPLUS®.

Elle a été **spécifiquement développée pour l'hétéro-évaluation de la douleur aiguë** chez la personne âgée **et repose sur une observation somatique,** et non pas sur des changements de comportements.

Sa passation dure moins d'une minute.

L'utilisation d'ALGOPLUS® est **particulièrement recommandée** pour le dépistage et l'évaluation des :

- **pathologies douloureuses aiguës**
  (par exemple : fracture, période post-opératoire, ischémie, lumbago, zona, rétention urinaire),
- **accès douloureux transitoires**
  (par exemple : névralgie faciale, poussée douloureuse sur cancer),
- **douleurs provoquées par les soins** ou les actes médicaux diagnostiques.

CONSEILS D'UTILISATION

L'échelle comporte **cinq items** (ou domaines d'observation). En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

La présence d'**un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter "oui"** l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa pré-existence.

Chaque item coté "oui" est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq.

Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la **présence d'une douleur**.

La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

ERREURS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES

- **Difficultés de repérage :** l'agrippement doit être coté "oui" quel que soit le support d'agrippement (patient lui-même, soignant ou tout autre support).
- **Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe** et non pas sur sa simple présence.

Par exemple :

- l'item "plaintes" coté "non" parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps ;
- l'item "comportements" coté "non" parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.

Echelle Algoplus®

ECHELLE ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h		.....h		.....h		.....h		.....h		.....h	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe	

Echelle Doloplus®

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM : Prénom :

Service :

Observation comportementale

		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
	SCORE				

COPYRIGHT

Échelle DOLOPLUS®

L'échelle comporte 10 items répartis en **3 sous-groupes**, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux). L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. En cas d'item inadapté (ex item 7 pour un malade grabataire en position fœtale), il faut coter 0.
La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile.

Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

Un lexique est fourni avec l'échelle afin d'écarter les éventuelles incompréhensions de vocabulaire.

LEXIQUE

PLAINTES SOMATIQUES
Le patient exprime sa douleur par la parole,
le geste ou les cris, pleurs, gémissements.

POSITIONS ANTALGIQUES
Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES
Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

MIMIQUE
Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du
regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

SOLLICITATION
Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.).

TOILETTE / HABILLAGE
Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

MOUVEMENTS
Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position, transferts,
marche, seul
ou avec aide.

COMMUNICATION
Verbale ou non verbale.

VIE SOCIALE
Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

TROUBLES DU COMPORTEMENT
Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression,
demande d'euthanasie,
etc.

CONSEILS D'UTILISATION

1. L'UTILISATION NÉCESSITE UN APPRENTISSAGE
Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2. COTER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE PRÉFÉRENCE
Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence.
à domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier "soins" ou le "cahier de liaison".

3. NE RIEN COTER EN CAS D'ITEM INADAPTÉ
Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.

4. LES COMPORTEMENTS PASSIFS
Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs ; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

5. LA COTATION D'UN ITEM ISOLÉ
N'a pas de sens ; c'est le score global qui est à considérer.
Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.

6. NE PAS COMPARER LES SCORES DE PATIENTS DIFFÉRENTS
La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle.
La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

7. ÉTABLIR UNE CINÉTIQUE DES SCORES
La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

8. EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À FAIRE UN TEST THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE ADAPTÉ
On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade ; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

9. L'ÉCHELLE COTE LA DOULEUR, ET NON LA DÉPRESSION, LA DÉPENDANCE OU LES FONCTIONS COGNITIVES
Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

10. NE PAS RECOURIR SYSTÉMATIQUEMENT À L'ÉCHELLE DOLOPLUS®
Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation.
Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date : _____ Heure : _____ Service : _____ Nom du cotateur : _____

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration.
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle.

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression…

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

SCORE

Échelle ECPA®

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.

L'échelle comprend **8 items** avec 5 modalités de réponses **cotées de 0 à 4.**
Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item.
Le score total varie donc de **0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).**

CONSEILS D'UTILISATION

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée.

Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.

La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter *ad libitum*.

Fiche 21 : PCA en EHPAD

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

L'analgésie Contrôlée par le Patient (PCA) est un système sécurisé d'administration d'analgésiques morphiniques permettant d'optimiser la prise en charge de la douleur chez les patients. Les molécules utilisées en PCA sont des opioïdes forts : morphine, oxycodone, fentanyl, alfentanyl, sufentanyl, buprénorphine et tramadol.

L'utilisation de midazolam et Kétamine en PCA dans n'est pas abordée dans cette fiche.

Le principe de la PCA repose sur l'administration d'une dose continue d'antalgique accompagnée, en fonction des douleurs du patient, de doses unitaires supplémentaires (bolus). Ces doses unitaires, ou bolus, sont administrées en appuyant sur un bouton-poussoir. La période réfractaire correspond au délai minimal entre deux bolus. Durant cette période, même si l'on appuie sur le bouton, aucune dose supplémentaire de médicament ne sera administrée ; cependant, l'action sera comptabilisée dans l'historique de la pompe et pourra orienter le suivi.

En principe, la technique de PCA n'est pas indiquée chez des patients non capables d'en assimiler le principe et la méthode. Néanmoins, dans la pratique en EHPAD, pour des résidents non autonomes, pour lesquels la voie orale n'est pas possible ou pour des résidents présentant des troubles cognitifs et non compliants, cette technique présente plusieurs avantages :

- rapidité et efficacité du soulagement,
- moins de manipulations par jour pour les IDE,
- confort pour anticiper la douleur lors des actes thérapeutiques (soins, toilette, mobilisation).

La prescription d'une PCA pour un résident est réalisée par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Cette prescription tient compte de l'état physique et psychologique du résident, peut s'appuyer très souvent sur l'avis d'un médecin spécialiste en médecine palliative, d'une équipe mobile de soins palliatifs et/ou d'une structure de douleur chronique.

En EHPAD, la PCA est dans la plupart des cas mise en place par un établissement d'Hospitalisation à domicile (HAD), notamment lorsque les médicaments prescrits sont réservés à l'usage hospitalier. Le matériel et les médicaments spécifiques pour la PCA sont dans ce cas fournis par l'établissement d'HAD.

Une convention[35,36], doit être signée entre l'HAD et l'EHPAD afin de déterminer les modalités d'intervention de l'établissement d'HAD. De plus, l'HAD et l'EHPAD doivent déterminer et mettre en place des protocoles et procédures précisant les conduites à tenir face aux incidents (alarmes, effets indésirables…), les modalités de formation et d'information du personnel de l'EHPAD.

La PCA peut être mise en place sans avoir recours à un établissement d'HAD, dans les conditions précises suivantes :

- les médicaments peuvent être utilisés en dehors d'un établissement de santé (donc **hors réserve hospitalière**),
- **ET** les IDE de l'EHPAD sont formés à la manipulation et surveillance d'une PCA,
- **ET** un(e) IDE est d'astreinte ou présent(e) pour l'EHPAD la nuit.

En l'absence de ces trois conditions requises, il est nécessaire de faire appel à un établissement d'HAD.

Points clés

Formation du personnel de l'HAD et de l'EHPAD :

La formation du personnel de l'HAD et de l'EHPAD est un prérequis à la mise en place d'une PCA.

Les professionnels de santé (de l'EHPAD ou extérieurs) intervenant autour du résident bénéficiant d'une pompe PCA doivent être formés, en fonction de leur niveau de connaissance et de compétence, à l'évaluation de la douleur ainsi qu'aux principes de gestion de la douleur par auto-administration de bolus, sur les effets secondaires liés aux molécules utilisées dans le cadre d'une PCA et la conduite à tenir en cas d'effet indésirable ou de surdosage.

Les Infirmiers diplômés d'État (IDE), Aides-Soignants (AS) et médecin coordonnateur de l'EHPAD doivent avoir pris connaissance et être en mesure d'appliquer les protocoles et procédures mis en place par l'EHPAD ou par l'HAD, des paramètres de surveillance du résident, des principes de sécurité et des alarmes.

Les IDE de l'HAD ou de l'EHPAD (en l'absence d'intervention de l'HAD)*, doivent être formés à la technique de la PCA et à la manipulation de la pompe.

**Conditions requises pour la mise en place d'une PCA sans recours à un établissement d'HAD : cf. encadré paragraphe « Principaux enjeux »*

[35] Art D.6124-311 du CSP

[36] Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'HAD dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social

Information du personnel de l'EHPAD, des professionnels de santé, du résident et/ou de son entourage :

L'information du personnel de l'EHPAD, des professionnels de santé ainsi que du résident et de son entourage est un prérequis à la mise en place d'une PCA.

Le personnel de l'EHPAD et les professionnels de santé intervenant autour du résident bénéficiant d'une pompe PCA (infirmier, aide-soignant, médecin coordonnateur et médecin traitant, kinésithérapeute, pharmacien…) doivent être informés de la mise en place d'une pompe PCA et de la nature de la molécule administrée par la pompe PCA.

Le résident et/ou son entourage doivent être informés :

- o du principe et de l'intérêt de la gestion de la douleur par auto-administration de bolus,
- o du principe de l'utilisation du bouton poussoir pour les bolus,
- o du risque d'effets secondaires liés aux médicaments.

Le résident et/ou son entourage doivent être avertis que la manipulation de la pompe se fait uniquement par du personnel médico-soignant : ne pas toucher aux réglages de la pompe.

Prescription :

La prescription d'une PCA est un acte médical et relève de la responsabilité du prescripteur.

La prescription d'une PCA doit comporter les éléments suivants :

- o Nom de la molécule et son dosage,
- o Mode (PCA) et voie d'administration (IV, SC…),
- o Débit de perfusion continu ou dose totale par 24h en toutes lettres,
- o Dose des bolus,
- o Période réfractaire (délai minimal entre deux bolus),
- o Nombre de bolus/h ou dose limite autorisée/h, selon les modèles de pompe,
- o Heure de début de traitement (notamment si relais d'un traitement per os ou par patch),
- o Durée du traitement, date de réévaluation.

La prescription de médicaments stupéfiants doit être réalisée en toute lettre sur une ordonnance sécurisée.

La prescription doit également mentionner les paramètres de surveillance et la conduite à tenir en cas d'effet secondaire ou de surdosage, ou renvoyer à des protocoles spécifiques.

La prescription ou un protocole doit mentionner les conditions d'administration des bolus et définir les modalités d'appel de l'IDE d'astreinte et/ou du médecin traitant.

Préparation :

La préparation du réservoir, le paramétrage de la pompe et la connexion au résident est un acte infirmier, relevant de la responsabilité de l'IDE de l'établissement d'HAD ou de celle de l'EHPAD lorsque l'HAD n'est pas requise*.

Dans le cadre d'une HAD, la préparation du réservoir, le paramétrage de la pompe et la connexion au résident relèvent de la responsabilité de l'IDE de l'établissement d'HAD. Hormis pour l'administration de bolus par pression du bouton poussoir par les IDE de l'EHPAD, les professionnels de l'EHPAD n'interviennent pas sur la pompe PCA.

Le paramétrage de la pompe suit la prescription médicale et nécessite le calcul de la concentration finale dans le réservoir et du débit. Chaque fois que possible, un double contrôle indépendant en aveugle des calculs de dose et de concentration par une seconde personne qualifiée est réalisé.

La connexion de la perfusion de la ligne PCA doit être placée au plus près du site d'injection. Une valve anti-reflux située sur le Y doit être impérativement montée sur le circuit de la perfusion d'entretien, afin d'empêcher le médicament de la PCA de remonter dans le circuit. Toute connexion supplémentaire doit être placée en amont de la valve anti-reflux.

**Conditions requises pour la mise en place d'une PCA sans recours à un établissement d'HAD : cf. encadré paragraphe « Principaux enjeux »*

Administration :

La pompe PCA permet l'enregistrement de toutes les demandes de bolus ainsi que de tous les bolus administrés.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

1) Lorsque le patient est autonome, il appuie lui-même sur le bouton-poussoir afin d'obtenir un bolus.

2) Lorsque le patient n'est pas autonome, l'administration de bolus est faite après évaluation de la douleur par l'IDE de l'HAD ou de l'EHPAD, préalablement formé à l'évaluation de la douleur et aux principes généraux de la PCA (dispositif, molécules, effets indésirables et gestion…).

3) Lorsque le patient n'est pas autonome et en l'absence de l'IDE (cas notamment de la nuit) :
   Dans ce cas, un aide-soignant (AS) peut réaliser l'aide à la prise de bolus, sous la responsabilité d'un IDE et dans la mesure où les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

   - La programmation de la pompe a été réalisée par l'IDE de l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD (lorsque l'HAD n'est pas nécessaire) et ne peut être modifiée (code de verrouillage) : ainsi le nombre de bolus et la période réfractaire sont paramétrés selon la prescription médicale,

- La pompe PCA permet un enregistrement de toutes les demandes de bolus ainsi que tous les bolus administrés,
- La période réfractaire est paramétrée et empêche toute administration de bolus durant la période. Il ne peut pas y avoir ainsi d'effet cumulatif,
- Le médecin qui a prescrit le traitement n'a pas mentionné sur la prescription la nécessité d'un IDE pour l'aide à la prise de bolus,
- Les professionnels de santé de l'EHPAD (médecin coordonnateur, IDE Coordonnateur, cadre de santé) ont évalué et formalisé dans un protocole de soins infirmiers (article R4311-4 du CSP) le degré de participation des AS à l'aide à la prise de médicaments, notamment l'aide à la prise de bolus dans le cas présent,
- Cette aide à la prise par les AS est possible uniquement si l'AS a bénéficié d'une formation spécifique sur l'évaluation de la douleur et sur la PCA dans le cadre de soins palliatifs (paramètres de surveillance, principes de sécurité et alarmes),
- Les professionnels de santé de l'EHPAD (médecin coordonnateur, IDE coordonnateur, cadre de santé) ont évalué au préalable la capacité de chaque AS susceptible d'intervenir pour réaliser l'aide à la prise de bolus; la formation et l'évaluation de l'AS sont tracées dans son dossier,
- À la demande du résident ou lorsque celui-ci n'est pas en capacité de demander à l'AS l'aide à la prise de bolus, l'AS doit effectuer l'évaluation de la douleur. Cet acte est réalisé sous la responsabilité de l'infirmier en collaboration avec les AS[37]. Pour ce faire, l'aide-soignant est formé à l'observation et à la surveillance des patients sous perfusion lors de sa formation initiale[38] puis lors de sa formation continue,
- Un protocole de soins spécifique, individualisé, est mis en place afin de définir les conditions précises de l'administration du bolus par l'AS. Ce protocole précise :
    - Les indications de l'administration d'un bolus, ou prescription anticipée (par exemple avant soins de nursing, en fonction de l'évaluation de la douleur et selon protocole…)
    - Les modalités de l'administration du bolus (par exemple délai entre le bolus et le soin de nursing…)
    - Les éléments cliniques à surveiller et la durée de surveillance post-bolus
    - Les situations pour lesquelles un appel systématique à l'IDE d'astreinte (HAD ou EHPAD) est nécessaire (effet indésirable, douleur non contrôlée…).
- En dehors des circonstances et situations décrites dans le cadre de la prescription ou du protocole de soins individualisé, l'AS doit systématiquement appeler l'IDE d'astreinte avant la réalisation d'un bolus,
- L'AS est informé de la nature du médicament utilisé dans la PCA et indiqué sur le pochon, seringue ou cassette de la PCA,
- Les protocoles et procédures mis en place dans le cadre de la prise en charge par un établissement d'HAD doivent être connus et mis à disposition de l'AS.

[37] Article R.4311-4 et R.4311-5
[38] Arrêté du 22 octobre 2005

Surveillance du résident :

La surveillance du résident comprend :

- L'évaluation de la douleur et de l'efficacité du traitement : Afin d'optimiser la prise en charge de la douleur et d'adapter les posologies, les données d'enregistrement de la pompe PCA (nombre de bolus demandés et délivrés en 24h) sont confrontées à l'évaluation de la douleur.
- La surveillance d'apparition d'effets secondaires liés au médicament et de signes de surdosage :
  - Sédation ou somnolence (à rechercher de manière régulière, même si les règles de prescription sont bien suivies car elle précède toujours la bradypnée)
  - Bradypnée, dépression respiratoire

Les paramètres de surveillance ainsi que la conduite à tenir en cas d'effets indésirables sont prescrits par le médecin prescripteur ou renvoient à des protocoles définis par l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD, mis à disposition et connus du personnel de l'EHPAD.

En cas d'apparition de ces effets, informer sans délai l'IDE d'astreinte de l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD qui sollicitera un avis médical.

Les effets indésirables tels que prurit, nausées et vomissements, rétention urinaire, constipation doivent être prévenus et traités selon les recommandations de bonne pratique relatives aux effets indésirables morphiniques.

Les modalités de prise en charge d'un surdosage ainsi que la mise à disposition d'un antidote sont définies dans un protocole spécifique défini par l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD, mis à disposition et connu du personnel de l'EHPAD.

Gestion des alarmes :

En cas d'alarme sonore de la pompe PCA, identifier l'origine de l'incident et en informer sans délai l'IDE d'astreinte de l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD qui précisera la conduite à tenir.

Il peut s'agir d'une alarme relative à :

- une occlusion : le fluide ne circule pas entre le réservoir et le patient (plicature de la tubulure, clamp fermé, …),
- de l'air détecté dans la tubulure : soit il y a présence de bulles d'air dans la tubulure entre le réservoir et la pompe, soit la tubulure n'est pas complètement enfilée dans le détecteur d'air,
- un réservoir vide,
- un défaut de piles.

Rôles et responsabilités

Prescripteur

- Prescription de la PCA et réévaluation en fonction des données de surveillance,
- Demande de mise en place de l'HAD si nécessaire,
- Information du résident et/ou de son entourage.

HAD

- Fourniture du matériel et des médicaments spécifiques pour la PCA,
- Mise à disposition de procédures et protocoles pour la surveillance du résident, la gestion des incidents liés à la pompe et au matériel, la surveillance de l'apparition d'effets indésirables et de surdosage, la traçabilité des bolus demandés et/ou administrés (fiche de traçabilité permettant également l'identification de la personne ayant réalisé l'administration),
- Formation des IDE de l'établissement d'HAD, y compris des IDE libéraux intervenant pour l'établissement d'HAD,
- Mise en place de l'astreinte IDE 24h/24,
- Information/formation du personnel (IDE et AS) de l'EHPAD,
- Information du résident et/ou de son entourage.

- IDE de l'HAD :
  - Remplissage du réservoir,
  - Programmation de la pompe au vu de la prescription médicale,
  - Connexion de la pompe au résident,
  - Vérification et maintenance de la pompe (vérification de l'état des piles…),
  - Surveillance :
    - Relevé des paramètres de la pompe (nombre de bolus demandés et administrés par 24h…),
    - Evaluation de la douleur,
    - Surveillance apparition d'effets secondaires,
    - Surveillance des alarmes de la pompe PCA en cas d'incidents,

EHPAD

- Mise en place de l'HAD si nécessaire, avec signature d'une convention et du protocole spécifique PCA,
- Prise de connaissance et information du personnel (IDE et AS) sur les procédures, protocoles mis en place par l'HAD et/ou l'EHPAD,
- Évaluation de l'aptitude des AS à aider à la prise de bolus,
- Surveillance du résident :
  - Évaluation de la douleur,
  - Surveillance de l'apparition d'effets secondaires,
  - Surveillance des alarmes de la pompe PCA en cas d'incidents,
- Information du résident et/ou de son entourage,

- IDE de l'EHPAD :
  - Administration de bolus dans le cas où le résident ne peut pas le faire seul.
  - Traçabilité des bolus demandés et des bolus administrés sur une fiche spécifique fournie par l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD + traçabilité des appels à l'IDE d'astreinte de l'établissement d'HAD (si intervention d'un établissement d'HAD).
  - En l'absence de recours à un établissement d'HAD* :
    - Remplissage du réservoir,
    - Programmation de la pompe au vu de la prescription médicale,
    - Connexion de la pompe au résident,
    - Vérification et maintenance de la pompe (vérification de l'état des piles…),
    - Surveillance :
      - Relevé des paramètres de la pompe (nombre de bolus demandés et administrés par 24h…),
      - Evaluation de la douleur,
      - Surveillance apparition d'effets secondaires,
      - Surveillance des alarmes de la pompe PCA en cas d'incidents.

- AS de l'EHPAD :
  - Administration de bolus pour le résident non autonome, en l'absence de l'IDE (notamment la nuit), sous responsabilité de l'IDE et selon le protocole en vigueur.
  - Appel de l'IDE d'astreinte dans les situations définies dans le protocole.
  - Surveillance du résident.
  - Traçabilité des bolus demandés et des bolus administrés sur une fiche spécifique fournie par l'établissement d 'HAD ou de l'EHPAD et avec traçabilité des appels de l'AS à l'IDE d'astreinte :
    - Evaluation de la douleur,
    - Surveillance apparition d'effets secondaires,
    - Surveillance des alarmes de la pompe PCA en cas d'incidents.

**Conditions requises pour la mise en place d'une PCA sans recours à un établissement d'HAD : cf. encadré paragraphe « Principaux enjeux »*

Équipe Mobile de Soins Palliatifs / Équipe Mobile douleur (structure douleur chronique)

- Formation médicale PCA des professionnels de santé des établissements d'HAD et d'EHPAD.

Prestataire de service

- Fourniture du materiel,
- Maintenance 24h/24 du materiel,
- Formation technique à l'utilisation du materiel.

Outils

Fiche 8 : « Administration des médicaments en EHPAD »

Fiche 14 : « Les opiacés forts »

Fiche 20 : « Prise en charge de la douleur »

Pour approfondir

Guide de bon usage des pompes PCA dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse, OMEDIT Normandie- Unité de Médecine Palliative et Service Pharmacie CHU de Rouen.

Module de formation e-learning : http://www.omedit-centre.fr/PCA_web_web/co/module_PCA.html

Instruction du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.

Recommandations de bonne pratique : Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Afssaps – Juin 2010.

Fiche 22 : Prise en charge de la constipation

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

La constipation est définit par la présence de :

- o moins 3 selles par semaine,
- o et/ou élimination de selles dures et fractionnées,
- o et/ou sensation d'élimination incomplète.

La constipation est dite « chronique » lorsque les symptômes évoluent depuis au moins 6 mois.

Il existe deux types de constipation : la constipation de transit (ralentissement de la progression colique) et la constipation distale (défaut d'exonération)

Les complications de la constipation sont nombreuses : douleur, confusion, maladies hémorroïdaires, fissure anale, prolapsus rectal, incontinence anale, occlusion intestinale, ulcération rectale, etc …

La constipation est un symptôme très fréquent en gériatrie qui peut retentir sur la qualité de vie de la personne âgée.

Savoir identifier les signes cliniques, les facteurs favorisants et connaitre les stratégies de prise en charge de la constipation est essentiel afin de prévenir les complications de la constipation chronique.

Points clés

Facteurs favorisants :

Lors de la prise en charge d'un patient, il est essentiel de rechercher les facteurs favorisants la constipation :

- o immobilisation prolongée, alimentation pauvre en fibres, défaut d'hydratation,
- o obstruction mécanique : cancers colorectal, compression extrinsèque, sténose colique ou anale,
- o anomalie métaboliques : hypothyroïdie, diabète, hyperparathyroïdie, hypercalcémie, hypokaliémie, insuffisance rénale chronique,
- o maladie du système nerveux central : maladie de parkinson, tumeur médullaire, neuropathie périphérique, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaque,
- o médicaments : antidépresseurs, antipsychotiques, antiépileptiques, antispasmodiques, opioïdes, diurétiques, sels de fer, sels de calcium, gels d'alumine, inhibiteur des canaux calciques, antiparkinsoniens.

Stratégies thérapeutiques :

Elle a pour objectif de soulager les symptômes et de prévenir les complications de la constipation chronique.

Le traitement de première intention de la constipation doit se faire via des règles hygiéno-diététiques. Un traitement par laxatifs est initié s'il y a échec de ces mesures.

Mesures hygiéniques :

- environnement approprié : toilettes faciles d'accès, closes, personnelles,
- accompagnement aux toilettes si dépendance,
- respect des horaires réguliers,
- exercice physique si possible.

Mesures diététiques :

- apport suffisant de boissons,
- apports suffisant de fibres (fruits, jus de fruits, pruneaux, compotes, supplémentation en fibres).

Traitement médicamenteux : *(ne pas associer deux laxatifs de la même classe)*

Type de constipation	**Traitement de première intention**	**Traitement de deuxième et troisième intention après échec des autres laxatifs**
Constipation de transit	**Laxatifs osmotiques** (Duphalac®, Importal®, Forlax®, Movicol® Transipeg®)	**2e : Laxatifs de lest** (Normacol®, Spagulax®, Transilane®) **3e : Laxatifs lubrifiants** (Lubentyl®, Lansoyl®) mais attention risque de fausses routes et de carence en vitamines liposolubles
Constipation distale	**Laxatifs par voie rectale** (Microlax®, Normacol®)	**Laxatifs stimulants** (Contalax®, Dulcolax®) mais attention risque de déséquilibre électrolytique et d'accoutumance

Fréquence des selles	Conduite à tenir
1-2 jour sans selles	Mesures hygiéno-diététiques
2-3 jours sans selles	Débuter un traitement par laxatif en fonction du type de constipation
Fécalome	Évacuation impérative par lavements +/- extraction manuelle Prévention systématique de la récidive par laxatifs par voie rectale (tous les 7 à 10 jours) avec surveillance

Cas particulier de la constipation sous traitement par dérivés morphiniques :

Toute prescription d'un traitement par dérivé morphinique doit s'accompagner d'un traitement par laxatif osmotique ou stimulant adapté au transit.

Les mesures hygiéno-diététiques doivent être renforcées.

Fiche 23 : Prise en charge de la déshydratation

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

La déshydratation est la perturbation métabolique la plus fréquente chez la personne âgée.

Le vieillissement physiologique explique la plus grande sensibilité des PA à la déshydratation (le rein du sujet âgé retient moins bien l'eau et le sel que celui de l'adulte et est donc moins apte à lutter rapidement contre la déshydratation).

La personne âgée perd au fur et à mesure la sensation de soif et l'habitude de boire.

Savoir identifier les causes potentielles, les signes cliniques et connaître les principes généraux de prévention de la déshydratation chez la personne âgée est nécessaire pour une bonne prise en charge.

Points clés

Causes potentielles de déshydratation :

La déshydratation peut être causée par une :

- perte d'eau et de sel observée lors d'une anorexie prolongée, d'un traitement par diurétique, de troubles digestifs importants (nausées, vomissements), d'ulcères suintants, de brûlures et de décompensation diabétique,
- perte d'eau pure observée lors de période de chaleur excessive, de fièvre, de transpiration importante, d'hyperventilation ou de diabète insipide médicamenteux.

L'incapacité de la personne âgée à s'hydrater elle-même (personne dépendante, troubles de la conscience, démence, etc..) et les troubles de la déglutition sont des facteurs favorisant la survenue de la déshydratation.

Signes cliniques et diagnostic de déshydratation :

La cause déclenchante doit être recherchée (infection, troubles digestifs, chaleur excessive, traitement par diurétique, etc…).

Certains examens sanguins doivent être demandés : ionogramme, urémie, calcémie, créatininémie, protidémie, glycémie.

Signes cliniques pouvant évoquer une déshydratation	peau sèche (pli cutané), sécheresse de la muqueuse buccale, soif, oligurie, asthénie inhabituelle, confusion, somnolence, inappétence, perte de poids, fébricule, baisse de la tension artérielle, tachycardie, hypotension orthostatique, chute, malaise, etc…
Signes de gravité	hyperthermie > 38°C inexpliquée, natrémie≥150 mmol/L, glycémie≥30mmol/L, Troubles de la conscience ou du comportement, Difficultés respiratoires, Collapsus - instabilité hémodynamique

Situations nécessitant une hospitalisation :

- Présence de signes de gravité,
- Cause déclenchante non diagnostiquée ou cause déclenchante nécessitant une hospitalisation,
- Moyens humains disponibles dans l'EHPAD insuffisants pour assurer un traitement et une surveillance optimale.

Prise en charge :

La rapidité de correction de la déshydratation doit être adaptée à la fonction cardiaque et rénale du patient.

Le choix de la solution de réhydratation est fonction de l'importance relative des déficits en eau et en sel et en fonction du type de déshydratation (globale, extracellulaire, intracellulaire).

En cas de déshydratation modérée et en l'absence de signe de gravité :

- préférer la voie orale pour la supplémentation,

- inciter le patient à boire à chaque passage, lui expliquer pourquoi il faut boire,
- respecter les goûts du patient : eau, tisane, jus de fruits, liquides épaissis afin de favoriser l'adhésion au traitement,
- la perfusion sous-cutanée est une alternative à la voie orale (si apports oraux insuffisants), mais reste limitée en apport.

Perfusion par voie sous-cutanée :

- site : abdomen, cuisses, flancs, sous scapulaire
- type de soluté : NaCl 0,9 % (isotonique) ou G5 % (g 2,5 % si patient diabétique) +/- 2 à 4 g de NaCl (KCl contre-indiqué par voie sous-cutanée)
- volume : 1l en 8h sur 1 site, jusqu'à 1,5l par site par 24h
- en cas de mauvaise diffusion, changer de site

En cas de signe de gravité ou si le patient boit de manière insuffisante, la perfusion intraveineuse s'impose.

Il est important de surveiller l'évolution de la déshydratation avec mise en place d'une feuille de surveillance avec une évaluation du poids.

Mesures de prévention :

Isoler les locaux en cas de forte chaleur extérieure et ne pas surchauffer l'hiver.

Rafraîchir les pièces : ouvrir la fenêtre la nuit, la fermer le jour, tirer les rideaux pour faire de l'ombre.

Supprimer les traitements diurétiques non indispensables et arrêter les diurétiques en cas de troubles digestifs, voire en cas de fièvre.

Donner une alimentation suffisamment salée (4 à 6 g par jour) en l'absence de régime sans sel prescrit.

Veiller aux apports/pertes hydriques des patients ayant une alimentation entérale.

Donner à boire plusieurs fois par jour aux personnes âgées dépendantes.

Augmenter les apports dans les circonstances favorisant la déshydratation.

Surveiller la température et le poids.

Dans les situations à haut risque de déshydratation, en complément de la réhydratation par voie orale, il est possible de perfuser préventivement le patient par voie sous-cutanée.

Canicule et PLAN BLEU :

L'instauration d'un plan bleu est préconisée dans tous les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées : EHPAD, logement foyer, unité de soins longue durée, qu'ils soient publics, privés ou associatifs.

Le plan bleu est un dispositif national qui fixe le mode général d'organisation de chaque établissement en cas de crise et de déclenchement du dispositif d'alerte canicule par le préfet du département : il organise l'accueil et la prévention des risques dus aux fortes chaleurs.

Pour approfondir

Recommandations en cas de canicule : solidarites-sante.gouv.fr

Fiche 24 : Prise en charge des troubles de la déglutition

☐ **Direction** ☑ **Médecin** ☑ **Pharmacien** ☐ **Préparateur en pharmacie** ☑ **IDE** ☑ **Aide-soignant**

Principaux enjeux

Les troubles de la déglutition se rencontrent fréquemment chez les personnes âgées. La prévalence des troubles de la déglutition augmente avec l'âge et atteint 30 à 60 % chez les personnes âgées institutionnalisées.

Les troubles de la déglutition peuvent entrainer des complications infectieuses (infections broncho-pulmonaires, pneumopathies d'inhalation) et nutritionnelles (dénutrition, déshydratation) souvent responsables d'une altération de la qualité de vie et d'une augmentation de la morbi-mortalité.

La prise en charge des troubles de la déglutition nécessite une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmier, aide-soignant, pharmacien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététiciens, orthophoniste, etc …) pour pouvoir les détecter et proposer des mesures thérapeutiques adaptées.

Points clés

Symptômes et étiologies :

Les symptômes des troubles de la déglutition apparaissent généralement dans un contexte pathologique. Les symptômes les plus rencontrés sont :

- perte de poids, altération de l'état général,
- modification du régime alimentaire, allongement de la durée des repas,
- toux chroniques, encombrement bronchique, pneumopathie,
- difficulté à avaler sa salive, difficulté à déglutir, régurgitation des aliments ou de salive par la bouche ou le nez.

Les étiologies des troubles de la déglutition sont très variées mais on retrouve principalement en cause :

- pathologies infectieuses (mycoses, œsophagites, mucites, etc …)
- anomalies structurelles (tumeurs des voies aéro-digestives, edentation, etc …)
- pathologies neurologiques (avc, maladie dégénérative, démence, etc …)
- pathologies métaboliques (diabète, hyperthyroïdie, etc …)
- pathologies musculaires
- médicaments (psychotropes)

Dépister les troubles de la déglutition :

La recherche systématique de difficultés de déglutition, même en l'absence de plainte, est recommandée.

Le dépistage médical est orienté par l'interrogatoire des patients et repose sur une évaluation de l'état respiratoire, la recherche de problèmes neurologiques et buccodentaires ainsi que la recherche d'une iatrogénie.

Le V-VST (« Volume-Viscosity Swallow Test ») est à l'heure actuelle, le seul outil de dépistage spécifique validé.

Prendre en charge les troubles de la déglutition :

Adapter les conditions de repas :

- installation adaptée à la prise alimentaire (patient assis, hanches fléchies, tête dans l'axe du cou légèrement penchée vers le torse, pieds au sol)
- respect d'un rythme d'alimentation lent (environ 30 minutes pour le petit-déjeuner, 60 minutes pour le déjeuner et 45 minutes pour le dîner)
- fractionnement des prises alimentaires et hydriques
- maintien d'une hygiène bucco-dentaire optimale

Adapter alimentation :

- assurer les apports énergétiques protéiques et hydriques optimaux malgré la restriction
- en cas de troubles de la déglutition, certains aliments sont à privilégier :
  - aliments correspondant au goût du patient
  - aliments « humides » (plats en sauce, crème, etc…)
  - aliments faciles à mastiquer (purée, viande hachée, flan, compote, etc…)
  - aliments stimulants la sensibilité buccale (aliments salés, épicés, poivrés, acides, etc…)

- lorsque la mastication devient difficile, la texture des aliments doit être modifiée : texture mixée-lisse, texture hachée moulue, boisson épaisse
- adapter les températures des plats et des boissons : privilégier des températures froides ou chaudes plutôt que tiède

Adapter la galénique des médicaments aux troubles de la déglutition :

Tout comprimé n'est pas écrasable : l'écrasement peut altérer l'efficacité des médicaments (risque de sur/sous dosage, modification de l'absorption) et exposer à des risques de toxicité.

En cas de trouble de la déglutition :

- limiter la prescription aux médicaments indispensables
- chercher des alternatives galéniques (solution buvable, comprimé oro-dispersible, forme sublinguale) ou des alternatives thérapeutiques
- identifier le motif de l'écrasement et le renseigner sur la prescription. ne pas oublier de prescrire l'acte d'écrasement des médicaments.

En cas de nécessité d'écrasement des médicaments, toujours vérifier que cela est possible. En cas de doute, contacter la pharmacie.

Bonnes pratiques d'administration :

Respecter les règles d'hygiène des mains : lavage des mains ou friction avec un produit hydro alcoolique avant et après manipulation, nettoyage du matériel utilisé pour écraser entre chaque utilisation ou utilisation d'un contenu à usage unique.

Préférer un broyeur avec des sachets à usage unique.

Ne jamais broyer les médicaments cytotoxiques.

Mettre des gants et un masque dans la mesure du possible (risque d'inhalation du produit).

L'administration après ouverture des gélules ou broyage des comprimés doit toujours se faire immédiatement pour éviter toute altération du principe actif (les principes peuvent être instables à l'air, à l'humidité ou à la lumière). Sinon refaire la préparation.

Écraser les comprimés le plus finement possible.

Éviter de mélanger les médicaments entre eux à cause du risque d'interaction. Administrer les médicaments un à un.

Éviter d'utiliser un récipient intermédiaire entre l'écrasement et le transfert dans la substance-véhicule. Sinon, en utiliser un sans relief, avec le nom du patient et du médicament.

Utiliser un véhicule pour l'administration des médicaments le plus neutre possible. Ne pas utiliser de véhicule huileux pour l'administration des médicaments broyés, qui de plus sont contre-indiqués en cas de trouble de la déglutition.

Pour l'administration par sonde : penser à rincer la sonde avant le début de l'administration et après le passage de chaque médicament. Vérifier que la granulométrie du comprimé écrasé est compatible avec le type de sonde (nasogastrique/GPE/jéjunale). Éliminer la seringue après chaque administration

Respecter les horaires d'administration par rapport aux repas.

Outils

Fiche 8 : « Administration des médicaments en EHPAD »

Liste préférentielle des médicaments en EHPAD de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Liste nationale sur les médicaments per os concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules de la Société Française de Pharmacie Clinique

Guide de sécurisation de l'administration des médicaments de l'HAS, mai 2013

Caussin et al. Crushing drug in geriatric units: An « handicraft » practice with frequent errors which imposed recommendations. Rev Med Interne. 2012; 33(10):546-51.

Fiche 25 : Prise en charge de la dénutrition

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

La dénutrition augmente avec l'âge selon une étude régionale une personne âgée de plus de 75 ans vivant en EHPAD sur 10 présente une dénutrition sévère (la prévalence en France oscille entre 15 et 38 % pour les sujets vivant en institution).

La dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance et favorise la survenue de comorbidités (infection, escarres, chutes en particulier).

La dénutrition augmente le risque d'iatrogénie médicamenteuse :

- un résident dénutri donc fragilisé est plus facilement exposé aux effets indésirables médicamenteux
- l'albumine fixe de nombreux médicaments qui une fois fixés sont inactifs. En cas d'hypoalbuminémie, la liaison des médicaments à l'albumine est moins importante. La forme active de ces médicaments est donc plus importante, pouvant entraîner un surdosage (ex. AVK).

Points clés

Critères HAS de la dénutrition :

Dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois ET/OU IMC (poids /taille2) < 21 ET/OU Albuminémie < 35 g/l : (interpréter en tenant compte de l'état inflammatoire du patient) Score MNA < 17/30 (Mini Nutritional Assessment)	Perte de poids : ≥ 10 % en 1 mois, ou ≥ 15 % en 6 mois ET/OU IMC (poids /taille2) < 18 ET/OU Albuminémie < 30 g/l : (interpréter en tenant compte de l'état inflammatoire du patient)

L'albuminémie doit être interprétée en fonction de l'état hydro électrolytique et inflammatoire du patient.

L'état d'hydratation influe sur ce paramètre biologique : la déshydratation donnera une fausse hyperalbuminémie.

L'IMC est parfois difficile à suivre en EHPAD, avec une mesure de la taille qui peut être difficile : préférer dans ce cas le suivi du poids et de l'albuminémie.

Plus la prise en charge de la dénutrition est précoce, plus elle est efficace.

Il faut distinguer :

- la dénutrition endogène ou le syndrome d'hypercatabolisme : secondaire aux pathologies infectieuses, de destruction tissulaire (hypermétabolisme phagocytaire), de la cicatrisation et de la réparation tissulaire en cas d'escarres ou des fractures, dans ce cas de figure la CRP sera élevée.
- la dénutrition exogène : liée à une diminution des apports alimentaires, la CRP est alors normale.
- la dénutrition mixte : endo et exogène.

Prévoir au sein de l'EHPAD :

La formation de l'ensemble du personnel sur la dénutrition est fondamentale, pour créer une véritable politique d'établissement, afin de faciliter :

- la coordination des interventions des acteurs (choix de matériel adapté, comme les antidérapants au bord de l'assiette, rotation des menus adaptés aux envies du résident, en articulation avec le projet de vie des résidents, menus validé en commission avec les usagers, vigilance sur la qualité des textures etc.),
- la circulation de l'information entre ces acteurs.

Qualité du repas dans l'EHPAD :

- favoriser un environnement agréable pour les repas,
- aider la personne à mieux manger : respect des habitudes régionales alimentaires, surveillance de sa consommation, stimulation, laisser du temps, faire boire…,
- repérer les difficultés à manger : difficultés motrices, cognitives, problèmes buccodentaires, difficultés de déglutition, …
- éviter les multi sources d'animation pendant le repas : pour focaliser le résident sur son plat,
- adapter la texture des aliments en fonction de l'état médical du résident, prévoir des menus de substitution si un des résidents n'aime pas », ou change d'avis,
- assurer une posture confortable et ergonomique : bénéfique pour limiter les risques de fausse route.

Maintenir un rythme alimentaire quotidien de 3 repas + un goûter. Il est recommandé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée

Il est recommandé de retarder l'heure du repas du soir, prévoir la possibilité de collation dans la nuit en cas de réveil précoce, sensation de faim, troubles du comportement…

Autres facteurs influençant la prise alimentaire :

- présence d'une pathologie anorexigène (infection, cancer, insuffisance cardiaque, dépression, troubles cognitifs/démence…),
- l'activité physique, l'hydratation,
- les traitements (polymédication, traitements entraînant une sécheresse de la bouche, une anorexie, des troubles digestifs, …),
- les régimes restrictifs (sans sel, diabétique, …).

Surveiller les apports alimentaires de chaque résident.

Repérer et signaler tout changement de comportement alimentaire d'un résident.

Quels outils :

Relever le poids, une fois par mois (et plus fréquemment si besoin).

Analyser la courbe de poids (discussion au cours d'un staff…) et travail en lien avec les filières gériatriques (consultation de gériatrie/diététicien(ne) si besoin).

Prise en charge de la dénutrition :

Assurer des apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j et des apports protéiques de 1,2 à 1,5 g/kg/j au minimum en cas d'absence de dénutrition. En cas de dénutrition modérée par hypercatabolisme ou si le résident ne termine pas ses repas, augmenter l'apport protéique de 1,5g/Kg/j à 1,8g/Kg/j :
>>> enrichir l'alimentation : en ajoutant des produits riches en protéines et/ou en énergie adaptés au goût du patient (poudre de lait, gruyère râpé, œufs, crème fraîche…).

En cas d'échec d'une alimentation enrichie naturelle bien conduite et coordonnée, ou en cas de dénutrition sévère d'emblée, recourir à des Compléments nutritionnels oraux (CNO) en collation ou pendant les repas : soit des aliments fabriqués par les prestataires de restauration, soit des produits commerciaux.

Surveiller l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition :

- réévaluation du poids et du statut nutritionnel,
- estimation des apports alimentaires spontanés,
- cahier de prises alimentaires : la surveillance des apports doit être faite pendant 3 à 7 jours pour les « entrants » (nouveau résident) et après tout événement aigu (ex. hospitalisation),
- adaptation de la démarche thérapeutique à l'état clinique de la personne âgée et à l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacentes(s) : faire un bilan régulier.

Quand la nutrition entérale est-elle indiquée ?

- elle est réservée aux formes sévères de dénutrition ou de troubles sévères de la déglutition et en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale,
- elle nécessite l'accord du malade et une hospitalisation,
- elle nécessite une réflexion collégiale pluridisciplinaire et avec les proches lorsque la personne ne peut donner son consentement,
- la nutrition entérale n'apporte aucun bénéfice au stade de démence sévère en fin de vie.

Pour approfondir

Dénutrition à domicile et en EHPAD : le point sur le dépistage et le traitement. Revue de gériatrie Septembre 2009 ; Patrice BROCKER, Monique FERRY, Denis SORIANO.

Recommandations de 2007 de la Haute autorité de santé : stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.

Ministère de la Santé : Deuxième Programme National Nutrition Santé (PNNS) - 2006- 2010.

Institut National de Prévention et d'Éducation pour le Santé (INPES).

Guide Bonnes pratiques de soins en EHPAD / Ministère de la Santé et des Solidarités / Société française de Gériatrie et de Gérontologie (octobre 2007) : chapitre Alimentation pages 10 à 13.

Guide Nutrition à partir de 55 ans.

Guide Nutrition pour les aidants des personnes âgées fragilisées 2006 Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé.

Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et des Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) Recommandation / Février 2009 : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médicosocial (alimentation et repas p. 20 et 21).

Fiche 26 : Insulinothérapie en EHPAD

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☐ Aide-soignant

N.B : ce document est une proposition de protocole d'insulinothérapie en gériatrie relevant d'un consensus d'experts. Ce document est à adapter et à faire valider en fonction de la structure et/ou de l'unité de soins.

Principaux enjeux

20 % des personnes âgées vivant en institution sont diabétiques.

Le diabète expose les patients à des complications de cardiovasculaires, ophtalmologiques, neurologiques et rénales.

L'insulinothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique du traitement du diabète.

Pour chaque patient, les objectifs de glycémie doivent être fixés en fonction du contexte clinique et paraclinique (âge, comorbidité, espérance de vie, situation socio-familiale, adhésion prévisible au traitement) et doivent être partagés entre médecins et soignants.

Points clés

Administration d'insuline par voie SC :

L'insuline peut être injectée (par ordre de préférence) : dans l'abdomen, les bras, les fesses ou les cuisses.

L'injection doit se faire sur une peau propre.

Afin d'éviter une perte d'insuline, retirer lentement l'aiguille après injection.

Avant la première utilisation, les cartouches/flacons/stylos d''insuline doivent être conservés au réfrigérateur. Une fois la première injection réalisée, la conservation peut se faire à température ambiante (<25°C) pendant 1 mois.

Adaptation des doses d'insuline en dehors des situations aigües :

L'adaptation des doses d'insuline en dehors des situations aigues est réalisée en fonction de la surveillance des glycémies. En règle générale, une adaptation de la posologie par paliers de 2U est recommandée sauf cas particuliers.

Schéma de surveillance :

- si 1 injection par jour : glycémies à contrôler avant chacun des 3 repas
- si 2 injections ou plus par jour: glycémies à contrôler avant chacun des 3 repas et au coucher.

Les glycémies capillaires « à heure variable » sont utiles pour le suivi.

Adaptation des doses d'insuline en situations aigües :

En cas de situation à risque de déséquilibre du diabète (infections, etc..) une surveillance accrue de la glycémie et le recours éventuel à l'insuline sont recommandés.

Rechercher et corriger la cause du déséquilibre glycémique (infections, erreur de doses, etc...).

En cas de recours à l'insuline, penser à interrompre les autres médicaments antidiabétiques.

En situation de déséquilibre aigu du diabète (et en cas d'impossibilité d'utiliser une seringue autopulsée), une insulinothérapie par voie sous-cutanée d'action rapide à administrer en début de repas est recommandée. L'adaptation des doses d'insuline doit se faire lors de chaque contrôle glycémique.

Contrôle glycémique avant et 2 heures après chaque repas + 2 contrôles la nuit (de préférence à 00h00 et 4h).

Une surveillance renforcée est recommandée après une hypoglycémie ou si risque de survenue d'une hypoglycémie.

Si glycémie ≥ 3 g/L, la recherche d'une cétonurie ou d'une cétonémie doit être envisagée (bandelettes urinaires ou sanguines).

Tableau d'adaptation des doses d'insuline à partir d'une glycémie à 2g/L	
Glycémie capillaire (g/L)	**Dose d'insuline rapide en SC en unité (U)**
>2	2
>2.5	4
>3	6
>3.5	8
>4	10

(Ce tableau n'a qu'une valeur indicative et la prescription doit être adaptée en fonction de la situation clinique du patient et des possibilités de prise en charge)

En cas d'hypoglycémie :

Signes cliniques : sueurs, tremblement, palpitations, pâleur, confusion…

Toujours rechercher la cause de l'hypoglycémie (apports en glucides insuffisants, exercice physique, surdosage thérapeutique, infections, interférence médicamenteuse, … ?)

Si glycémie > 0,6 g/L sans signes cliniques :

- pas de resucrage, sauf si au coucher ou à distance du prochain repas : dans ce cas collation avec fruit ou gâteau sec type petit beurre.
- contrôle la glycémie 30 à 60 minutes plus tard.

Si glycémie ≤ 0,6 g/L et/ou signes cliniques :

- resucrer le malade si l'on est à distance d'un repas : ½ ou 1 verre de jus d'orange + 2 biscottes beurrées ou 3 gâteaux secs
- si le repas est proche, avancer la prise du repas en renforçant l'apport glucidique du repas par ½ verre de jus d'orange ou un yaourt sucré avant le repas.
- recontrôler la glycémie 15 à 30 mn après le resucrage
- si le patient ne peut pas s'alimenter (trouble de la déglutition) administrer du glucosé 10 % en iv.

En cas de coma hypoglycémique :

- administrer 20ml de glucosé 30 % en iv et poser une perfusion de glucosé de 10 %. si la perfusion de glucosé est impossible, faire une injection sc ou im de 1mg de glucagon.
- dès le réveil, faire manger le malade et rechercher la cause du coma

Situations particulières :

En cas de glycémie basse au moment du repas, l'insuline doit quand même être injectée :

- soit avant le repas mais en diminuant éventuellement la dose de 4 - 6 U environ,
- soit juste après le repas, si l'on veut vérifier la prise alimentaire

En cas d'alimentation insuffisante par rapport à la dose d'insuline administrée :

- proposer au patient un repas de remplacement (café au lait, biscottes, fruit, compote)
- contrôler la glycémie de façon rapprochée
- si nécessaire, poser une perfusion de Glucosé 5 %

Si patient doit être à jeun le matin pour un examen :

- contrôler la glycémie le matin à jeun et juste avant le départ
- **si le patient reçoit 2 injections/jour d'insuline semi-lente ou mixte**
  - ne pas faire l'insuline semi-lente ou mixte à 8h,
  - si le malade prend son petit déjeuner vers 10h, injecter alors l'insuline semi-lente ou mixte en diminuant la dose de 6 à 10 U environ,
  - si l'examen se termine vers 12h, injecter au moment du déjeuner 5 à 10 U de d'insuline rapide en fonction de la glycémie du moment,
  - le soir, reprendre l'insuline habituelle.
- **si le patient reçoit 1 injection/jour d'insuline lente**
  - ne pas faire l'injection du matin,
  - si le malade prend son petit déjeuner vers 10h, injecter alors l'insuline lente en diminuant la dose de 6 U environ,
  - si l'examen se termine vers 12h, injecter au moment du déjeuner 6 à 10 U de d'insuline rapide en fonction de la glycémie du moment, et injecter le soir une insuline semi-lente.

En cas de nutrition entérale concomitante, l'insuline doit accompagner le passage des poches :

- préférer une insuline rapide si le passage se fait entre 4 et 6h
- préférer une insuline semi-lente si le passage se fait en plus de 6h

Pour approfondir

Etude ENTRED.

Recommandations de bonnes pratiques « Stratégies médicamenteuses du contrôle glycémique du diabète de type 2 ». HAS. Janvier 2013.

Fiche 27 : Adaptation posologique des Antivitamines K

☐ **Direction** ☑ **Médecin** ☑ **Pharmacien** ☐ **Préparateur en pharmacie** ☑ **IDE** ☐ **Aide-soignant**

Les spécialités concernées

Coudamine®, Préviscan®, Sintrom®, Minisintrom®

Principaux enjeux

La posologie d'un AVK est strictement individuelle, en raison d'une importante variabilité interindividuelle : chez le sujet âgé le traitement doit être débuté par une dose plus faible que chez le sujet jeune (la dose moyenne d'équilibre est plus faible chez le sujet âgé que chez le sujet jeune, habituellement 1/4 à 1/2 de la dose).

L'INR (International Normalized Ratio), permet de déterminer la dose efficace pour le patient : c'est l'examen biologique de référence qui permet la surveillance de l'activité anticoagulante pour adapter la posologie.

L'INR cible doit être connu : L'INR « cible » est la valeur d'INR à atteindre pour obtenir un traitement équilibré : la zone thérapeutique se situe pour la plupart des indications entre 2 et 3 (pour certaines entre 3 et 4,5 telles que valvulopathies ou prothèses de valve cardiaque mécanique).

L'INR doit être réalisé au minimum 1 fois par an (plus fréquemment en début de traitement et à chaque fois que l'on peut craindre sa modification).

La réévaluation régulière du bénéfice/risque est indispensable tout au long du traitement par AVK.

Points clés

En début de traitement, des contrôles fréquents de l'INR doivent être réalisés jusqu'à ce que l'INR est atteint la valeur cible souhaitée. Si l'INR cible n'est pas atteint, la posologie d'AVK doit être ajustée.

L'ajustement de la posologie des AVK s'effectue par paliers, en contrôlant l'INR tous les 2 à 4 jours jusqu'à stabilisation de sa valeur sur deux contrôles successifs.

Le contrôle de l'INR doit être fait 3 jours après la modification de posologie et les contrôles suivants à nouveau réalisés tous les 2 à 4 jours jusqu'à obtention de l'INR cible.

Un INR ≥ 5 est associé à un risque hémorragique.

En cas de surdosage :

- un contrôle de l'INR doit être réalisé le lendemain. En cas de persistance d'un INR suprathérapeutique, les attitudes précédemment décrites sont reconduites.
- la cause de surdosage doit être identifiée et prise en compte dans l'adaptation éventuelle de la posologie.
- un contrôle de la NFS et des plaquettes doit être réalisé (possibilité de saignements occultes)
- le traitement par AVK est repris quand l'INR cible est de nouveau dans la zone thérapeutique mais en diminuant la posologie de 25 à 50 %.

Une hémorragie grave ou potentiellement grave nécessite une prise en charge hospitalière.

Les critères de gravité sont l'abondance du saignement, la localisation pouvant engager un pronostic vital ou fonctionnel, l'absence de contrôle par les moyens usuels ou la nécessité d'une transfusion ou d'un geste hémostatique urgent en milieu hospitalier.

Que faire en cas de surdosage :

INR mesuré	INR cible 2.5 Fenêtre entre 2 et 3	INR cible ≥ 3 Fenêtre entre 2,5 et 3,5 Fenêtre entre 3-4.5
INR < 4	Pas de saut de prise Pas de vitamine K	- - -
4 ≤ INR < 6	Saut d'une prise Pas de vitamine K	Pas de saut de prise Pas de vitamine K
6 ≤ INR < 10	Arrêt du traitement par AVK 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)	Saut d'une prise Un avis spécialisé est recommandé pour discuter d'un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	Arrêt du traitement par AVK 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte)	Un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

Recommandations générales :

L'alimentation influe sur l'activité des AVK (certains aliments sont riches en vitamine K : brocolis, laitue, épinards, choux) : le patient doit donc avoir une alimentation variée et équilibrée.

Aucun aliment n'est interdit, à condition de les répartir régulièrement dans l'alimentation et de les consommer sans excès.

Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK sont très nombreux. Si un autre traitement doit être débuté, modifié ou supprimé (exemples : amiodarone, antibiotique, antifongique, paracétamol forte dose pendant plusieurs jours) il est nécessaire d'effectuer un contrôle de l'INR 3 à 4 jours après chaque modification (risque hémorragique).

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à consulter les « Recommandations pour l'élaboration d'un protocole pluri-professionnel de soins de premier recours pour la gestion des médicaments antivitamines K chez l'adulte » disponible sur le site de l'OMéDIT Normandie.

Outils

Fiche 12 : « Anticoagulants »

Pour approfondir

Recommandation HAS de prise en charge des surdosages, des accidents et du risque hémorragique liés à l'utilisation des antivitamines K - Avril 2008.

Recommandations ANSM - Prévention des hémorragies provoquées par les traitements anticoagulants anti-vitamine K (AVK). Juillet 2012.

Les anticoagulants en France : état des lieux et surveillance - ANSM – Avril 2014.

Thromboclic® : outil URML Grand Est http://www.thromboclic.fr/ - outils indépendants, à usage des professionnels de santé, d'aide à la décision thérapeutique pour un bon usage des anticoagulants.

Recommandations régionales : « Recommandations pour l'élaboration d'un protocole pluri professionnel de soins de 1er recours pour la gestion des médicaments Antivitamines K (AVK) chez l'adulte Document d'aide pour l'élaboration d'un protocole individuel de gestion des AVK par les IDE ». Janvier 2018.

Fiche 28 : Prise en charge des escarres

☐ Direction ☑ Médecin ☑ Pharmacien ☐ Préparateur en pharmacie ☑ IDE ☑ Aide-soignant

Principaux enjeux

Une escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

Les zones les plus exposées sont, dans l'ordre de fréquence :

- le sacrum, les talons, les trochanters,
- puis les coudes, le pénis (sonde urinaire), les jambes, les malléoles, la cloison nasale (sonde nasogastrique), les oreilles (lunettes à oxygène).

L'escarre entraîne principalement des douleurs et des infections.

La prise en charge d'une escarre est personnalisée et fait intervenir une équipe pluridisciplinaire.

Savoir identifier les stades d'évolution des escarres, connaitre les traitements associés et savoir prévenir la formation d'une escarre est nécessaire afin d'assurer la bonne prise en charge du patient.

Points clés

Facteurs de risques prédictifs d'escarre :

La dénutrition et l'immobilisation sont les deux principaux facteurs prédictifs de risque de survenue des escarres.

D'autres facteurs de risques existent dont :

- des facteurs intrinsèques : malnutrition, déshydratation, état de la peau (fragilité et atrophie), baisse du débit circulatoire, neuropathie responsable d'une perte de sensibilité
- des facteurs extrinsèques : pressions, frictions, cisaillements ou macérations prolongés, incontinence et transpiration.

L'évaluation du risque prédictif d'escarres est essentielle dans la prise en charge du patient et doit se faire via l'utilisation d'échelles de cotation du risque de survenue d'une escarre (échelle de Braden, échelle de Waterlow, échelle de Norton).

Importance d'une transmission écrite des facteurs de risques, réévalué régulièrement et notamment à chaque changement de l'état de santé

Prévenir la formation d'une d'escarre :

Limiter la pression : choix d'un support adapté pour abaisser et répartir les pressions (arbre décisionnel définissant les types de matelas, coussins, etc... en fonction des risques)

Limiter la friction : limiter les frottements répétitifs de la peau contre une surface externe

Limiter le cisaillement (créé par le patient qui glisse sur le drap ou le fauteuil) : veiller à la bonne installation au lit et au fauteuil

Assurer des changements de position réguliers lors des installations au lit et au fauteuil en tenant compte du confort des patients

Optimiser la prise en charge nutritionnelle, et évaluer le risque de dénutrition – surveillance de l'état nutritionnel des résidents

Observer l'état cutané des zones à risques quotidiennement

Réaliser un effleurage (contact visuel des zones à risques) plusieurs fois par jours et proscrire les massages, l'utilisation de glaçons ou sèches cheveux

Maintenir l'hygiène de la peau

Prise en charge des escarres en fonction de leur classification :

Évaluer le stade de l'escarre.

Nettoyer la plaie au sérum physiologique ou à l'eau et savon (selon un protocole validé) avant la pose d'un nouveau pansement.

L'utilisation d'antiseptiques, de corticoïdes ou d'antibiotiques locaux est déconseillée car ils ralentissent le processus de cicatrisation.

Choisir un pansement adapté au type de plaie.

Lors de la réfection du pansement, bien humidifier le pansement afin de ne pas être traumatique pour les berges de la plaie et le bourgeonnement.

Appliquer les actions de prévention.

<table>
<tr><th>Stade</th><th>Clinique</th><th>Action</th><th>Pansement</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Nécrose</td><td>Nécrose SÈCHE</td><td><u>Présence de lésion artérielle</u>
Pas de décapage

<u>Pas de lésion artérielle</u>
Détersion auto-lytique</td><td><u>Présence de lésion artérielle</u>
Interface + compresses en attendant avis spécialisé

<u>Pas de lésion artérielle</u>
Hydrogel pour ramollir
Détersion mécanique dès l'apparition d'un sillon</td></tr>
<tr><td>Nécrose HUMIDE</td><td>Détersion mécanique puis appliquer le pansement</td><td>Adapté au stade 3-4</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Plaie ouverte profonde. Atteinte étendue, nécrose tissulaire et/ou lésion musculaire osseuse ou des tissus conjonctifs. On retrouve souvent des fistules associées.</td><td rowspan="2">DÉTERGER / PROTÉGER / ABSORBER

<u>Aspect humide, suintement modéré ou important</u>
Déterger mécaniquement (scalpel, curette, compresse sèche) sans faire saigner</td><td rowspan="2"><u>Aspect sec</u>
Hydrater : Hydrogel + film polyuréthane stérile

<u>Aspect humide, suintement modéré</u>
Hydrocolloïde ou Hydrocellulaire ou Thérapie par pression négative

<u>Suintement important</u>
Alginate ou Hydrofibre ou Thérapie par pression négative</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Perte de substance ou nécrose impliquant le tissu sous-cutané. Plaie profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Altération superficielle de la peau touchant l'épiderme et/ou le derme. La plaie se présente comme un arrachement cutané ou une phlyctène hémorragique ou séreuse.</td><td>PROTÉGER / ABSORBER

Lever les pressions
Protéger les berges de la plaie. Maintenir un milieu légèrement humide et chaud</td><td>Interface + compresses sèches ou Hydrocolloïde mince
ou Hydrocellulaire (si plaie suintante)</td></tr>
<tr><td>1</td><td>La peau intacte présente un érythème qui ne blanchit pas à la pression. La lésion peut aussi se manifester par une décoloration de la peau, de la chaleur ou une induration.</td><td>PROTÉGER

Lever les pressions
Préserver la peau propre et sèche</td><td>Film de polyuréthane ou Hydrocolloïde mince</td></tr>
<tr><td>Infection</td><td>Ecoulement important (pus, lymphe…), plaie chaude malodorante, retard de cicatrisation, plaie décolorée.</td><td>DETERGER / GERER EXSUDAT

Antiseptique déconseillé si chronique, antibiotiques non recommandés sauf si signes généraux évocateurs.</td><td>Pansement à l'argent</td></tr>
</table>

Outils

Grilles de Braden, Waterlow, Norton

Guide d'aide pour la prescription de pansements de l'OMéDIT Normandie

Pour approfondir

Fiches de bon usage des pansements. HAS. 2001.

Conférence de consensus ANAES. 2001.

Échelle de Braden *(www.escarre.fr)*

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complémentement limitée **2** très limitée **3** légèrement limitée **4** pas de gêne	**1** constamment humide **2** très humide **3** parfois humide **4** rarement humide	**1** confiné au lit **2** confiné en chaise **3** marche parfois **4** marche fréquemment
Mobilité	**Nutrition**	**Friction et frotemments**
1 totalement immobile **2** très limitée **3** légèrement limitée **4** pas de limitation	**1** très pauvre **2** probablement inadéquate **3** correcte **4** excellente	**1** problème permanent **2** problème potentiel **3** pas de problème

≥ 18 : risque bas **13 à 17 :** risque modéré **8 à 12 :** risque élevé **≤ 7:** risque élevé

Évaluation des facteurs de risque d'escarre avec l'Échelle de Norton

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		
BONNE	4	BON, ALERTE	4	AMBULATOIRE	4	TOTALE	4	AUCUNE	4	
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	MARCHE AVEC UNE AIDE	3	DIMINUÉE	3	OCCASIONNELLE	3	
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRÈS LIMITÉE	2	URINAIRE	2	
TRÈS MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT AIDÉ	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FÉCALE	1	SCORE TOTAL
RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	.....

ANALYSE DES RESULTATS

Score entre 5 et 12 : risque très élevé
Score entre 12 et 14 : risque élevé
Score entre 14 et 16 : risque moyen
Score entre 16 et 20 : risque faible

Masse corporelle*	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine / grêle 1 Sèche / Déshydratée 1 Oemateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 2 50 à 64 3 65 à 74 4 75 à 80 5 81 et +
Incontinence	**Mobilité**	**Appétit**
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile / Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
Malnutrition des tissus	**Déficience neurologique**	**Médicament**
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire
		Chirurgie / Traumatisme
		5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne 5 Intervention de + de 2 heures

> 10 : risque > 15 : haut risque > 20 : très haut risque

*Poids par rapport à la taille

REMERCIEMENTS

L'OMéDIT Normandie remercie l'ensemble des participants du Comité Technique « Personne âgée » pour leur aide dans l'élaboration et la relecture de ce guide.

ABDALLAH Tala • AMALOU Laëtitia • AROUX Marine • AUCLAIR Julie • AUDEBERT Aline • BARREL André • BAZIRE Christelle • BELGHAZI Lokmane • BENNIA Fatia • BON Pierre • BOUDIN Guillaume • BOUGLE Céline • BOUMAIZA Mounira • BOURDIN Nathalie • BRICARD Christelle • BRUHL Sandrine • BRUN Serge • BUIRE Anne-Claire • CARPENTIER Catherine • CASTEL Camille • CHENAILLER Catherine • COURTY Sophie • CREMAS Claire • CRINIERE Isabelle • DELBOS Laurence • DELORME Claire • DERAMBURE Violaine • DESFORGES Céline • DIATAZI NTONI Germain • DOMINIQUE Martin • DUBOIS Anne Sophie • DUMAIS Colette • DUMONT Michel • DUMONT Sylvie • DURET Sylvie • EL BOUHLADI Abdelmoula • FIAUX Elise • FLEURY Nathalie • FOUASSIER Dominique • GAILLARD Sophie • GAMBIRASIO Marco • GOUX Francis • GUTH Agnes • GRANDIN Audrey • HACQUEBEY Julie • HANSEN Jean-Cédric • HEBERT Karine • HONG TUAN HA Céleste • HUBERT Sophie • HUET Estelle • JEZEQUEL Jocelyn • KADRI Karine • KRUG Sophie • LARIGAUDERIE Laurence • LAVIEC Heidi • LAYNAT Hélène • LEFEBVRE-CAUSSIN Marie • LE FLOCH Maryvonne • LE FLOHIC Didier • LE MONNIER Sophie • LEGEAI Lydia • LEMAITRE Solange • LETHUILLIER Suzanne • MALANDAIN Aurélie • MARION Sonia • MAUNY Thomas • MONZAT Doreya • MORCAMP Paoula • MOURIER Wilhelmine • NARANTUYA Khatanbaatar • ODINET RAULIN Emmanuelle • PAIN Gérald • PAYEN Wilfrid • PERAHIA Sabine • PERDU Emmanuelle • PLE Jennifer • PICQUENOT Marie-Christine • PONCET Erna • PORTIER Emmanuelle • PRIGENT Annie • QUETOT Anne-Marie • QUILLARD Anne • RHALIMI Mounir • RIGAL Olivier • RIVALAIN Christine • SCHONE Doris • SONNET Sabrina • SWAENEPOEL Richard • TAURIN Stéphane • VANEPH France • VARIN Rémi • VICTOR Sylvaine • VIENNE Monique • VILLIERS Valérie

Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Edition 2017

omedit Normandie

ars Agence Régionale de Santé Normandie