



Qualité

de la prise en charge
médicamenteuse
en EHPAD

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

Médicaments à surveillance particulière

Recommandations de prise en charge et protocoles

Ce recueil est destiné à évoluer en fonction des recommandations et des informations que vous fournirez. Nous vous invitons donc à envoyer vos remarques et commentaires à l'adresse mail suivante : omedit@ars.sante.fr
Vos contributions seront utilisées pour la mise à jour du document.

L'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie se réserve le droit de corriger le contenu du présent document, ainsi que ses annexes, sans préavis et à tout moment. Elle s'assure, dans les limites du possible, de l'exactitude du contenu mis à disposition du public. Le visiteur a la responsabilité de vérifier l'information qui lui est fournie.

Sommaire

Fiche 1	Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé	5
Fiche 2	Le management de la prise en charge médicamenteuse	9
Fiche 3	Le circuit du médicament en EHPAD	13
Fiche 4	La prescription en EHPAD	15
Fiche 5	La fourniture, la dispensation, la détention des médicaments	17
Fiche 6	Le protocole de préparation des doses à administrer et le stockage	19
Fiche 7	L'administration des médicaments en EHPAD	23
Fiche 8	La dotation pour besoins urgents	25
Fiche 9	Exemple de chariot de médicaments d'urgence	27

Fiche 10	Digitaliques	31
Fiche 11	Anticoagulants	33
Fiche 12	Antiplaquettaires	37
Fiche 13	Opiacés forts	39
Fiche 14	Benzodiazépines et apparentés	43
Fiche 15	Antibiotiques	45

Fiche 16	Neuroleptiques, Maladie d'Alzheimer et démences apparentées	51
Fiche 17	La prévention des chutes	57
Fiche 18	La prise en charge de la douleur	59
Fiche 19	La prévention de la dénutrition	71
Fiche 20	L'adaptation posologique des Antivitamines K	75

En France, plus de 10 000 décès et 130 000 hospitalisations seraient liés à une **erreur médicamenteuse** ou à un effet indésirable médicamenteux. Les personnes âgées sont particulièrement concernées puisque, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les accidents iatrogènes sont deux fois plus fréquents après 65 ans. Ils ont également des conséquences plus graves ; chez les octogénaires, 20 % des accidents iatrogènes conduiraient à une hospitalisation.

Les principaux facteurs de risque incriminés sont les modifications physiologiques liées au vieillissement, la polypathologie et la polymédication.

La iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé peut se caractériser par des chutes, ou un syndrome confusionnel. Elle augmente le risque d'hospitalisation et accroît la durée d'hospitalisation pour la même affection.

40 à 60 % de ces événements iatrogènes sont évitables (Eneis, 2004). La prévention repose sur la qualité de l'évaluation clinique (avec notamment des bilans biologiques fréquents et réguliers), la réévaluation des prescriptions au regard des pathologies à traiter.

La iatrogénie médicamenteuse n'est donc pas une fatalité et peut être évitée.

Et c'est donc bien pour l'éviter, et parce que les personnes âgées accueillies en EHPAD y sont particulièrement exposées, et parce que la maîtrise du risque est l'affaire de tous, au quotidien, que ce guide opérationnel, évolutif, adapté à vos pratiques, a été pensé et réalisé.

Valérie DESQUESNE

Directrice de la Performance
à l'ARS Basse-Normandie



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



Les incontournables de la prescription chez le sujet âgé

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 IDE

 Aide soignant


Principaux enjeux

- La polymédication (ou prise multiple de 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

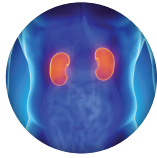
AVANT la prescription : que doit-on connaître du patient ?



- **L'état d'hydratation** : en cas de déshydratation (diarrhée ou épisode infectieux, vague de chaleur ou manque d'apport), majoration du risque de toxicité rénale, hépatique et de surdosage avec certains médicaments.
 - Exemples de classes médicamenteuses à prendre en compte en cas de déshydratation ou de fortes chaleurs : AINS, diurétiques, IEC, neuroleptiques



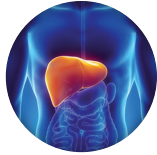
- **L'état nutritionnel** : la dénutrition entraîne une diminution des protéines plasmatiques circulantes (albumine notamment), ce qui augmente la fraction libre (et donc active) des médicaments qui se fixent habituellement à ces protéines, entraînant un risque de surdosage.
 - » Vérifier l'albuminémie et surveiller l'état nutritionnel (poids, IMC)
 - Exemples de classes médicamenteuses qui se fixent fortement aux protéines plasmatiques : AINS (risque d'insuffisance rénale), AVK (risque hémorragique), Sulfamides hypoglycémiantes (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 et adapter la posologie

- ✓ Exemples de médicaments à adapter à la fonction rénale : *AINS, aspirine, benzodiazépines, insuline, sulfamides hypoglycémiantes, 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)

- ✓ 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, antidiarrhéique (coma)*



- **La totalité des traitements en cours** : y compris les traitements en automédication et, en particulier après une hospitalisation (arrêts inopinés).

- **Le ionogramme** : La natrémie et la kaliémie peuvent être modifiées sous l'influence de médicaments, 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 Fluoxétine (antidépresseur) augmentant le risque d'hyponatrémie*

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

- ✓ Exemple : *Diabète et bêtabloquants (risque d'hypoglycémie), constipation et opioïdes (morphine, codéine, tramadol)*



- **Les capacités cognitives du résident** conditionnent :

- ✓ l'observance,
- ✓ les capacités à gérer seul son traitement,
- ✓ la compréhension des consignes de prise.

» Réévaluer régulièrement les capacités du résident ou de son entourage pour la gestion des traitements

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

- **Voie d'élimination prépondérante**

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).

Hépatique : certains médicaments peuvent augmenter (inducteurs) ou diminuer (inhibiteurs) l'activité enzymatique du foie et donc influencer 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** 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).

➤ Exemples : **antifongiques azolés, antiviraux, jus de pamplemousse, amiodarone, fluoxetine** inhibiteurs enzymatiques qui pourront diminuer l'élimination 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.

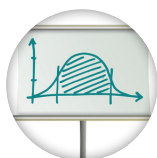
➤ Exemple : **Benzodiazépines** : privilégier les benzodiazépines à demi-vie courte pour éviter toute accumulation et somnolence, chute

➤ Exemple d'exception : **privilégier l'AVK ayant une $t_{1/2}$ plus longue (Coumadine)**, pour limiter le nombre de prises quotidiennes et obtenir un INR plus stable



- **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

- **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.

- **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.

➤ 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 (cf. fiche 6 « le protocole de préparation des doses à administrer »).

NB : La forme orale doit toujours être privilégiée.



- **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/poids²) ≤ 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 entraîne.
 - ✓ 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**.



Outils

- Fiche 2 « le management de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD »
- Fiche 4 « la prescription en EHPAD »
- Fiches 10 à 15 « médicaments à surveillance particulière »
- 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 la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé.

Le management de la prise en charge médicamenteuse : Rôles et responsabilités

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 IDE

 Aide soignant


Principaux enjeux

- Prévenir les événements indésirables graves évitables en sécurisant le circuit du médicament 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)¹.
- Il respecte les exigences en matière de prescription (Libellé, support, règles)².
- 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 coordonnateur³.
- Il respecte les principes généraux et spécifiques de la prescription : préconisations HAS et ANSM dans le cadre de la lutte contre la 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 : antibioprofylaxie).
- Il doit adapter 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 gastrorésistant, par exemple.



Toute retranscription ou recopiage de prescription constitue une source d'erreur.

¹ Art. L.1110-8 du CSP, L.311-3 du CASF, L.162-2 du CSS

² Art. L.5132-(3;4;5;21;29;30) du CSP

³ Art. 3 et 4 de l'arrêté du 30 décembre 2010

Le médecin coordonnateur⁴

- Il met en place la commission de coordination gériatrique 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**, 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.

Le pharmacien

- L'EHPAD peut conclure avec une ou plusieurs pharmacie(s) d'officine une convention relative à la fourniture de médicaments. La convention peut alors désigner un **pharmacien référent** pour l'établissement et précise les conditions destinées à garantir **la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique**, ainsi que le bon usage des médicaments⁵.
- Il assure la **dispensation des médicaments** (acte pharmaceutique) et se conforme aux règles de bonnes pratiques de dispensation et d'analyse pharmaceutique. Il réalise éventuellement la préparation des doses à administrer⁶.
- La **préparation des doses à administrer** par le pharmacien référent (ou un préparateur en pharmacie) relève d'un acte pharmaceutique et, n'est pas encore encadrée réglementairement. Des décrets ministériels sont cependant en cours de préparation⁷.
- 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**.

⁴ Art. L.5125-1-1 A 6° du CSP, R.5126-111 à 115 du CSP, L.5126-6-1 du CSP

⁵ Art. L.5125-1-1 A 6° du CSP, R.5126-111 à 115 du CSP, L.5126-6-1 du CSP

⁶ Art. R.5132-3 du CSP, L.4241-1 et L4241-10 du CSP

⁷ Art. R.5132-3 du CSP, L.4241-1 et L4241-10 du CSP

L'infirmier(e)⁸

- L'**administration** des médicaments impliquant un acte technique (injection, aérosols, etc..) est de la **compétence exclusive de l'infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE)**. L'aide à la prise peut être assurée en collaboration avec un(e) aide soignant(e) (AS).
- 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'**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 **signalé** au médecin traitant et **noté dans le dossier pour adaptation de la galénique**.
- 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 AS qu'il (elle) encadre**⁹.
- L'infirmier(e) est **habilité(e) à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis**, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.
- 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**. 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.

L'Aide-soignant(e)

- Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son propre rôle sont dispensés, **l'infirmier(e) peut, sous sa responsabilité**, les assurer avec la **collaboration d'aides-soignants** ou **d'aides médico-psychologiques**. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers¹⁰.

⁸ Art. R.4311-7 du CSP, R.4311-5 du CSP

⁹ Art. R.4312-14 du CSP

¹⁰ Art. R4311-3 et 4 du CSP, arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant

- 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. 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 courante¹¹.



Outils

- Le **management** de la prise en charge médicamenteuse doit être réalisé dans un contexte **pluridisciplinaire**.
- La **commission de coordination gériatrique**¹² a pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques auprès des professionnels de santé libéraux intervenant au sein de l'établissement. Ainsi, elle sera consultée « sur **la politique du médicament**, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement ».



Pour approfondir

- Code de l'Action Sociale et des Familles et Code de la Santé Publique
- Guide sur la sécurisation du circuit du médicament dans Les EHPAD (ARS Rhône-Alpes)

¹¹ Art. L.313-26 du CASF

¹² 3° de l'article D. 312-158 du CASF du CASF

Le circuit du médicament en EHPAD

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 IDE

 Aide soignant

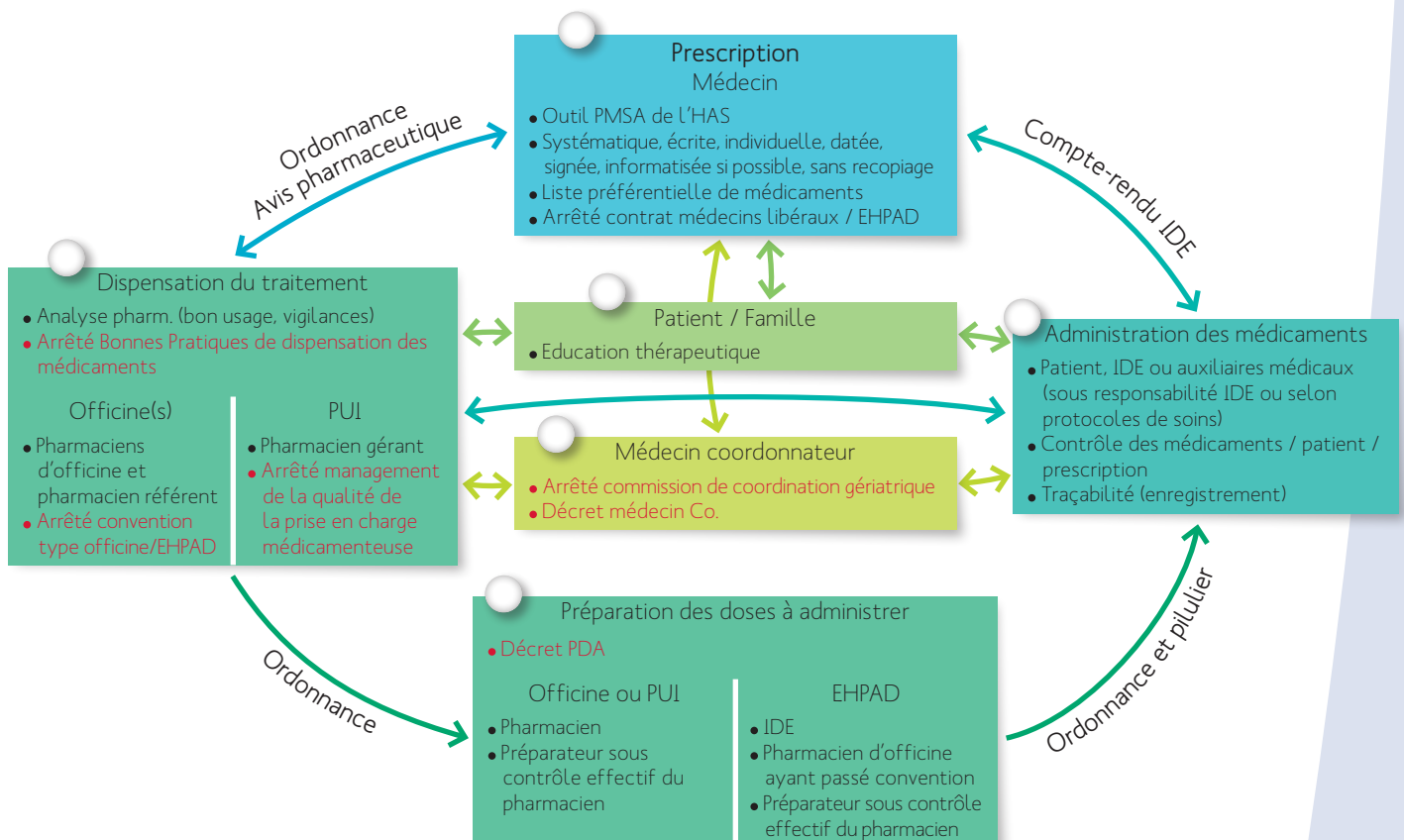

Principaux enjeux

- Améliorer la performance 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 le circuit des médicaments 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.
- Le **dossier de soins** (y compris médical) est **accessible 24h/24**, pour les professionnels assurant la prise en charge thérapeutique (prise de médicaments cardiovasculaires, psychotropes, antalgiques de palier 2 et 3, anticoagulants, AINS, antidiabétiques oraux).
- 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 4 « La prescription en EHPAD »
- Fiche 5 « La fourniture, la dispensation et la détention des médicaments »
- Fiche 7 « L'administration des médicaments en EHPAD »
- Fiche 8 « La dotation pour besoins urgents »
- Fiche 9 « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »
- Liste préférentielle de médicaments en EHPAD



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

La prescription en EHPAD

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 IDE


 Aide soignant


Principaux enjeux

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



Points clés

- Tout médicament administré **doit être prescrit**. En cas de prescription orale, celle-ci doit être régularisée **dans les 72 heures**.
- 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 multi-dose (sirops, gouttes buvables, collyres, antiseptiques).
- Les prescriptions ainsi que toute modification, arrêt, doivent être consignés dans le **dossier médical du résident**.
- 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.
-  **Recommandations HAS :**
 - ✓ **Moins prescrire les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indication :** réévaluations diagnostiques régulières ;
 - ✓ **Eviter 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 3 « le circuit du médicament en EHPAD »
- Fiche 5 « la fourniture, la dispensation et la détention des médicaments »
- Fiche 7 « l'administration des médicaments en EHPAD »
- Fiche 8 « la dotation pour besoins urgents »
- Fiche 9 « exemple de chariot de médicaments d'urgence »
- Liste préférentielle de médicaments en EHPAD



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
- Outil PMSA de la HAS

La fourniture, la dispensation, la détention des médicaments

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 IDE

 Aide soignant


Principaux enjeux

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



Points clés



Fourniture, dispensation et détention des médicaments

- La fourniture des médicaments aux résidents d'EHPAD peut être assurée soit par une PUI soit par les pharmacies d'officine.
- Le résident doit pouvoir choisir librement son pharmacien d'officine.
- 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**.
- Le **stockage** est réalisé dans une armoire ou local à pharmacie à accès contrôlé (digicode, clé, ...) propre, non humide, sans variation de température qui doit être proche de 25°C. Les **traitements de chaque résident** sont regroupés individuellement, de manière nominative (nom et prénom du résident). La date de naissance, le numéro de chambre, la photo peuvent également être rajoutés pour éviter les erreurs d'identité (ex : chariot avec casier individuel).
- 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**.
- Les **stupéfiants** doivent faire l'objet d'un stockage dans un lieu fermé à clé, doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée et l'administration doit être tracée. Les entrées et sorties de stocks doivent être suivies.

- Un contrôle régulier permet de s'assurer de l'**absence de médicaments périmés**.
- Les médicaments **restants à l'issue d'un traitement** doivent être retournés à la pharmacie pour être **détruits**, ou rendus à la famille.
- En dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie, la **pharmacie de garde** doit être connue (en appelant le **32 37**) et contactée.
- Une **convention** relative à la fourniture en médicaments peut être élaborée conjointement entre le responsable de l'EHPAD et le pharmacien titulaire de l'officine, précisant 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. Cette convention peut également désigner un **pharmacien référent**.



Dotation pour besoins urgents

- Lorsque les besoins pharmaceutiques ne justifient pas l'existence d'une pharmacie, des médicaments, **destinés à des soins urgents** peuvent être **détenus et dispensés** sous la responsabilité d'un médecin attaché à l'établissement OU d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement.
- Les produits pharmaceutiques détenus autres que les médicaments réservés à l'usage hospitalier sont fournis aux EHPAD soit par une pharmacie d'officine **sur commande écrite du médecin attaché** à l'EHPAD, soit par la pharmacie d'officine dont le titulaire a passé convention avec l'établissement à cette fin.



Outils

- Fiche 3 « Le circuit du médicament en EHPAD »
- Fiche 4 « La prescription en EHPAD »
- Fiche 7 « L'administration des médicaments en EHPAD »
- Fiche 8 « La dotation pour besoins urgents »
- Fiche 9 « exemple de chariot de médicaments d'urgence »
- Liste préférentielle de médicaments en EHPAD



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

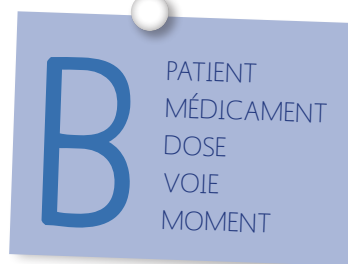
Le protocole de préparation des doses à administrer et le stockage

- Direction
 Médecin
 Pharmacien
 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 (essayer de fixer une heure adéquate).
- 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).
- La préparation des doses est à réaliser par le pharmacien (ou le préparateur sous la responsabilité du pharmacien) ou l'infirmier.



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.
- Toutes les prescriptions doivent comporter l'identification du prescripteur (nom et signature) et doivent être datées et signées. Un document unique permet de réunir l'ensemble des prescriptions médicales.

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



Elaboration du pilulier

- Ne pas déranger le personnel pendant toute la durée d'une préparation.
- 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 (un nettoyage est prévu entre 2 préparations).
- Vérifier que le pilulier est vide et propre.
- Pour les préparations à la semaine, **vérifier l'ordre des jours des piluliers**.
- **Identification du pilulier** au nom, prénom, date de naissance, numéro de chambre et photo du résident.
- Vérifier que le nom du patient sur le pilulier correspond à la prescription.
- 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.
- Préserver l'identification du médicament jusqu'à l'administration : **conserver le conditionnement unitaire primaire** des médicaments mis en place par le fabricant (éviter de découper les blisters non unitaires, et de laisser des 1/4 ou 1/2 comprimés nus) :
 - ✓ Lorsque plusieurs médicaments, présentés **sous des conditionnements unitaires**, sont **destinés à être mélangés** dans une même alvéole du pilulier et que le reconditionnement est effectué à l'avance pour **une durée de 28 jours**, **le conditionnement unitaire doit impérativement être conservé**.
 - ✓ En l'absence de conditionnement unitaire et lorsque les médicaments sont destinés à être mélangés dans une même alvéole d'un pilulier, la **préparation des doses à administrer ne peut excéder 7 jours** (également lorsqu'un pilulier

contient au moins un médicament qui n'est pas sous conditionnement unitaire primaire).

- Il est nécessaire de **prendre en compte la stabilité des spécialités pharmaceutiques et de veiller à ce qu'elle ne soit pas altérée** (cf. Liste des comprimés pouvant être broyés et des gélules pouvant être ouvertes).

- 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** (sachets, suppositoires, ovule, ...).
- 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.



Stockage des piluliers préparés

- Dans un endroit sécurisé fermant à clé (salle de soins, armoire, chariot, ...)
- Pour les médicaments en « si besoin / à la demande » (exemple : antalgiques)
 - 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.
- Une **zone de stockage par résident** des piluliers, qu'ils soient préparés sur place ou par une pharmacie d'officine **doit être prévue**.
- 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, AVK pendant la période d'adaptation posologique).
- Pour les **flacons gouttes multi-doses** : **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).
- Des **procédures relatives à la santé, à l'hygiène et à l'habillement** 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.
- En cas **d'incident et d'apparition d'effets indésirables graves ou inattendus** survenant suite à la prise de médicaments, les professionnels de santé concernés doivent le **déclarer au centre régional de pharmacovigilance** : 02.31.06.46.72 ou par mail : pharmacovigilance@chu-caen.fr



Pour approfondir

- Liste préférentielle des médicaments
- Arrêté du 31 mars 1999 (article 9)
- Données internationales concernant les stabilités et compatibilités des médicaments injectables <http://www.infostab.fr/>
- Informations indépendantes sur les médicaments : <http://www.theriaque.org>

L'administration des médicaments en EHPAD

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 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**.
- 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.



Points clés

- 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** des médicaments préalablement préparés, leur **administration** proprement dite, après contrôles, et l'**enregistrement** de l'administration soient réalisés **par la même personne**.
- L'infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) est habilité(e) à administrer les médicaments en application :
 - d'une **prescription médicale** qui, sauf urgence, est écrite, datée et signée
 - ou d'un **protocole écrit**, daté et signé par un médecin
 - L'IDE est **personnellement responsable des actes qu'il (elle) est habilité(e) à effectuer**.
- Lorsque les actes d'aide à la prise de médicaments non injectables sont accomplis en collaboration avec un(e) **aide soignant(e) (AS)** ou **aide médico-psychologique (AMP)**, ils se font **sous la responsabilité de l'IDE**.

- Lorsque le traitement n'est pas administré par l'IDE, **l'IDE doit** :
 - **organiser la collaboration** avec les AS ou AMP, en contrôlant leur connaissance, compétences et pratiques
 - **transmettre les instructions** nécessaires à l'administration,
 - **coordonner les informations** relatives aux soins (dossier médical du résident).
- D'une manière générale, les comprimés ne doivent pas être écrasés et les gélules systématiquement ouvertes.
- 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.
- 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.



Outils

- Fiche 3 « le circuit du médicament en EHPAD »
- Fiche 4 « la prescription en EHPAD »
- Fiche 5 « la fourniture, la dispensation et la détention des médicaments »
- Fiche 7 « l'administration des médicaments en EHPAD »
- Fiche 9 « exemple de chariot de médicaments d'urgence »
- Liste préférentielle de médicaments en EHPAD



Pour approfondir

- Liste préférentielle des médicaments
- 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

La dotation pour besoins urgents

Direction
 Médecin
 Pharmacien
 IDE
 Aide soignant



Principaux enjeux

- Afin d'éviter toute rupture de traitement, une dotation pour besoins urgents peut être détenue dans un EHPAD lorsqu'il ne possède pas de pharmacie à usage intérieur¹.
- La dotation doit être stockée dans un local adapté et sécurisé.
- La liste de la dotation est établie, modifiable et ajustée chaque année par le médecin coordonnateur.
- Le contenu de la dotation est vérifié chaque mois. Elle pourra ainsi contenir certains antibiotiques, antalgiques, médicaments du système cardiovasculaire, neurologique ou digestif.
- Toute intervention du personnel soignant (IDE et médecin) sur la dotation doit être tracée.
- Lors de toute utilisation ou retrait pour péremption, une nouvelle prescription médicale est rédigée par le médecin coordonnateur ou à défaut le médecin traitant.



Points clés

- Une convention déterminant les conditions dans lesquelles est assuré l'approvisionnement de l'établissement, doit être établie entre l'EHPAD et le médecin attaché à l'établissement et/ou le pharmacien ayant passé convention avec l'établissement.
- Avant la conclusion de ladite convention, l'établissement en communique pour avis le texte au directeur général de l'agence régionale de santé et au conseil de l'ordre des pharmaciens (y compris en cas de renouvellement de la convention).
- La convention détermine les conditions dans lesquelles est assuré l'approvisionnement de l'établissement.

¹ Article L5126-6 et Article R5126-113 du CSP



Pour approfondir

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

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 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

ALLERGOLOGIE

Bétaméthasone injectable

Méthylprednisolone injectable

GASTROLOGIE

Métoclopramide injectable

Phloroglucinol injectable

NEURO-PSYCHIATRIE

Tiapride

Clonazépam injectable

PNEUMOLOGIE

Salbutamol aérosol-doseur

Terbutaline injectable

ENDOCRINOLOGIE

Glucose 30 % hypertonique

HEMATOLOGIE

Vitamine K1 buvable et injectable

CARDIOLOGIE

Aspegic 500 injectable

Adrénaline injectable

Atropine (sulfate) injectable

Furosémide injectable

Nicardipine comprimés

Trinitrine sublinguale

PERFUSION

Chlorure de sodium solution 0.9%

Chlorure de sodium 10%
ampoule 10ml

Glucose solution 5%

Chlorure de potassium 10%
ampoule 10ml

AUTRES

Lovenox 0.40

Polaramine®

Profenid®

Scopolamine SC

ANTALGIQUES

Paracetamol

Tramadol

Morphine sulfat
gélule 5 mg



**Médicaments
à surveillance
particulière**



Digitaliques

- Direction
 Médecin
 Pharmacien
 IDE
 Aide soignant

Les spécialités concernées

Digoxine, Hemigoxine



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).

Recommandations

- La **posologie** des digitaliques chez le sujet âgé doit être **réduite de moitié** par rapport à l'adulte jeune, elle doit être diminuée en cas d'insuffisance rénale, de déshydratation ou de **signe de surdosage**.
- 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



- **Pas de dose de charge chez le sujet âgé**
 - ✓ Si clairance de la créatinine > 60 ml/min : 0,125 mg/jour (soit 1/2 comprimé ou 1/4 ampoule/jour),
 - ✓ Si clairance de la créatinine 10 - 30 ml/min : diminuer les doses de moitié soit 0,0625 mg/jour (1/4 comprimé ou 1/8 ampoule/jour),
 - ✓ Si clairance < 10 ml/min : utiliser 10 à 20 % de la dose (par exemple : 1/2 comprimé/semaine ou 0,125mg/semaine en gouttes).
- Pas de bénéfice supplémentaire lorsque la posologie est > à 0,125 mg/jour.
- La **posologie doit être diminuée en cas** :
 - ✓ d'insuffisance rénale : surveiller la clairance de la créatinine,
 - ✓ de cardiopathie,
 - ✓ d'hypothyroïdie,
 - ✓ d'hypoxie en cas d'insuffisance respiratoire.
- Les digitaliques **sont contre-indiqués en association avec** les traitements **bradycardisants et antiarythmiques** (bêta-bloquants, verapamil, amiodarone, quinidine, flecainide, disopyramide, diltiazem).
 - ✓ Attention aux collyres atropiniques et bêta-bloquants.
- Eviter la réglisse noire car elle peut occasionner des battements cardiaques irréguliers.

Surveillance

- Un **dosage plasmatique** de la digoxine (digoxinémie) doit être réalisé au 7^{ème} jour de traitement, puis régulièrement. La digoxinémie doit être comprise entre **0,4 et 0,8 ng/mL**.
- La **digoxinémie peut être augmentée** en cas :
 - ✓ d'insuffisance rénale : surveiller la clairance de la créatinine,
 - ✓ d'hypothyroïdie,
 - ✓ d'hypoxie en cas d'insuffisance respiratoire,
 - ✓ d'association à un macrolide, tramadol, verapamil, amiodarone par exemple.
- La **digoxinémie peut être diminuée** en cas :
 - ✓ d'association avec un topique gastro intestinal, un anti acide (en vente libre).
- **Surveiller le ionogramme** (natrémie, créatinine et en particulier la kaliémie : l'hypokaliémie majore la toxicité cardiaque des digitaliques) :
 - ✓ surveiller la **kaliémie** lors de toute nouvelle association médicamenteuse avec un traitement hypokaliémiant,
 - ex : diurétiques hypokaliémiant, laxatifs stimulants, corticoïdes.
 - ✓ corriger une éventuelle hypokaliémie.
- Surveiller les signes de **toxicité cardiaque** avec les médicaments entraînant des troubles du rythme (verapamil, amiodarone, quinidine, flécaïnide, disopyramide).
- **Restreindre le stockage et/ou limiter l'accès** à ces médicaments afin de diminuer le risque.



Pour approfondir

- Recommandations 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

Anticoagulants

Direction
 Médecin
 Pharmacien
 IDE
 Aide soignant

Les spécialités concernées

Antivitamines K

Previscan[®],
Coumadine[®], Sintrom[®]

Héparines et
apparentés

Lovenox[®], Innohep[®],
Fragmine[®], Arixtra[®]

Nouveaux anti-
coagulants oraux

Xarelto[®], Pradaxa[®],
Eliquis[®]

Liste non exhaustive

Anticoagulants

33



Principaux enjeux

- Les anticoagulants font partie des médicaments régulièrement prescrits chez le sujet âgé (17% des résidents d'EHPAD en Basse-Normandie 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 régulièrement** avant et pendant le traitement.

Avant la mise en place du traitement

Antivitamines K (AVK)	Vérifier l'absence de contre-indications au traitement : notamment l'insuffisance hépatique sévère (bilan hépatique) et l'ulcère gastroduodéal
Nouveaux anticoagulants oraux (NACO)	<p>Evaluer la fonction rénale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pradaxa® : contre-indication si clairance rénale < 30 ml/min ✓ Xarelto® : contre-indication si clairance rénale < 15 ml/min <p>Réaliser un bilan hépatique : NACO contre-indiqué si atteintes hépatiques associées à une coagulopathie et/ou un risque hémorragique</p> <p>Si bilan de la coagulation perturbé : contre-indication absolue</p>
Héparines (Héparines de bas poids moléculaire - HBPM & Héparines Non Fractionnées - HNF)	<p>Evaluer la fonction rénale : HBPM contre-indiqué si clairance rénale < 30 ml/min</p> <p>Doser les plaquettes (+NFS, TP, TCA, fibrinogène)</p>

Modalités de surveillance chez le sujet âgé

	AVK	NACO	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 risque (> 75 ans, insuffisance rénale, poids < 50 kg, interactions médicamenteuses, pathologies associées à un risque hémorragique)		
Surveillance clinique et thérapeutique du traitement	Les AVK sont fortement liés aux protéines plasmatiques (97%) et ont une marge thérapeutique étroite : surveiller l'état nutritionnel et toute introduction de médicament susceptible de modifier la liaison des AVK aux protéines plasmatiques.		
Suivi biologique en cours de traitement	<p>Surveillance de l'activité d'un AVK : l'Index National Ratio (INR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'INR cible doit être connu : la cible est généralement entre 2 et 3 (parfois jusqu'à 5) - Un INR doit être réalisé toutes les 48h à l'initiation (jusqu'à atteinte d'un INR cible stable), puis une fois par mois au long cours. En fonction des résultats de l'INR, la posologie des AVK est adaptée. <p>Pas de surveillance du TP</p>	<p>Pas de suivi biologique en routine (sauf dans certaines situations, comme par exemple en cas de surdosage ou d'opération chirurgicale en urgence)</p> <p>NB : La mesure de l'INR n'est pas adaptée pour apprécier l'activité anticoagulante des nouveaux anticoagulants oraux.</p>	<p>Dosage des plaquettes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - HNF : 2 fois par semaine le 1^{er} mois puis 1 fois par semaine - HBPM : Surveillance systématique non indispensable si traitement court ; contexte médical pur ; pas d'administration préalable d'HNF <p>Pas de mesure systématique de l'Anti-Xa, mais recommandé tous les 2 à 3 jours chez le sujet âgé > 75 ans</p>

● Antivitamines K (AVK)

- ✓ Prévenir l'apparition d'un événement thromboembolique veineux (phlébite, par exemple) par le port de **bas de contention**, la pratique d'une **marche régulière**.
- ✓ Prendre le traitement **à heure fixe, le soir de préférence**.
- ✓ Préférer un **AVK de demi-vie longue** (Coumadine® ou Préviscan®).
- ✓ **Prescrire en mg** et non en comprimés pour éviter les confusions (notamment pour 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** d'une dose, la prise est **possible dans les 8 heures** 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.
- ✓ Le **risque hémorragique** est augmenté en cas d'association avec des **anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**, avec de l'**aspirine à dose antalgique** : surveiller la survenue de tout saignement de nez, gingivorragie, méléna, d'épistaxis, hématurie, qui sont des signes de surdosage : prévenir le médecin en cas d'hémorragie.
- ✓ Il est conseillé de prescrire un **Inhibiteur de la Pompe à Protons** en cas d'antécédent d'ulcère gastroduodéal ou d'hémorragie digestive (oméprazole par exemple).
- ✓ Toute injection par voie **intramusculaire est à éviter** lorsqu'un traitement par AVK est en cours.



Tableau récapitulatif des informations utiles sur les AVK

	1/2 vie	Dose initiale recommandée*	Nb prises	1 ^{er} INR	Fréquence INR à l'instauration
Warfarine (Coumadine®) 2 et 5 mg	35-45h	5 mg / j 4 mg / j si > 80 ans	1 / j	J3	5-6 j
Fluindione (Préviscan®) 20 mg	30h	20 mg / j (1 cp / j)	1 / j	J2	3-4 j
Acénocoumarol (Sintrom®) 4 mg	8-9h	0,5 cp x 2 / j	2 / j	J1	1-2 j

* 1/2 ou 3/4 de la dose et INR plus fréquent si :
 - sujet de plus de 75 ans
 - sujet < 50 kilos
 - sujet insuffisant hépatique et/ou hypoalbuminémie

● Nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

- ✓ Le risque **hémorragique est globalement similaire** à celui des AVK.
- ✓ Comme avec tous les anticoagulants, les nouveaux anticoagulants doivent être utilisés **avec prudence chez les sujets présentant un risque hémorragique accru**. De nombreuses situations sont susceptibles de majorer les risques hémorragiques : patients âgés, insuffisance rénale, faible poids corporel (< 50 kg), associations médicamenteuses, pathologies ou interventions associées à un risque.
- ✓ La **fonction rénale doit être systématiquement évaluée** avant la mise en route d'un traitement par un NACO.

- ✓ Les NACO n'ont pas d'antidote spécifique.
- ✓ Les NACO 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 (pouvant impliquer une moins bonne observance et une moins bonne surveillance).
 - > Des risques hémorragiques associés à l'insuffisance rénale, à l'âge et au faible poids corporel.

● Héparines

- ✓ Prescrire en UI/kg/j.
- ✓ Le traitement doit être aussi court que possible avec un relais AVK précoce (J1).
- ✓ Le risque de thrombopénie induite par l'héparine est élevé avec les Héparines Non fractionnées : vérifier les antécédents.
- ✓ 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 un conteneur à aiguille sans être « recapuchonnée ».

Modification de l'effet des anticoagulants : interactions

AVK	NACO	HBPM / HNF
Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK sont très nombreux. Si un autre traitement doit être débuté, modifié ou supprimé, il est nécessaire d'effectuer un contrôle de l'INR 3 à 4 jours après chaque modification. L'alimentation influe sur l'activité des AVK (ex : choux, tomates) : le résident doit donc avoir une alimentation variée et équilibrée.	Interaction avec de nombreux médicaments : - Antiplaquettaires (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) - Antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole, posaconazole, voriconazole) - Anticonvulsivants inducteurs (carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital) Antibactériens : (rifampicine, clarithromycine) - Plante : millepertuis, - AINS, Aspirine.	Majoration du risque de saignement en cas d'association avec un AINS ou de l'aspirine à dose anti-inflammatoire ou antalgique.



Outils

- Protocole d'adaptation des doses d'antivitamines K en fonction de l'INR



Pour approfondir

- Recommandations 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
- 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 - Juillet 2012

Antiplaquettaires

- Direction
 Médecin
 Pharmacien
 IDE
 Aide soignant

Les spécialités concernées

Aspirine, Aspégic, Kardégic, Plavix, Clopidogrel, Cébutid, Duoplavin
 NB : Efient contre indiqué chez les plus de 75 ans
 Dipyridamole (CLERIDIUM, PERSANTINE) et Ticlopidine (TICLID) sont inappropriés

Liste non exhaustive



Principaux enjeux

- L'âge supérieur à 75 ans est un facteur d'augmentation des accidents thrombotiques (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) et cardio-emboliques (fibrillation auriculaire), nécessitant parfois le recours aux antiplaquettaires.



Points clés

Surveillance

- Prendre le traitement à heure fixe.
- En cas d'oubli ne pas doubler la dose suivante.
 - Le **risque hémorragique** est augmenté en cas d'association avec des **anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**, des corticoïdes ou des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine,
 - Surveiller la survenue de tout **saignement de nez** ou **gingivorragie** ou **méléna** ou **d'épistaxis** ou **hématurie**, signes de surdosage : prévenir le médecin en cas d'hémorragie.

- Avant la mise en place du traitement, vérifier l'absence de contre indication : **ulcération gastro-intestinale, antécédent d'hémorragie intracrânienne**.
- **Réévaluer régulièrement la balance bénéfique/risque**, notamment lors de situations intercurrentes aiguës (l'indication d'un antiplaquettaire doit par exemple être réévaluée si surviennent des troubles cognitifs ou des chutes).
- **Surveiller l'absence d'interaction médicamenteuse** en particulier avec les anticoagulants (héparine), mais aussi les AINS, les corticoïdes ou les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine (Prozac®), paroxétine (Deroxat®), Citalopram (Seropram®), par exemple).
- **Persistance de l'action antiagrégante plusieurs jours après l'arrêt** de l'antiplaquettaire : à prendre en compte en cas d'introduction d'un traitement anticoagulant ou en cas d'une intervention chirurgicale.
- Prévenir l'apparition d'un événement thromboembolique veineux (phlébite, par exemple) par le port de **bas de contention**, la pratique d'une **marche régulière**.
- En cas d'**hémorragie digestive**, en prévention cardio-vasculaire secondaire (**après IDM**), il est recommandé de **ne pas interrompre le traitement** antiplaquettaire. Il peut être co-prescrit un **IPP** en évitant l'association clopidogrel (ex : Plavix®) avec oméprazole ou ésoméprazole.



Pour approfondir

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

Opiacés forts

- Direction
 Médecin
 Pharmacien
 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 1^{ère} intention dans les douleurs d'emblée très intenses.
- Leur utilisation chez le sujet âgé demande une surveillance 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		Délag d'action
Voie orale		
Morphine orale d'action brève	Actiskenan®, Sevredol®, Oramorph®	45 à 60 minutes
Oxycodone	Oxynorm®, Oxynormoro® (douleur cancéreuse, neuropathique ou post chirurgicale)	
Voie injectable (sous cutanée et intra veineuse)		
Morphine chlorhydrate et Morphine sulfate	Morphine (chlorhydrate)® Morphine (sulfate)®	En intraveineux : 5 à 20 minutes
Oxycodone	Oxynorm® (en rétrocession par pharmacie à usage intérieur)	En sous cutané : 20 à 30 minutes
Voie transmuqueuse		
Fentanyl oral transmuqueux, sublingual ou gingival	Actiq®, Abstral®, Effentora® (accès douloureux paroxystique chez des résidents bien contrôlés par un traitement de fond morphinique pour des douleurs cancéreuses uniquement)	15 minutes
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
FORMES À LIBÉRATION PROLONGÉE		Délag d'action
Voie transdermique		
Fentanyl transdermique	Durogesic®	12 à 16 heures
Voie orale		
Morphine orale LP	Skenan® LP, Moscontin LP®	2 à 3 heures
Oxycodone	Oxycontin® LP (douleur cancéreuse)	60 à 90 minutes
Hydromorphone	Sophidone LP® (en 2 ^{ème} intention, douleurs cancéreuses)	2 heures



Points clés

Recommandations

- L'évaluation de la douleur doit être régulière et réalisée par une échelle validée (cf. fiche 18 « La prise en charge de la douleur »).
- 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 bien mal tolérée ou en cas de problème de déglutition ou lors d'une indication de PCA (Patient Controlled 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 de 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 une douleur de forte intensité.
- 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 utile 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 d'accès douloureux spontanés ou provoqués, les interdoses de libération immédiate (d'environ 1/10^{ème} de la dose quotidienne) peuvent être prescrites avec un délai d'administration adapté.
 - ✓ Exemple : pour soulager les accès douloureux ou pour prévenir les soins douloureux.

Spécificités de la voie injectable

- La voie IV est utilisée préférentiellement si un relais per os est possible dans un délai relativement court. Dans le cas contraire, privilégier la voie sous cutanée.

Spécificités en cancérologie

- Le délai minimum entre chaque prise d'une forme à libération immédiate est d'1h, sans dépasser 6 prises par jour et 4 prises sur 12 heures. Dans le cas du fentanyl transmuqueux, un schéma posologique plus rapide est possible, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit.

- Dans certaines conditions limitées le **fentanyl transmuqueux** peut être prescrit (action encore plus rapide que la libération immédiate) : en cas *d'accès douloureux paroxystiques**, **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.**

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 (sommolence, 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 **sommolence accrue** (sans réponse à une stimulation) est le **1^{er} 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.

* Les 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.

Tableau avec les coefficients de conversion

Analgésique	Equivalents posologiques	Rapport d'analgésie
Morphine orale	Morphine étalon	1
Morphine intraveineuse	3,3 mg = 10 mg de morphine orale	3
Morphine sous cutanée	5 mg = 10 mg de morphine orale	2
Oxycodone orale	10 mg = 20 mg de morphine orale	2
Oxycodone IV et SC	3,3 mg = 10 mg de morphine orale	3
Hydromorphone	4 mg = 30 mg de morphine orale	7,5
Fentanyl transdermique	25 µg/h = 60 mg de morphine orale	100 à 150



Outils

- Fiche 18 « la prise en charge de la douleur »
- Fiche 3 « le circuit du médicament en EHPAD »
- Fiche 4 « la prescription en EHPAD »
- Fiche 5 « la fourniture, la dispensation et la détention des médicaments »
- Fiche 7 « l'administration des médicaments en EHPAD »
- Fiche 8 « la dotation pour besoins urgents »
- Fiche 9 « exemple de chariot de médicaments d'urgence »
- Liste préférentielle de médicaments en EHPAD



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 Basse-Normandie - Site : <http://www.douleur-rrdbn.org/>
- Réseau Régional Douleur de Basse-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/>

Benzodiazépines et apparentés

Direction Médecin Pharmacien IDE Aide soignant

Les spécialités concernées

A PRIVILÉGIER : FORMES À DEMI-VIE COURTE

HYPNOTIQUES			ANXIOLYTIQUES	
Zolpidem	Stilnox®		Clotiazepam	Veratran®
Zopiclone	Imovane®		Oxazepam	Seresta®
Temazepam	Normison®		Lorazepam	Temesta®
Loprazolam	Havlane®		Alprazolam	Xanax®
Lormetazepam	Noctamide®			
Estazolam	Nuctalon®			

A ÉVITER : FORMES À DEMI-VIE LONGUE

HYPNOTIQUES			ANXIOLYTIQUES	
Flunitrazepam	Rohypnol®		Bromazepam	Lexomil®
			Clobazam	Urbanyl®
			Diazepam	Valium®
			Ethyl loflazepate	Victan®
Nitrazepam	Mogadon®		Prazepam	Lysanxia®
			Nordazepam	Nordaz®
			Clorazepate dipotassique	Tranxene®

Liste non exhaustive



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, trouble 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 :
 - 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.

Tableau des situations à éviter selon Laroche ML et Coll.

Situation à éviter	Exemple de spécialités	Raisons	Alternative thérapeutique
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, clonazépam > 5 mg/j, loprazolam > 0,5 mg/j, lormétazépam > 0,5 mg/j, zolpidem > 5 mg/j, zopiclone > 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/j	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



Outils

- Fiche 3 « Le circuit du médicament en EHPAD »
- Fiche 4 « La prescription en EHPAD »
- Fiche 5 « La fourniture, la dispensation et la détention des médicaments »
- Fiche 7 « L'administration des médicaments en EHPAD »
- Liste préférentielle de médicaments en EHPAD



Pour approfondir

- Améli : fiche sur les benzodiazépines - mai 2012
- Recommandations sur l'arrêt des benzodiazépines - HAS Octobre 2007
- Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française de Laroche ML et Coll 2007

Antibiotiques

- Direction
 Médecin
 Pharmacien
 IDE
 Aide soignant



Principaux enjeux

- Le vieillissement a un effet direct sur le système immunitaire, avec une fragilisation des barrières cutanéomuqueuses.
- Les défenses immunitaires chez le sujet âgé sont moins efficaces, le rendant plus vulnérable face aux infections.
- La prescription d'antibiotiques chez le sujet âgé nécessite des précautions particulières.



Points clés

- Les facteurs de risque infectieux :
 - ✓ immunodépression,
 - ✓ dénutrition,
 - ✓ polypathologie et polymédication,
 - ✓ hospitalisation récente,
 - ✓ comorbidités (cancer, diabète),
 - ✓ alitement.

Spécificités liées au sujet âgé

Recommandations générales : la pertinence d'une antibiothérapie chez le sujet âgé en EHPAD

- Toute fièvre n'est pas forcément bactérienne.
- En dehors des états septiques sévères, le traitement n'est généralement pas urgent.
- Priorité = Etablir le diagnostic : si l'examen clinique ne suffit pas, pratiquer des examens complémentaires d'imagerie et/ou de biologie.
- Vérifier que tous les prélèvements éthiquement raisonnables et possibles en vue d'un diagnostic microbiologique ont été réalisés.
- Décider rapidement où prendre en charge le résident : EHPAD ou hôpital.
- Débuter rapidement une antibiothérapie en face d'une pathologie potentiellement sévère mais savoir aussi évaluer son efficacité, la modifier et la stopper.
- Savoir adapter ses choix thérapeutiques en fonction de l'évolution de l'épidémiologie et des résistances microbiennes.
- Savoir reconnaître les objectifs thérapeutiques de l'ATB.
- Vacciner contre la grippe saisonnière et contre le pneumocoque



Le bon usage des antibiotiques

- La prescription d'antibiotiques et son motif **doivent être tracés**.
- L'antibiothérapie doit **systématiquement être réévaluée à 48-72h et à 7-10 jours** (résultats bactériologiques).
- Cette réévaluation doit également être **tracée**.
- Minimiser l'usage des antibiotiques à large spectre de façon empirique.
- Privilégier la voie orale. Si voie injectable inévitable : relais oral dès que possible.

Effets indésirables et surveillance

- La plupart des ATB sont **éliminés par voie rénale** : attention à la **clairance à la créatinine**.
- Interactions : potentialisation du risque hémorragique **avec les AVK**, surveillance de l'**INR**.
- **Diarrhées post-antibiotique** : attention au Clostridium Difficile.
- Risque de mycoses/candidoses.

Tableau des effets indésirables fréquents de certains antibiotiques chez le sujet âgé

Antibiotique	Effet indésirable
Aminoside	Néphrotoxicité et ototoxicité
Isoniazide Rifampicine	Hépatotoxicité Coloration orangée des urines et selles, interactions médicamenteuses
Bêta-lactamines Pénicilline G	Diarrhée, fièvre, néphrite interstitielle, rash, cytopénie Apport en sel (50 mg/million d'unités), volume de la perfusion
Carbapénèmes	Convulsions
Clindamycine	Diarrhée et colite à C. difficile
FQ	Nausées, vomissements, effets neurologiques centraux, convulsions, allongement du QT
Linezolide	Thrombocytopénie, anémie
Macrolides et azalides	Troubles digestifs, allongement QT, ototoxicité, hépatite cholestatique, interactions
Tétracycline	Photosensibilité
TMP/SXT	Hématotoxicité, fièvre, hyperkaliémie, rash
Fosfomycine	Apport en sel (1 g de fosfo=330 mg de sel)

Tableau des interactions courantes entre les antibiotiques et des médicaments fréquemment utilisés chez le sujet âgé

Antibiotique	Agent interagissant	Effet clinique potentiel
Aminoside	AmphoB, cyclosporine, cisplatine, diurétiques de l'anse, tacrolimus, vancomycine	Néphrotoxicité
Ampicilline	Allopurinol	Rash
FQ	Aluminium, fer, Mg, Zn, antiacides, sucralfate Antiarythmiques	Diminution de l'absorption des FQ Tb du rythme ventriculaire
Ciprofloxacine	Ca Théophylline Warfarine	Diminution absorption de FQ Augmentation [théophylline] Augmentation effet anticoagulant
Linezolide	IRSS, IMAO	Syndrome sérotoninergique
Azithromycine Clarithro et érythromycine	Aluminium, Mg Inhibiteurs des canaux calciques, inhibiteurs de l'HMGC _o A-reductase, ciclosporine, digoxine, théophylline, warfarine, bromo	Diminution absorption de l'ATB Augmentation de concentration ou de l'effet de l'agent ou augmentation de [macrolide]
Métronidazole	Warfarine Alcool	Augmentation de l'effet anticoagulant Effet antabuse
Rifampicine	Antiacides Antiarythmiques, BZD, inhibiteurs canaux Ca, corticoïdes, digoxine, enalapril, OP, méthadone, phénytoïne, tamoxifène, théophylline, Ac valproïque, voriconazole, warfarine	Diminution absorption de rifampicine Diminution de concentration ou de l'effet de l'agent
Tétracycline	Aluminium, Ca, fer, Mg, antiacide, bismuth	Diminution de l'absorption de tétracycline
TMT/SXT	Phénytoïne Sulfamides Warfarine	Augmentation [phénytoïne] Hypoglycémie Augmentation de l'effet anticoagulant

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

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



Outils

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



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
- Lien vers le site du Réseau Lorrain d'antibiologie : <http://www.antibiolor.org/site/index.php>
- Antibiocllic : 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://antibiocllic.com>

Recommandations de prise en charge et protocoles





Neuroleptiques, Maladie d'Alzheimer et démences apparentées

- Direction
 Médecin
 Pharmacien
 IDE
 Aide soignant



Principaux enjeux

- 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, ces 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

Les prescriptions de psychotropes chez les sujets âgés sont toutes **à risque, déconseillées et doivent être limitées au cas incontournable**. La (ré) évaluation du rapport bénéfice/risque est indispensable lors de chaque initiation/introduction de psychotropes et régulièrement par la suite.

Avant d'envisager une prescription :
Orienter - Canaliser - Réassurer - Respecter

- Prévenir et anticiper les troubles du comportement :
 - Anticiper l'entrée en EHPAD : projet de vie individualisé à élaborer avant l'entrée en EHPAD, il doit ensuite être régulièrement remis à jour, en équipe, intégrant si besoin le NPI-es¹.

¹ Le NPI-es est un Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) en version pour Equipe Soignante. Il s'agit d'un ensemble de critères dont le but est de recueillir des informations sur la présence de TC. Dix domaines comportementaux et deux domaines neuro-végétatifs sont évalués et cotés par fréquence, gravité et retentissement sur l'activité professionnelle. Pour plus d'information : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/NPI-ES.pdf>

- ✓ Ne jamais **contraindre, adapter l'environnement, la prise en charge.**
- ✓ **Eviter l'opposition verbale.**
- ✓ Eviter la **contention physique** (sauf protocole précis et maîtrisé par le personnel).
- ✓ Privilégier un environnement **calme et adapté** : lumière, bruits, stimulations, adaptées, enlever les objets dangereux.
- ✓ **Aides et stimulations sensorielles et cognitives adaptées** : musique, couleur, souvenirs/photos...
- ✓ **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*
- ✓ Eviter **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.

- **Savoir reconnaître et classer un trouble du comportement** chez le sujet dément, pour adapter la prise en charge.

	Groupe 1 Psychose	Groupe 2 Affectivité	Groupe 3 Apathie	Groupe 4 Hyperactivité
Délires	X			
Hallucinations	X			
Agitation				X
Dépression		X		
Anxiété		X		
Euphorie				X
Apathie			X	
Désinhibition				X
Irritabilité				X
Comportement moteur				X
Trouble du sommeil			X	
Comportement alimentaire			X	

L'étude du consortium européen de recherche sur la maladie d'Alzheimer sur plus de 2000 déments, a objectivé une corrélation statistique entre certains critères permettant d'individualiser 4 groupes de symptômes différents² : la psychose, l'affectivité, l'apathie et l'hyperactivité.

² Camus, V., L. Zawadzki, N. Peru, K. Mondon, C. Hommet, P. Gaillard (2009). Symptômes comportementaux et psychologiques des démences : aspects cliniques. Annales Médico-Psychologiques 167 : 201-205

En cas de symptômes psychiatriques chez le sujet dément :

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 basse.
- **Un globe vésical** (rétention d'urine) ou une **constipation** (fécalome).
- **Une défaillance d'organe** (insuffisance cardiaque...).

>>> Éliminer une **cause médicamenteuse ou iatrogénique** :

- En analysant les prescriptions médicamenteuses en cours
- En recherchant l'introduction récente d'un nouveau médicament ou la présence d'un médicament à risque confusionnel, comme par exemple :

Médicaments à effet **anticholinergique** :

- > **Antidépresseurs tricycliques** ; ex : amitriptyline (Laroxyl®), Clomipramine (Anafranil®).
- > **Neuroleptiques antipsychotiques** ; ex : Clozapine (Leponex®)
- > **Antiparkinsoniens** ; ex : trihexyphenidyle (Artane®, Parkinane®)
- > **Antihistaminiques** ; ex : hydroxyzine (Atarax®).
- > **Médicaments de la vessie instable** ; oxybutynine (Ditropan®), flaxovate (Urispas®).

Les **Benzodiazépines** (surtout à longue demi-vie) :

ex : bromazépam (Lexomil®), Diazépam (Valium®), Prazépam (Lysanxia®).

Les **Antalgiques opiacés** :

Tous les dérivés de la morphine.

Mais aussi les **Quinolones**, les **Diurétiques**, les **Digitaliques**, les **Hypoglycémiants**.

- En recherchant et en corrigeant une **hyponatrémie** médicamenteuse (exemple : **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** (Fluoxétine (Prozac), Paroxétine (Deroxat), citalopam (Seropram), par exemple).

Si recours à la prescription médicamenteuse :
le recours à un avis d'expert est indispensable

Exemples de molécules en fonction du type de trouble du comportement :

	Groupe 1 Psychose	Groupe 2 Affectivité	Groupe 3 Apathie	Groupe 4 Hyperactivité
Traitement envisageable	OUI neuroleptiques ou anti-cholinestérasique	OUI antidépresseurs et/ou anxiolytiques	NON privilégier les thérapies motivationnelles	DISCUTABLE L'effet pharmacologique recherché étant la sédation
Indications et traitement	<p><u>Démence d'Alzheimer :</u> RISPERIDONE 0,25 à 1 mg/j, max 2 mg/j</p> <p><u>Maladie de Parkinson sans démence :</u> CLOZAPINE débiter à 12,5 mg/j (palier d'augmentation posologique de 25 mg/j)</p> <p><u>Maladie de Parkinson avec démence :</u> RIVASTIGMINE : démarrer à 1.5 mg 2X/jour</p> <p><u>Démence à corps de Lewy :</u> RIVASTIGMINE : démarrer à 1.5 mg 2X/jour</p> <p>NB : Réaction d'hypersensibilité avec les NL typiques et atypiques dans les démences à corps de Lewy</p>	<p><u>Dépression :</u> Inhibiteur de la recapture de la sérotonine (ISRS) Mianserine, Mirtazapine ou IMAO sélectif</p> <p><u>Anxiété aiguë ou insomnie :</u> benzodiazépine ou équivalent à demi-vie courte (ex : oxazepam (Seresta), zolpidem (Stilnox), zopiclone (Imovane))</p>		<p>Thymorégulateur ou anti-épileptique</p> <p>Sur avis spécialisé (manque d'étude : Lithium, acide valproïque et carbamazépine)</p>
Recommandations	<p>> Démarrer toujours à la dose la plus faible</p> <p>> Traitement de courte durée Réévaluation régulière du traitement</p> <p>> CLOZAPINE : Surveillance hématologique carnet de suivi (risque agranulocytose)</p>	<p>> Proscrire les antidépresseurs tricycliques, les benzodiazépines à 1/2 vie longue et avec métabolites actifs ainsi que l'hydroxyzine.</p> <p>> Attention, certains ISRS comme la fluoxétine ont une longue demi-vie : adapter la posologie !</p> <p>Risques de troubles mnésiques, de l'équilibre, confusion</p>	<p>> Pas d'antidépresseur dans l'apathie isolée</p>	<p>> Acide valproïque mieux toléré que carbamazépine</p> <p>> Démarrer toujours avec une faible dose</p>

- La **réévaluation DOIT comporter des périodes d'arrêt**, sauf en cas d'indication thérapeutique psychiatrique chronique.
- Lorsque le choix est possible privilégier **la tolérance** : Les antidépresseurs, les anti-épileptiques (valproate) et **seulement si inévitables** = les neuroleptiques et les benzodiazépines uniquement en phase aiguë.
- Les psychotropes à propriétés anticholinergiques sont déconseillés chez le sujet âgé : chlorpromazine (Largactil®), propériciazine (Neuleptil®), levomepromazine (Nozinan®), pipotiazine (Piportil®), ciamemazine (Tercian®), fluphénazine (Modécate®).

Quelques exemples de prises en charge en fonction du trouble du comportement, sur avis spécialisé

- Agitation, syndrome dépressif, desinhibition, anxiété chronique, irritabilité ou opposition / agressivité + de 15jrs
>>> antidépresseur (non tricyclique).
- Agitation, agressivité, troubles psychotiques, symptômes maniaques
>>> neuroleptiques :
 - > La prescription doit être brève et réévaluée (ex : risperidone, débiter à 0,25mg avec une dose maximale de 2mg).
 - > Surveillance neurologique + cardiologique (ECG) + niveau de conscience.
- Agitation nocturne + trouble du sommeil
>>> Antidépresseur sédatif mirtazapine/miansérine ou zopiclone.
- Symptômes maniaques, desinhibition, agitation, agressivité
>>> thymorégulateurs et acide valproïque (délai d'action de 15 jours).

Utilisation des neuroleptiques chez le sujet âgé

	Neuroleptiques classiques	Neuroleptiques atypiques
Mode d'action	<ul style="list-style-type: none"> > Activité anti-dopaminergique (récepteurs D2) > Anti-adrénergique (récepteurs $\alpha 1$) > Anticholinergique (récepteurs muscariniques M1) > Antihistaminique (récepteurs H1) 	<ul style="list-style-type: none"> > Activité anti-dopaminergique (D2) > Anti-adrénergique, +/- M1, +/- H1 > Antagonisme des récepteurs à la sérotonine (5HT2)
Principales indications	Troubles psychotiques (délires, hallucinations) Symptômes maniaques - agitation - agressivité	
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> > Syndrome parkinsonien > Dyskinésies > Syndrome malin > Effets anticholinergiques > Troubles cardiaques > Syndrome métabolique > Prise de poids > Troubles sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> > Syndrome métabolique > Prise de poids > Troubles sexuels > Effets anticholinergiques moindres
Exemple de molécule (cf. annexe)	zuclopenthixol, cyamémazine, flupentixol, etc.	Clozapine, olanzapine, risperidone, quétiapine, aripiprazole, etc.

	Neuroleptiques classiques	Neuroleptiques atypiques
Surveillance générale	> Surveillance cardiaque : pratiquer un ECG avant la prescription et après instauration (surveillance de l'espace QT) > Surveillance neurologique : Les effets indésirables neurologiques : Clozapine < Quetiapine < Amisulpride < Aripiprazole < Olanzapine < Risperidone > Surveillance : hygiéno-diététique (prise de poids) Attention au syndrome malin des neuroleptiques : hyperthermie, rigidité musculaire intense, troubles de conscience, choc cardio-respiratoire	
Effets spécifiques de certaines molécules		> Clozapine : trouble hématologique et anticholinergique mais très peu d'effets neurologiques, sédatif ! > Olanzapine : effets anticholinergique +/- sédatif. > Quétiapine : très peu d'effets neurologiques, pas d'effet anticholinergique, sédatif, anxiolytique. > Amisulpride, risperidone, aripiprazole : pas d'effet anticholinergique
Informations complémentaires	> Toujours la dose la plus faible possible, le moins longtemps possible (1/4 ou 1/2 dose par rapport à la posologie adulte) et à adapter à la fonction rénale et hépatique > Pratiquer un ECG avant la prescription et après instauration : surveillance de l'espace QT > Sur prescription très brève et réévaluée : privilégier les NL atypiques & récents qui ont moins d'effets anticholinergiques > Surveillance biologique (natrémie, glycémie, cholestérolémie) > Surveillance de la taille et du poids > Mortalité cardio-vasculaire accrue chez les sujets âgés + chutes + confusion	

- Certains neuroleptiques sont inappropriés chez le sujet âgé, notamment en cas de démence, avec un risque d'AVC et une mortalité augmentés. Eviter l'utilisation de ces neuroleptiques, à moins que toutes les options non pharmacologiques aient été épuisées et que le patient représente un danger pour lui même ou pour les autres.

Liste des neuroleptiques inappropriés chez le sujet âgé dément :

Neuroleptiques classiques de 1 ^{ère} génération	Neuroleptiques atypiques de 2 ^{ème} génération
Chlorpromazine (Largactil), Fluphenazine (Modécate), Haloperidol (Haldol), Loxapine (Loxapac), Pimozide (Orap)	Aripiprazole (Abilify), Clozapine (Leponex), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapine (Xeroquel), Risperidone (Risperdal)

NB : L'efficacité des neuroleptiques dans les troubles du comportement est faible : limitée dans les troubles agressifs, non établie dans les autres troubles des symptômes psycho-comportementaux de la démence, notamment dans l'agitation. Seul les psychoses et syndromes délirants avérés relèvent d'un traitement par NL.



Pour approfondir

- Liste de Laroche ML et coll, Eur J Clin Pharmacol 2007, 63 :752-31
- Malette Mobiquat « Alzheimer »
- Programmes de la Haute Autorité de Santé : PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé) et AML-ALzheimer (Indicateurs Alerte-Maitrise-Iatrogénie dans la maladie d'Alzheimer)

La prévention des chutes

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 IDE

 Aide soignant


Principaux enjeux

- Plus d'une personne âgée de plus de 75 ans sur trois 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 de réduction de ce risque.



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 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 hypoglycémiantes (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] / taille² [m²], 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),
- ✓ 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 ;
 - ✓ 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
- Favoriser la kinésithérapie, les exercices d'assouplissement (gymnastique douce, Tai chi), de renforcement musculaire et d'entraînement 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).



Pour approfondir

- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée - Recommandations HAS - Novembre 2005
- Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile - INPES : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/886.pdf>

La prise en charge de la douleur

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 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** et **traitée dès que possible**, 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** : physiothérapie (froid/chaud), orthèses, massages/kinésithérapie, balnéothérapie, musicothérapie, relaxation, radiothérapie.
- **Privilégier** les médicaments par **voie orale**. Ces traitements doivent être réévalués régulièrement.



Points clés

Les douleurs nociceptives

- Commencer par la **posologie minimale efficace** et **augmenter progressivement selon l'intensité** (Start low and Go slow) :
 - ✓ passer au palier suivant quand la posologie maximale est atteinte et que la douleur n'est pas soulagée,
 - ✓ lors d'une douleur aiguë il est logique de débiter par un palier 2 ou 3 en réévaluant régulièrement.

Traitements

Non opioïdes	Palier 1	Paracétamol (à privilégier) AINS (à utiliser avec prudence)
Opioïdes faibles	Palier 2	Codéine Tramadol
Opioïdes forts	Palier 3	Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Hydromorphone

Liste non exhaustive

- Associer du paracétamol à du palier 2 ou 3.
- Ne pas associer deux médicaments d'un même palier.
- Ne pas associer deux médicaments de palier 2 et 3.
- 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 :
 - ✓ Le **Méopa** (Kalinox®) : mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, à la fois anxiolytique et antalgique (protocole RRDBN).
 - ✓ Des **crèmes anesthésiantes** :
 - > **crème Emla®** pour les douleurs sur ulcères,
 - > **Lidocaïne** en gel ou en spray (ex. : Xylocaïne®).

- Commencer par la posologie minimale efficace et augmenter progressivement selon l'intensité (Start Low and Go slow).
- 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 (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.

>>> En cas de douleurs neuropathiques ou mixtes, des anti-épileptiques (en 1^{ère} intention) ou antidépresseurs sont prescrits.

>>> **ANTIEPILEPTIQUES** : En 1^{ère} 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 (1^{er} jour), puis à 300 mg x 3 fois/jour (2^{ème} jour) puis 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 2^{ème} 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 évaluation régulière.

> **Famille des Tricycliques** :

✓ **Amitriptyline** (Laroxyl®) : 5 à 10 mg par jour pendant 1 semaine, le soir au coucher puis 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 coprescriptions à risque sédatif (benzodiazépines par exemple).

✓ **Clomipramine chlorhydrate** (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)

> **Famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRSNA)** :

✓ à utiliser en 2^{ème} intention

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

>>> **Tramadol** : en 1^{ère} intention dans le cas spécifique des douleurs neuropathiques avec composante nociceptive, sinon à utiliser en 2^{ème} 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*).

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

✓ **patches** :

> **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.

- 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.



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 .....	.....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 « Aie », « 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	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

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 DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

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'écartier 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 DOLOUREUSES

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®

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

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____

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*.

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al.* *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.



Outils

- Fiche 13 « opiacés forts »
- Fiche 3 « le circuit du médicament en EHPAD »
- Fiche 4 « la prescription en EHPAD »
- Fiche 5 « la fourniture, la dispensation et la détention des médicaments »
- Fiche 7 « l'administration des médicaments en EHPAD »
- Fiche 8 « la dotation pour besoins urgents »
- Fiche 9 « exemple de chariot de médicaments d'urgence »
- Liste préférentielle de médicaments en EHPAD
- Document du Réseau Régional Douleur de Basse-Normandie :
site : <http://www.douleur-rrdbn.org>



Pour approfondir

- Réseau Régional Douleur de Basse-Normandie : Le DVD de formation « La douleur chez la personne âgée » - 2011 : sur demande auprès du RRDBN, à titre gratuit
- Réseau Régional Douleur de Basse-Normandie : douleurs neuropathiques en cancérologie - Recommandations d'utilisation de la crème EMLA - Prévention des douleurs liées aux soins
- Réseau Régional Douleur de Basse-Normandie et Unité mobile douleur du CHRU de Caen : Guide pratique d'utilisation des opiacés - Protocole MEOPA
- Mobiquat - Douleur chez la personne âgée - 2012

La prévention de la dénutrition

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 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 de iatrogénie médicamenteuse**.
 - ✓ Un résident fragilisé est plus 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 : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois	Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois, ou $\geq 15\%$ en 6 mois
ET/OU IMC (poids /taille ²) < 21	ET/OU IMC (poids /taille ²) < 18
ET/OU Albuminémie < 35 g/l : (interpréter en tenant compte de l'état inflammatoire du patient)	ET/OU Albuminémie < 30 g/l : (interpréter en tenant compte de l'état inflammatoire du patient)
Score MNA < 17/30 (Mini Nutritional Assessment)	

- L'albuminémie doit être interprétée en fonction de l'état hydro **électrolytique et inflammatoire du patient**.
- L'état d'hydratation influence 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 d'un 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, 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, ...
 - ✓ 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 », en particulier chez le sujet dément pouvant changer d'avis fréquemment.
- Rythme alimentaire :
 - ✓ maintenir un rythme alimentaire quotidien de 3 repas + un goûter.
 - >>> Il est recommandé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée.
- Eviter les périodes de jeûne nocturne trop longues > 12h, en particulier pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (prévoir des « finger food » : petits gâteaux à disposition).

- 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'Education 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 Etablissements et des Services sociaux et Médicosociaux (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)
- Grammage des repas et composition des repas des personnes âgées en institution - GEMRCN : site omédit : <http://www.omedit-basse-normandie.fr/>

L'adaptation posologique des Antivitamines K

 Direction

 Médecin

 Pharmacien

 IDE

 Aide soignant

Les spécialités concernées

Coumadine, Warfarine, Previscan, Fluindione, Sintrom, Acenocoumarol



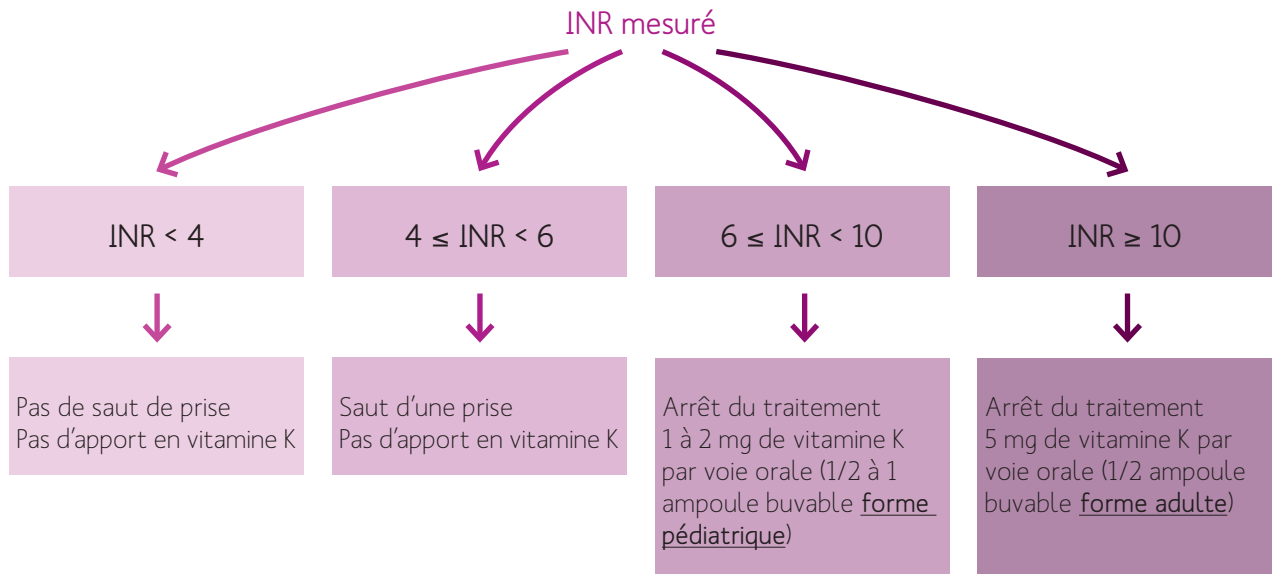
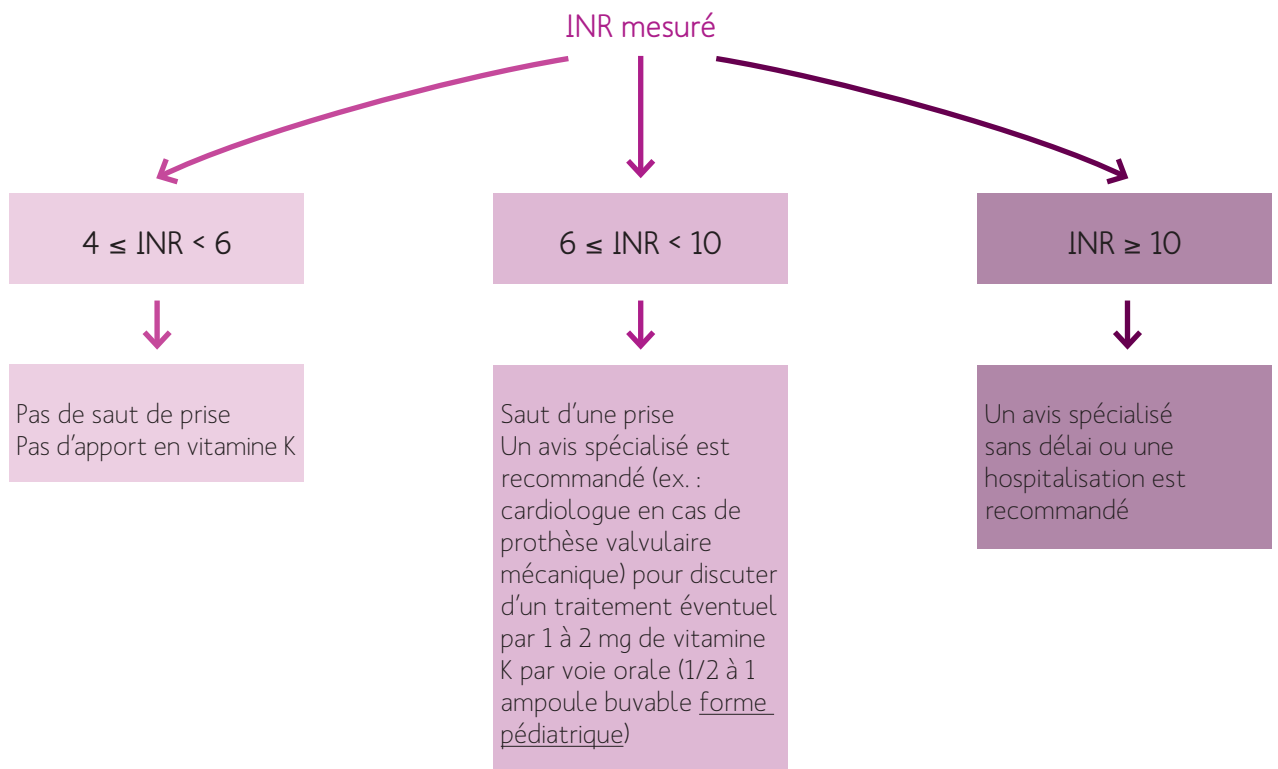
Principaux enjeux

- 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 1/2 à 3/4 de la dose).
- L'INR (International Normalized Ratio), permet de déterminer la dose efficace pour le patient.
- L'INR est l'examen biologique de référence qui permet la surveillance de l'activité de ce médicament 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).
- La réévaluation régulière du bénéfice/risque est indispensable tout au long du traitement par AVK.



Points clés

- En fonction des résultats de l'INR (réalisé toutes les 48 h à l'initiation puis une fois par mois au long court), il y a adaptation de la posologie des AVK.

1^{er} cas : INR cible situé entre 2 et 32^{ème} cas : INR cible situé entre 2,5 - 3,5 ou 3 - 4,5

- **En cas de surdosage :**
 - ✓ un **contrôle de l'INR** doit être réalisé **le lendemain**. En cas de persistance d'un INR > à la cible, les attitudes précédemment décrites seront reconduites ;
 - ✓ la **cause du surdosage doit être identifiée** et prise en compte dans l'adaptation éventuelle de la posologie.
- Une **hémorragie grave ou potentiellement grave** nécessite une **prise en charge hospitalière**.
 - ✓ Les critères de gravité sont **l'abondance du saignement**, la **localisation** ou **l'absence de contrôle** par des moyens usuels et/ou la nécessité d'une transfusion ou d'un geste hémostatique en milieu hospitalier.
- **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 approfondir

- Recommandations AFSSAPS - Juillet 2008 :
http://www.ansm.sante.fr/var/anms_site/storage/original/application/5520feaf26fd4213a492d140bbeb448.pdf

Dose initiale et palier d'ajustement des posologies par spécialité

SINTROM 4 mg	Dose initiale : 4 mg (1 comprimé à 4 mg) en 2 prises quotidiennes Ajustement : palier de 1 mg (soit 1 comprimé à 1 mg ou 1/4 de comprimé à 4 mg)
MINISINTROM 1 mg	Dose initiale : 4 mg (4 comprimés à 1 mg ou 1 comprimé à 4 mg) en 2 prises quotidiennes Ajustement : palier de 1 mg (soit 1 comprimé à 1 mg ou 1/4 de comprimé à 4 mg)
COUMADINE 2 mg	Dose initiale : 4 à 5 mg en 1 prise quotidienne Ajustement : palier de 1 mg (1/2 comprimé à 2 mg)
COUMADINE 5 mg	Dose initiale : 4 à 5 mg en 1 prise quotidienne Ajustement : palier de 1 mg (1/2 comprimé à 2 mg)
PREVISCAN 20 mg	Dose initiale : 20 mg (1 comprimé) Ajustement : palier de 5 mg (soit 1/4 de comprimé)



Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD