



COMMENT RÉDUIRE
LES HOSPITALISATIONS
NON PROGRAMMÉES
EN EHPAD ?

Cet outil vient en complément d'un guide de poche, créé pour guider les infirmiers et les aides-soignants dans des situations d'urgence, lorsqu'aucun médecin n'est présent dans l'établissement.

Le guide et le livret sont le fruit d'un travail conjoint d'Ehpad normands, d'établissements d'HAD, d'équipes mobiles de soins palliatifs, de services d'urgence, de SOS médecins et de l'ARS Normandie.

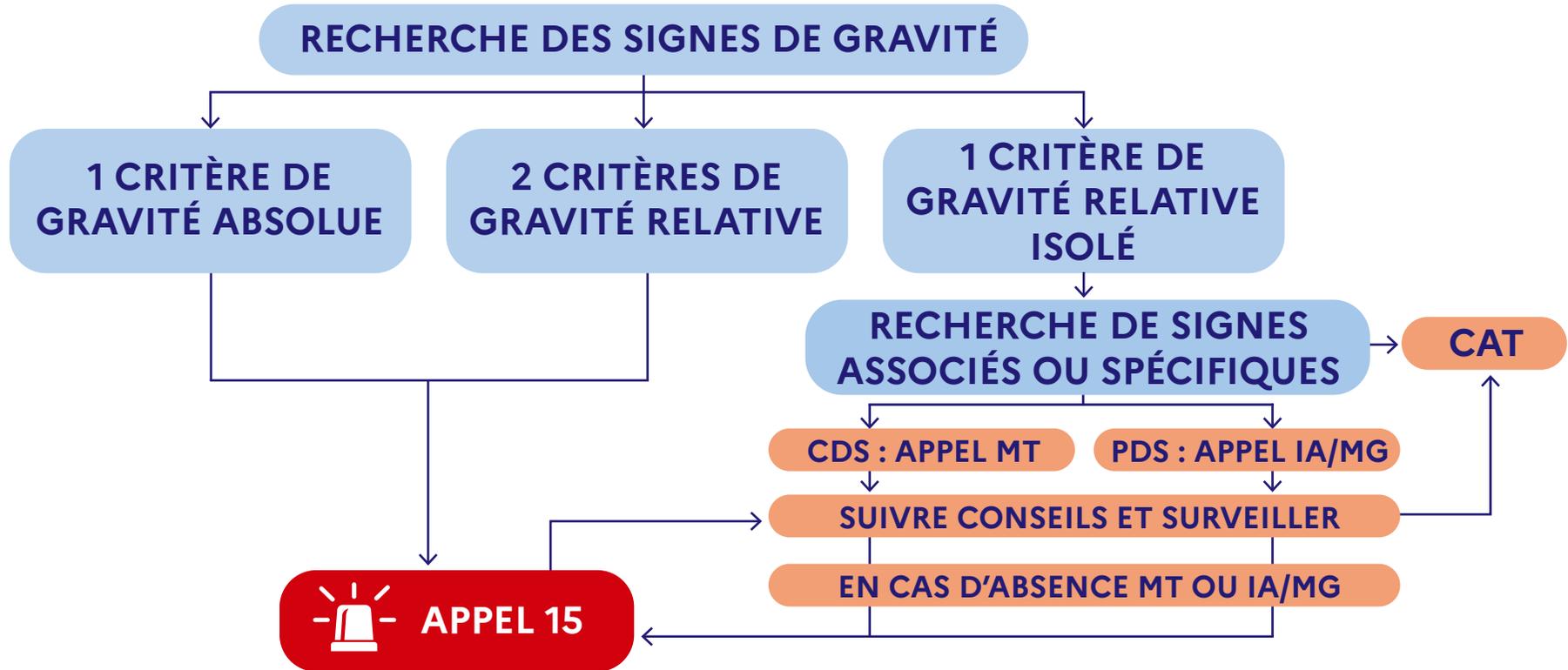
Avant de les utiliser, une formation dispensée par le médecin-coordonnateur et l'infirmier coordonnateur est indispensable.

VOLET 1 : Comment identifier une urgence ou un besoin de soins non programmé ?	p. 5
Orienter son appel en fonction de l'état clinique du résident	p. 6
Evaluer l'état de conscience du résident.....	p. 7
Repérer les signes de gravité : prendre les constantes du résident.....	p. 8
Rechercher des signes particuliers de gravité.....	p. 9
Fiche 1 - Repérage des situations de soins palliatifs	p. 10
Fiche 2 - Traumatisme crânien	p. 11
Fiche 3 - Perte de connaissance	p. 12
Fiche 4 - Maux de tête aigus	p. 13
Fiche 5 - Douleur abdominale d'apparition brutale	p. 14
Fiche 6 - Douleur thoracique d'apparition brutale	p. 15
Fiche 7 - Diarrhée	p. 16
Fiche 8 - Vomissements	p. 17
Fiche 9 - Agitation aiguë	p. 18
Fiche 10 - Fièvre > 38°5	p. 19
Fiche 11 - Chute et/ou personne retrouvée au sol	p. 20
Fiche 12 - Hémorragie extériorisée	p. 21
Fiche 13 - Jambe chaude, augmentée de volume	p. 22
Fiche 14 - Jambe froide	p. 23
Fiche 15 - Plaie cutanée	p. 24
Fiche 16 - Absence de réponses aux questions / stimulations, coma calme	p. 25
Fiche 17 - Asphyxie, fausse route	p. 25
Fiche 18 - Suspicion d'AVC	p. 27
VOLET 2 : Quelles informations communiquer ?	p. 29
Fiche de liaison d'urgence.....	p. 30
Fiche de retour en Ehpad.....	p. 33
VOLET 3 : Les soins palliatifs	p. 35
Comment repérer les situations de soins palliatifs- logigramme	p. 36
Pallia 10 géronto.....	p. 38
Soins palliatifs en Ehpad	p. 40
Fiche urgence Pallia	p. 44
Algoplus	p. 46
PCA en Ehpad	p. 47
VOLET 4 : les médicaments et l'urgence	p. 53
Dotation pour besoins urgents	p. 54
Exemple de chariot de médicament d'urgence	p. 57
VOLET 5 : Annuaire régional	p. 61
GLOSSAIRE	p. 65

VOLET 1 :
Comment identifier une
urgence ou un besoin de
soins non programmé ?

ORIENTER SON APPEL EN FONCTION DE L'ÉTAT CLINIQUE DU RÉSIDENT

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia



PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

EVALUER L'ÉTAT DE CONSCIENCE DU RÉSIDENT

SCORE DE GLASGOW (GCS) : CALCUL ET INTERPRÉTATION

OUVERTURE DES YEUX (/4)	RÉPONSE VERBALE (/5)	RÉPONSE MOTRICE (/6)
Spontanée (4)	Orientée (5)	Obéit à la demande (6)
A la demande (3)	Confuse (4)	Orientée à la douleur (5)
A la douleur (2)	Inappropriée (3)	Evitement non adapté (4)
Aucune (1)	Incompréhensible (2)	Flexion stéréotypée à la douleur (décortication) (3)
	Aucune (1)	Extension stéréotypée à la douleur (décérébration) (2)
		Aucune (1)

15 (maximum) :

conscience normale

14 à 10 :

somnolence ou coma léger

9 à 7 :

coma lourd

6 à 3 :

coma profond ou mort clinique

Résident inconscient : mettre en position latérale de sécurité (PLS)



APPEL 15

REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ : PRENDRE LES CONSTANTES DU RÉSIDENT

CONSTANTES	GRAVITÉ ABSOLUE	GRAVITÉ RELATIVE
Pouls	< 45 ou > 120 bpm	< 50 ou > 100 bpm
Pression artérielle systolique aux deux bras	< 90 ou > 200 mmHg	< 100 ou > 180 mmHg
Saturation en oxygène	< 80 %	< 85 %
Température	> 40°C	> 38,5°C et frissons
Fréquence respiratoire	< 10 ou > 25 cpm	< 12 ou > 20 cpm
Glycémie capillaire au doigt	< 0,6 ou > 4g/l	< 0,8 ou > 3 g/l

1 CRITÈRE DE GRAVITÉ ABSOLUE OU 2 CRITÈRES DE GRAVITÉ RELATIVE



APPEL 15

bpm : battements par minute ; cpm : cycles par minute ; mmHg : millimètres de mercure

RECHERCHER DES SIGNES PARTICULIERS DE GRAVITÉ

GRAVITÉ ABSOLUE

- Hémorragie abondante (> 1 haricot)
- Paralysie ou impotence d'apparition brutale
- Signes de détresse respiratoire (cyanose, dyspnée, ventilation bruyante, tirage)
- Parole difficile
- Convulsions

GRAVITÉ RELATIVE

- Sueurs, marbrures, somnolence
- Essoufflement permanent
- Douleurs aiguës et intenses (ALGOPLUS ≥ 3 ou EN ≥ 6)
- Modification de la conscience
- Agitation

1 CRITÈRE DE GRAVITÉ ABSOLUE OU 2 CRITÈRES DE GRAVITÉ RELATIVE



APPEL 15

REPÉRAGE DES SITUATIONS DE SOINS PALLIATIFS

Avant toute utilisation du livret A4 et du guide de poche, il est recommandé de repérer en équipe tous les résidents en situation de soins palliatifs et d'établir des fiches urgence Pallia.

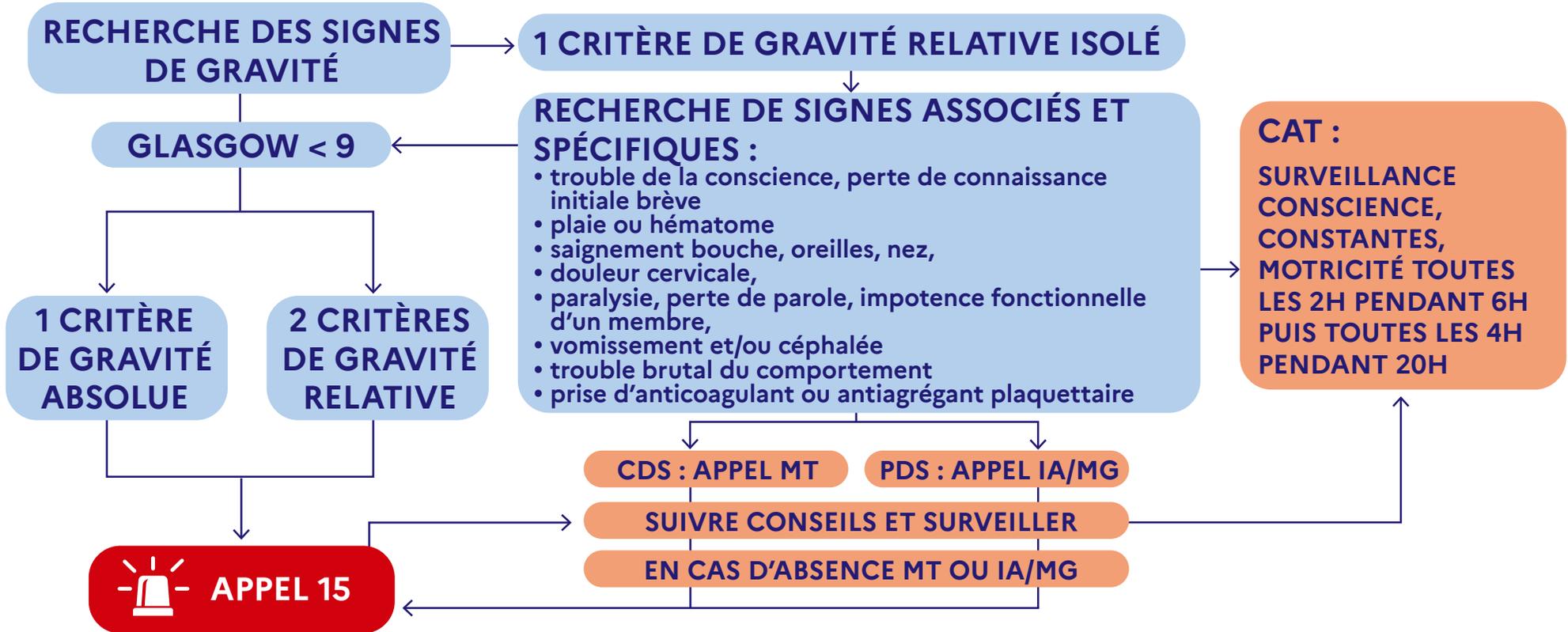
Le livret A4 fourni avec le guide reprend l'intégralité de la démarche et les outils à utiliser .

Communiquer la situation palliative des résidents évitera les hospitalisations et aidera le médecin dans sa prise de décision.



TRAUMATISME CRÂNIEN

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

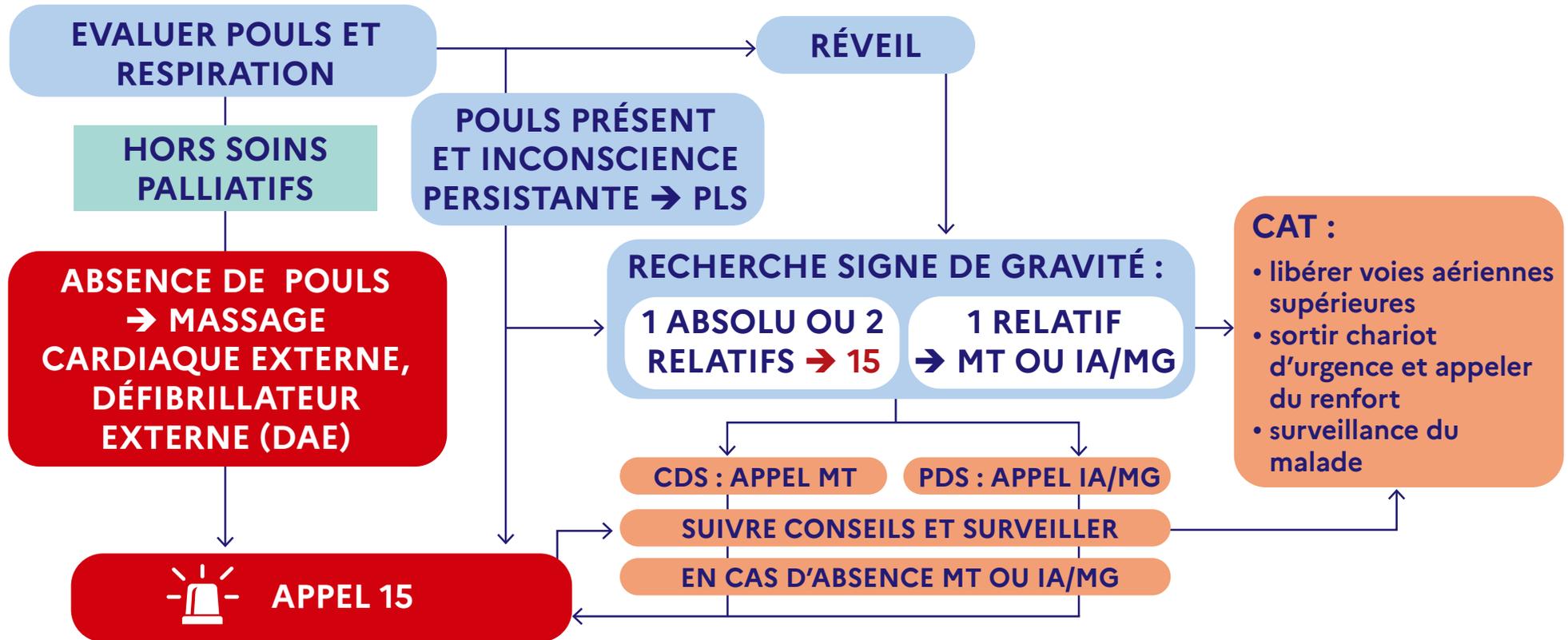


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

PERTE DE CONNAISSANCE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

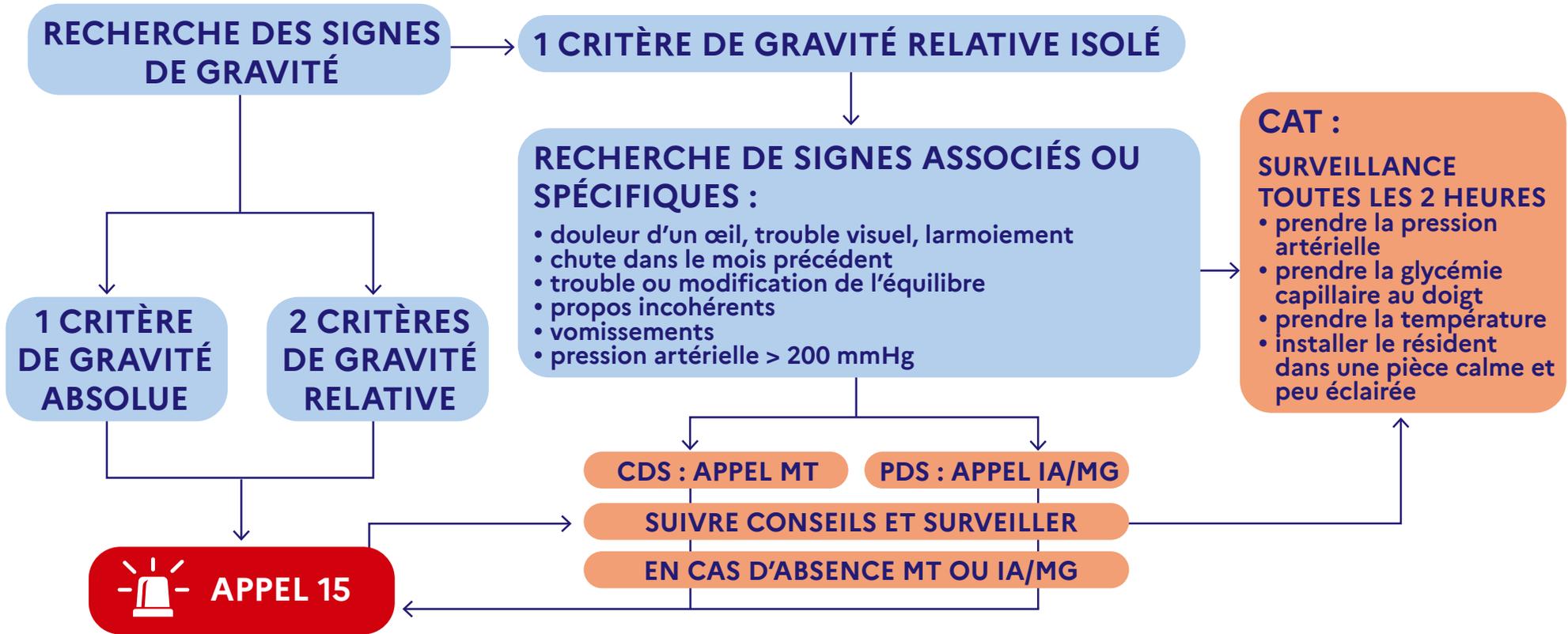


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

MAUX DE TÊTE AIGUS

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

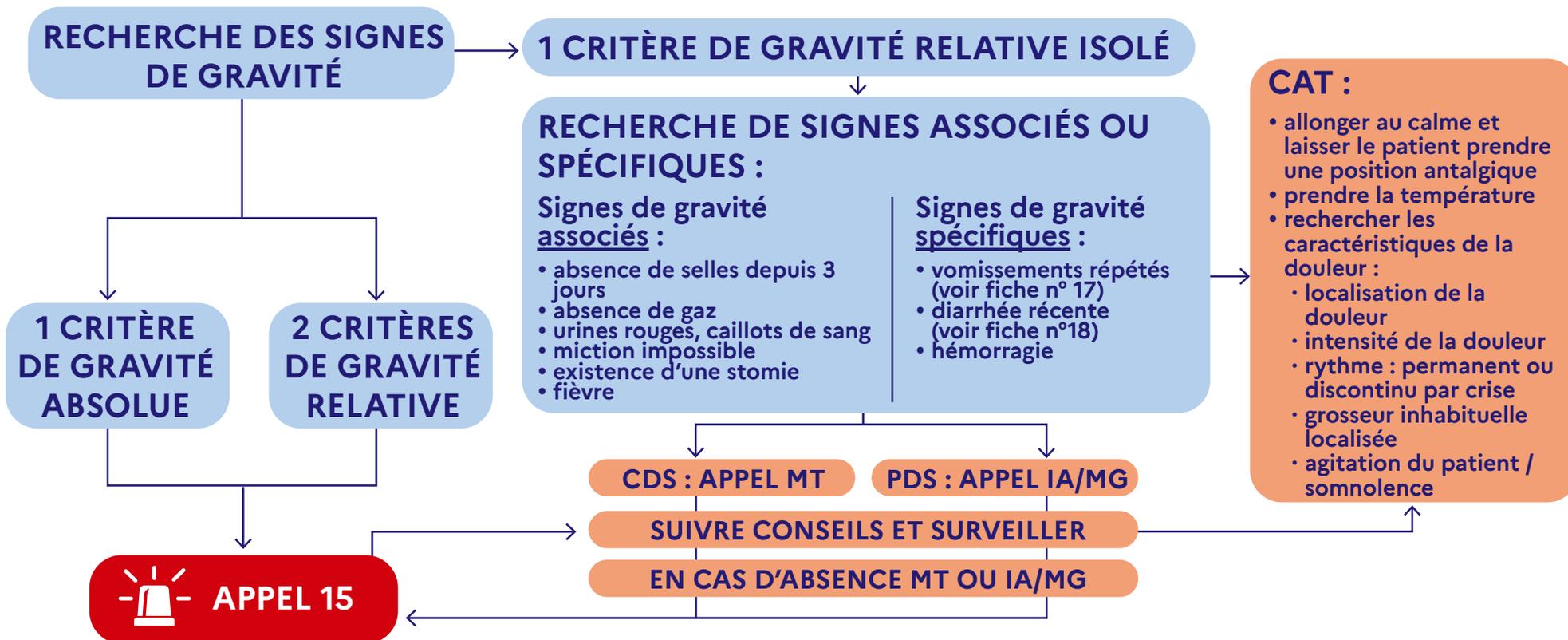


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

DOULEUR ABDOMINALE D'APPARITION BRUTALE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

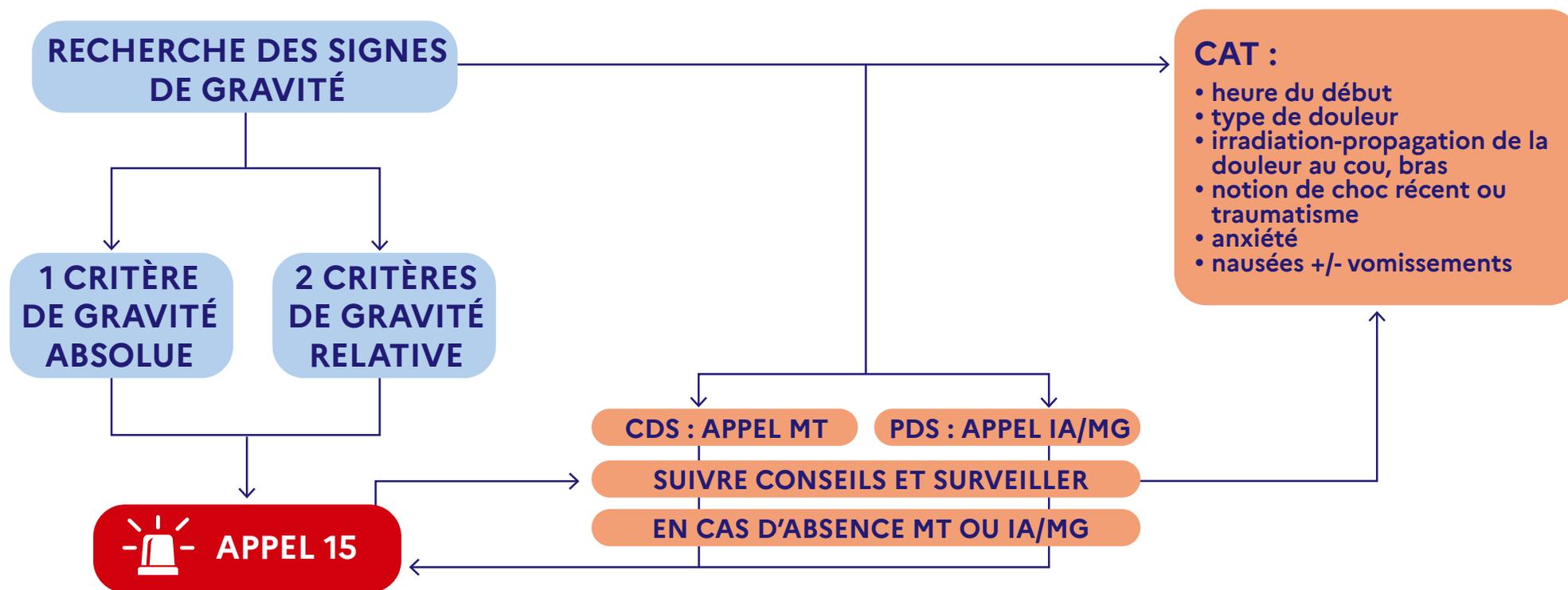


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

DOULEUR THORACIQUE D'APPARITION BRUTALE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

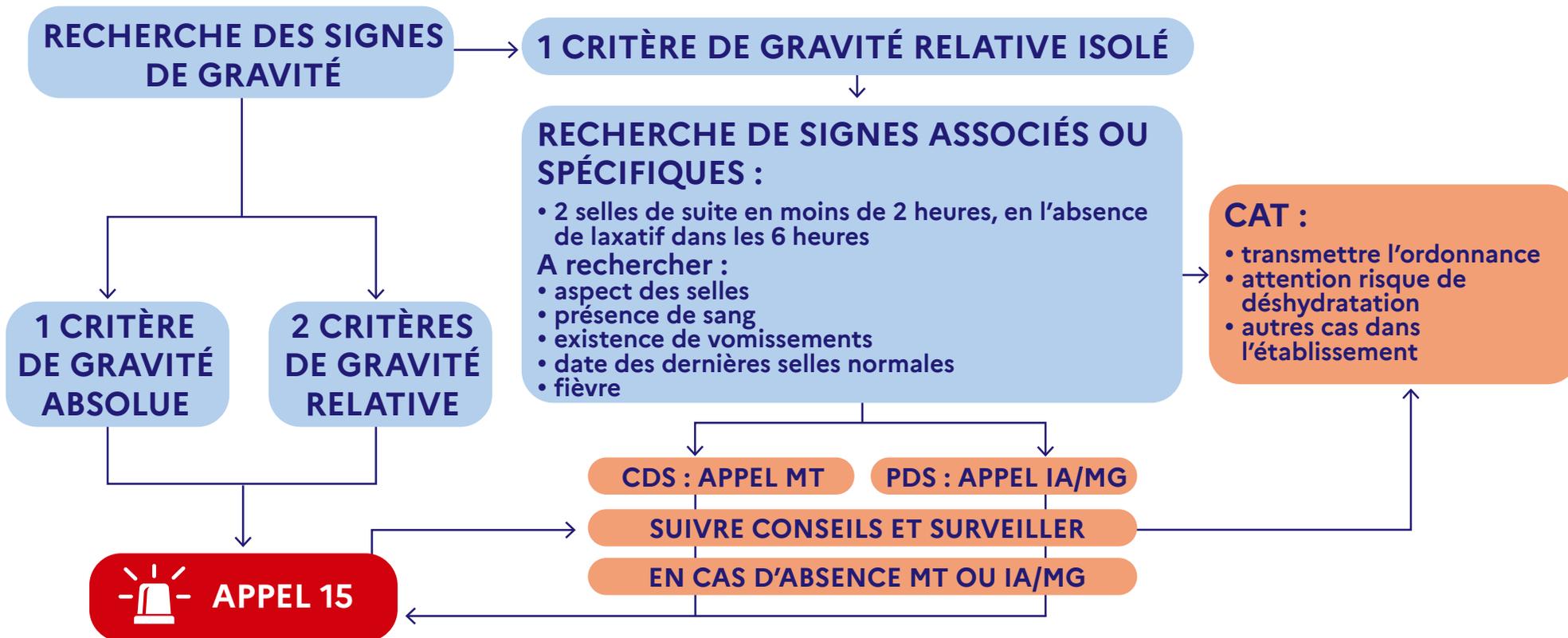


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

DIAHRRÉE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

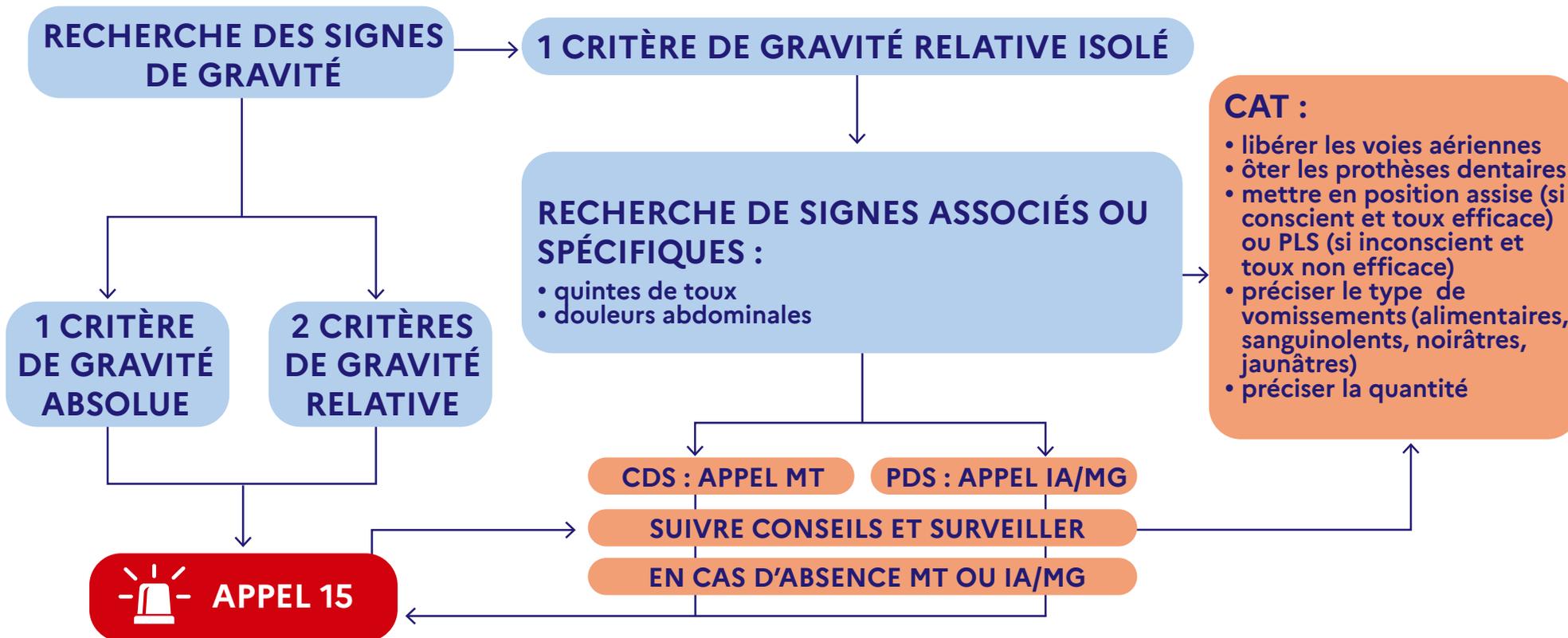


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

VOMISSEMENTS (RÉPÉTÉS : AU MOINS 4 EN 3 HEURES)

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

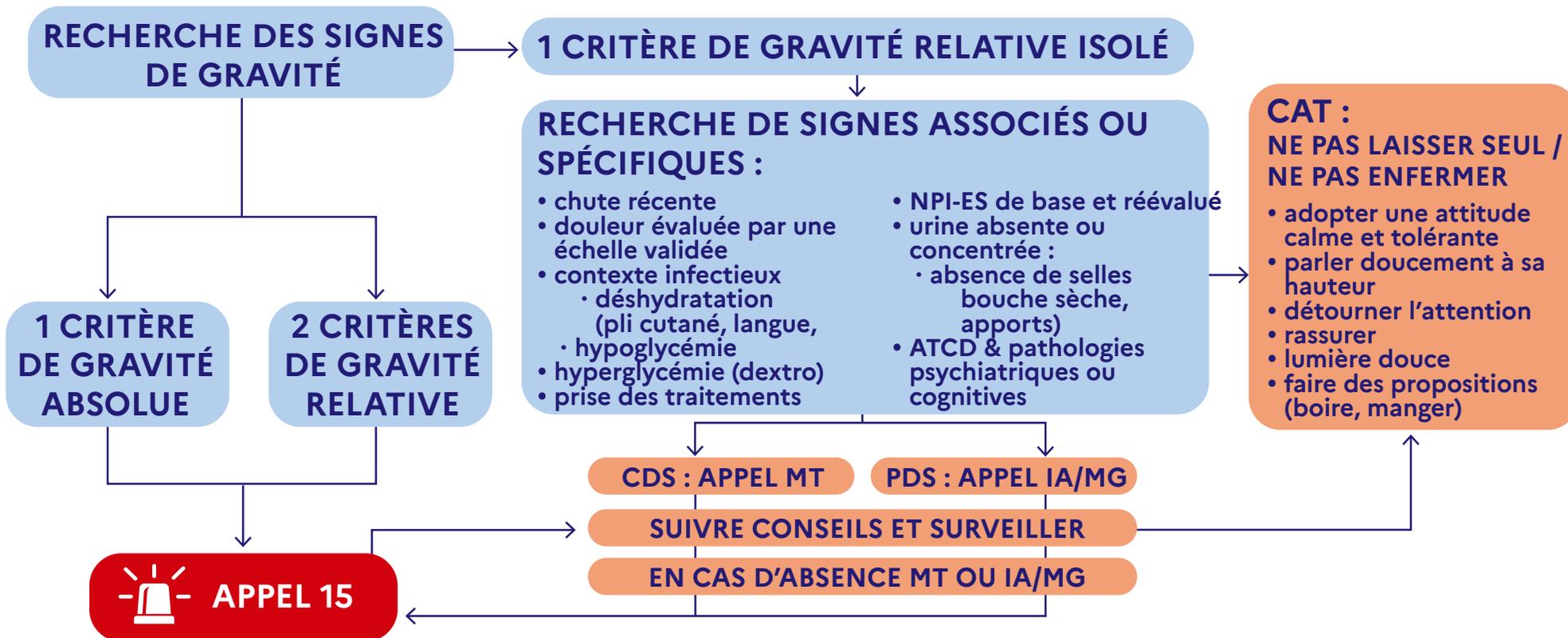


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

AGITATION AIGUË

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

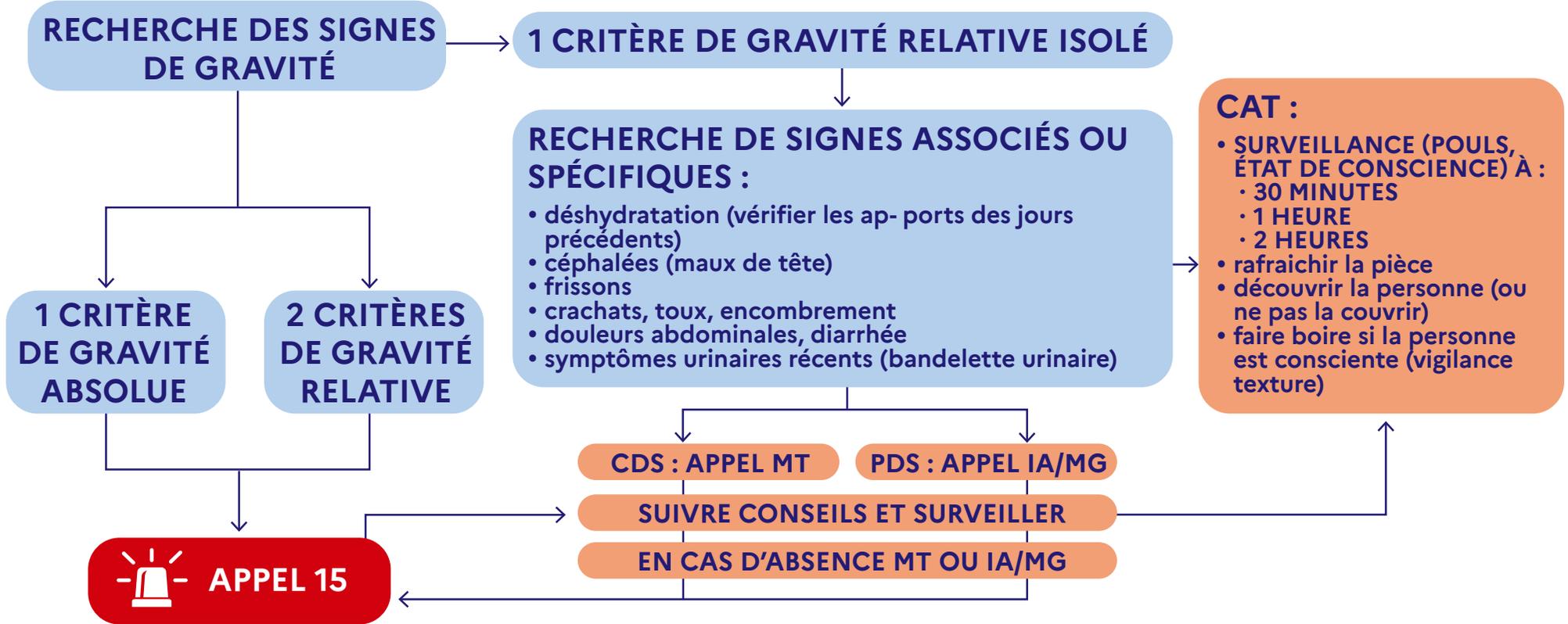


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

FIÈVRE > 38,5°C

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

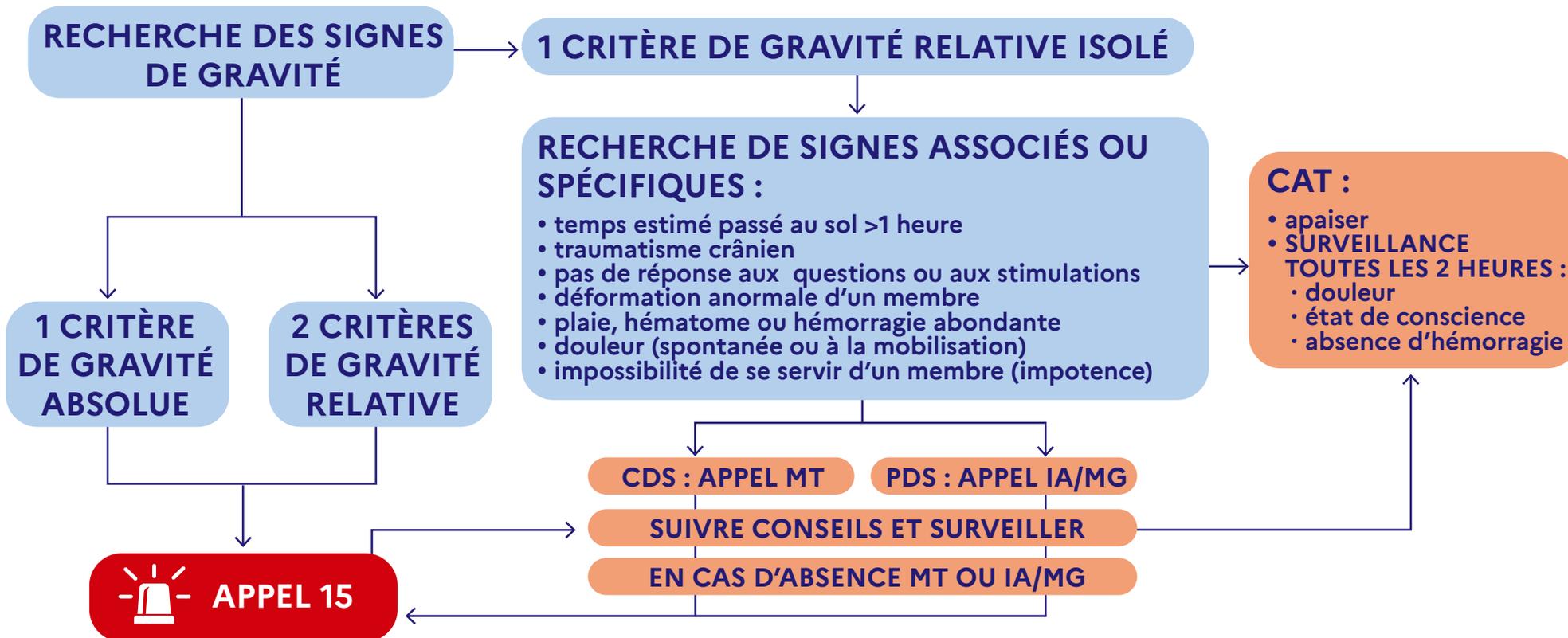


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

CHUTE ET/OU PERSONNE RETROUVÉE AU SOL

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

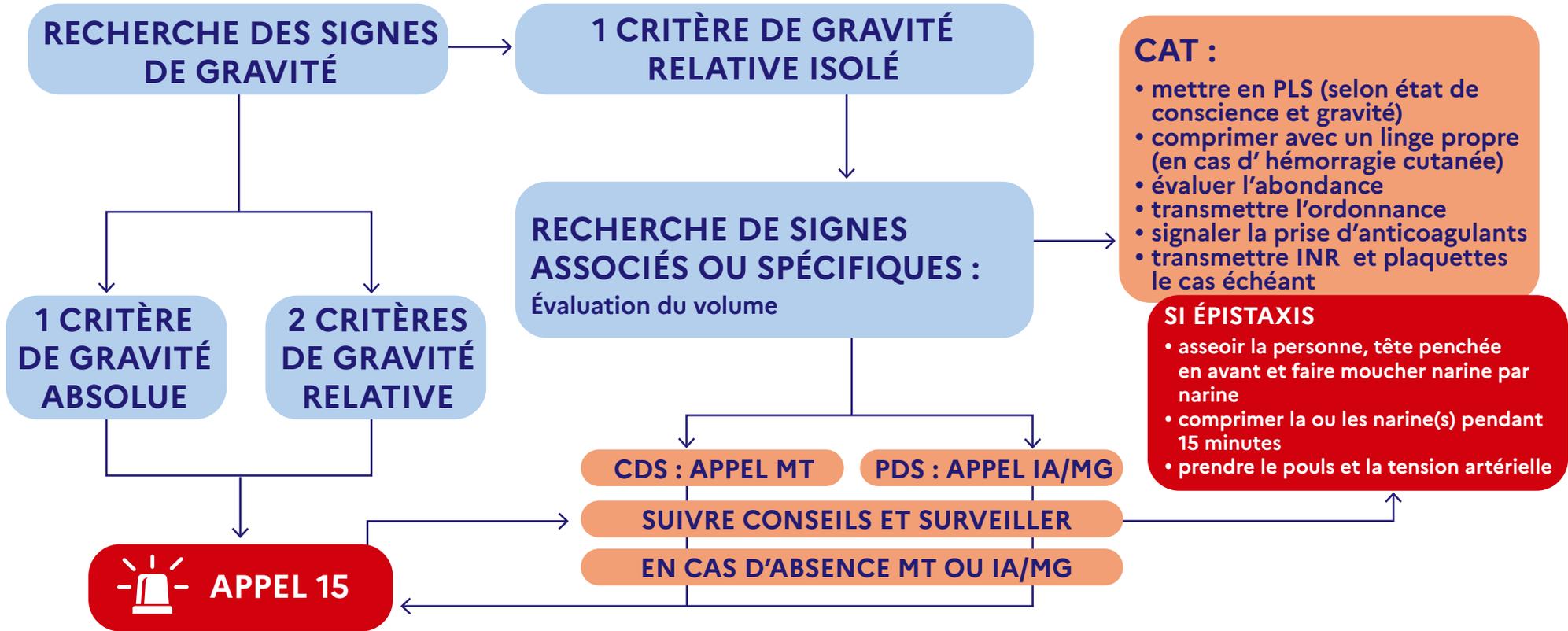


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

HÉMORRAGIE EXTÉRIORISÉE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

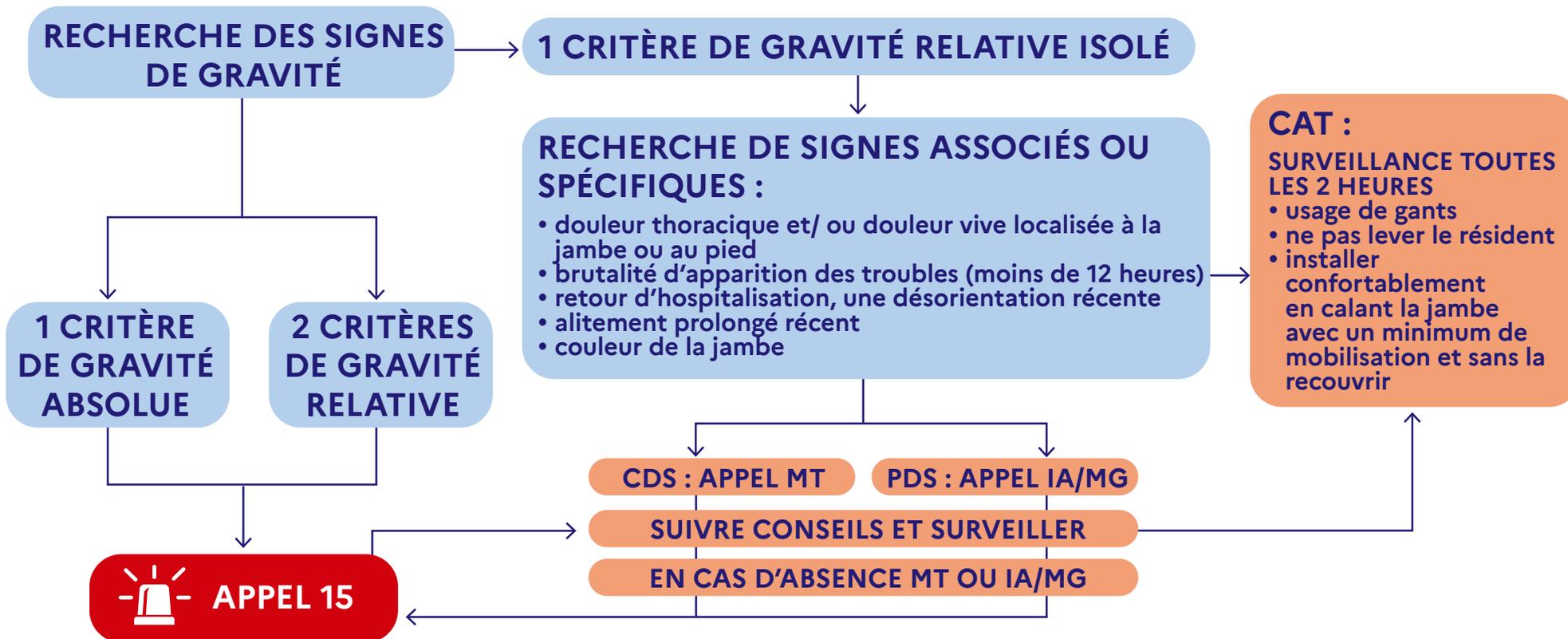


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

JAMBE CHAUDE – AUGMENTÉE DE VOLUME

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

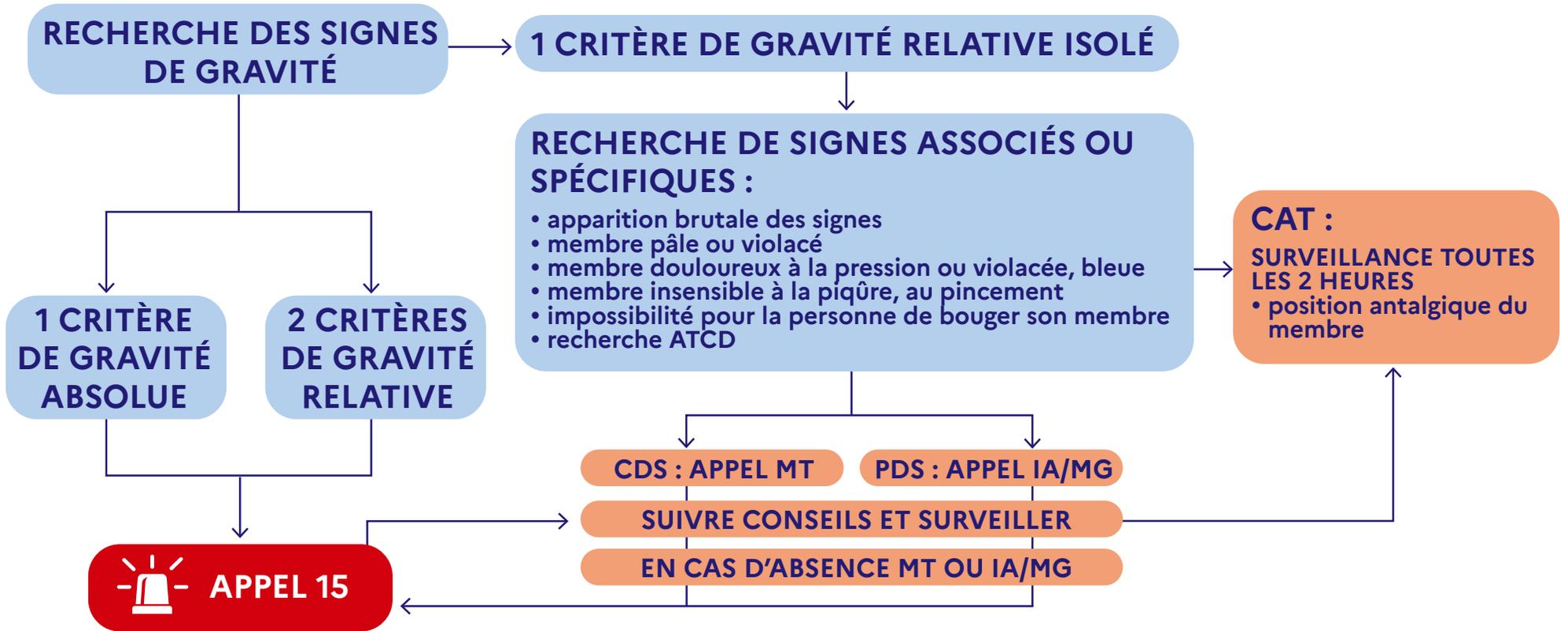


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

JAMBE FROIDE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

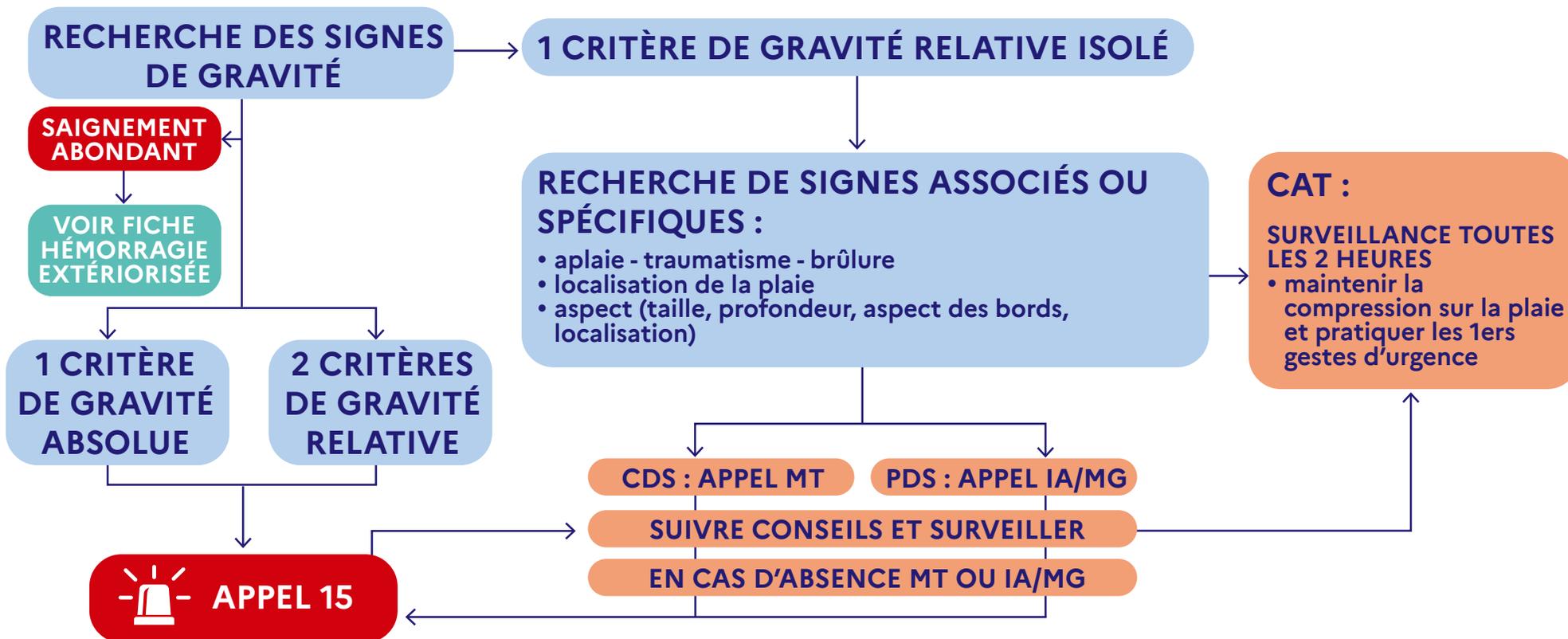


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

PLAIE CUTANÉE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

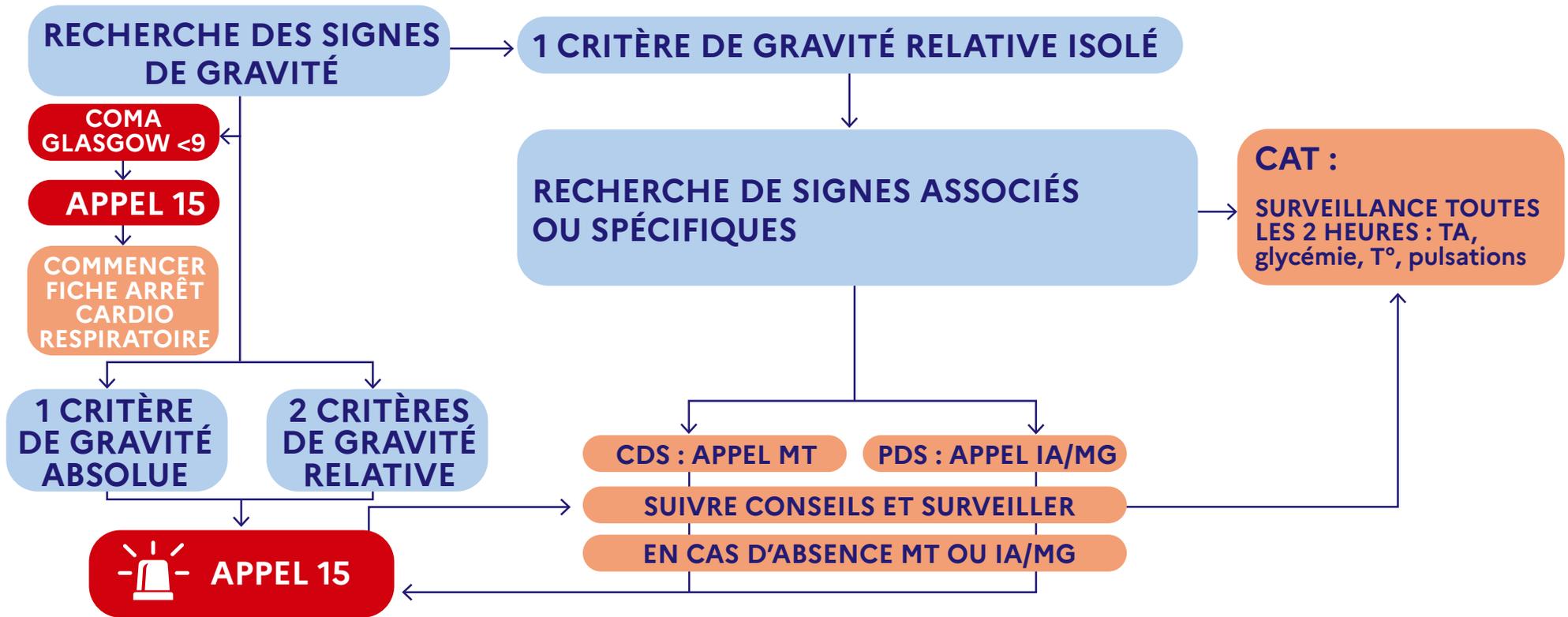


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

ABSENCE DE RÉPONSES AUX QUESTIONS OU STIMULATIONS : COMA CALME

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

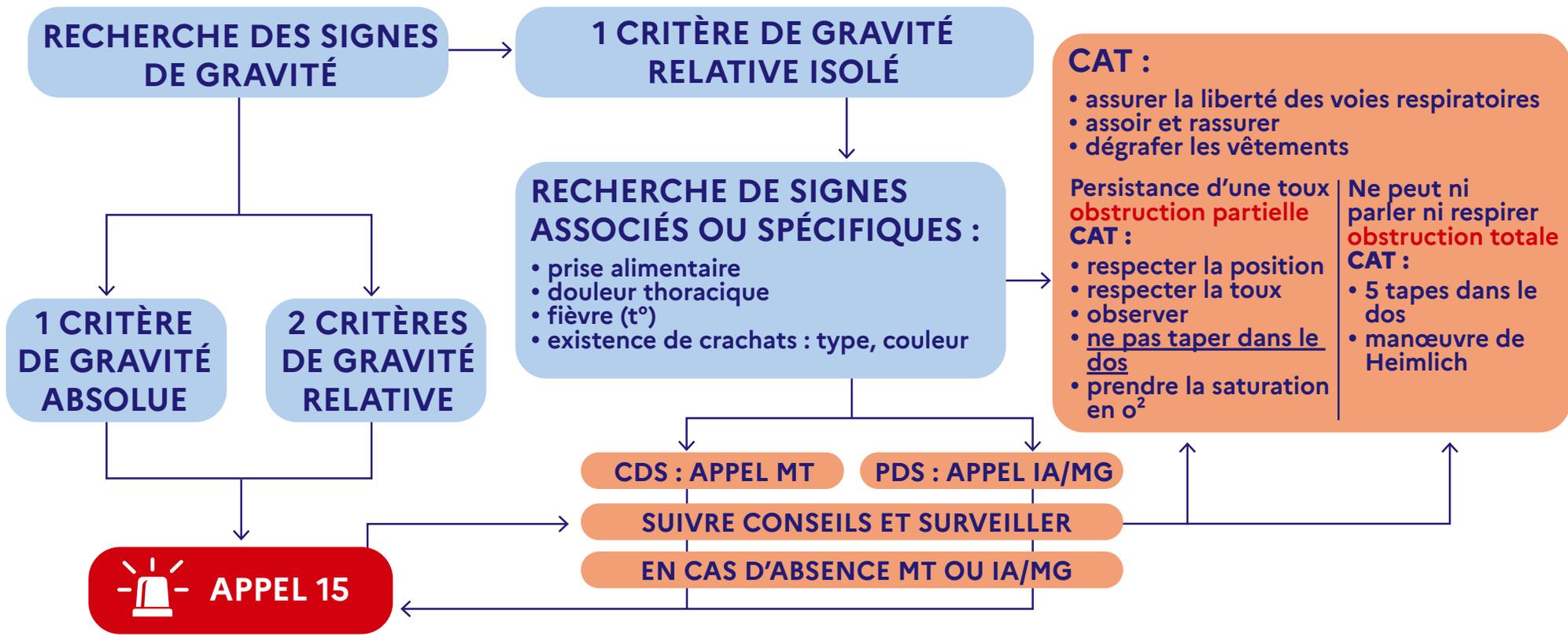


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

ASPHYXIE / FAUSSE ROUTE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

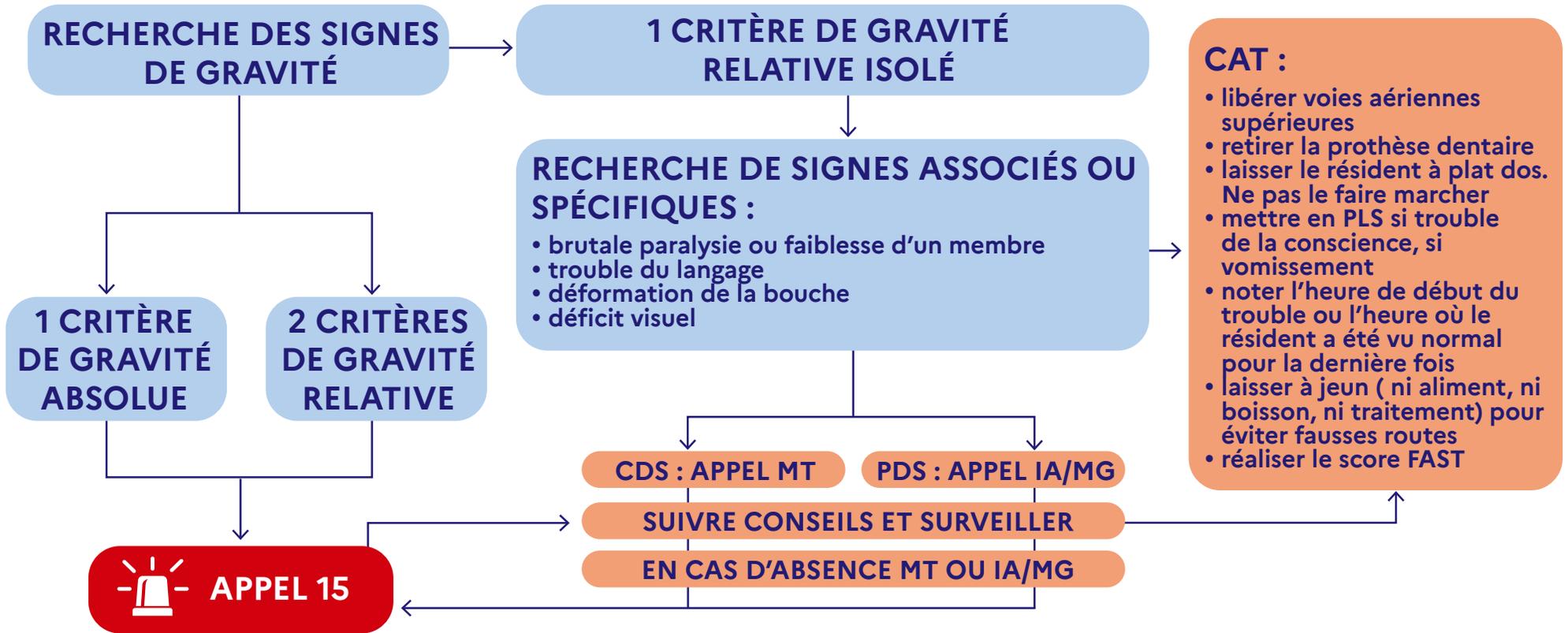


PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant

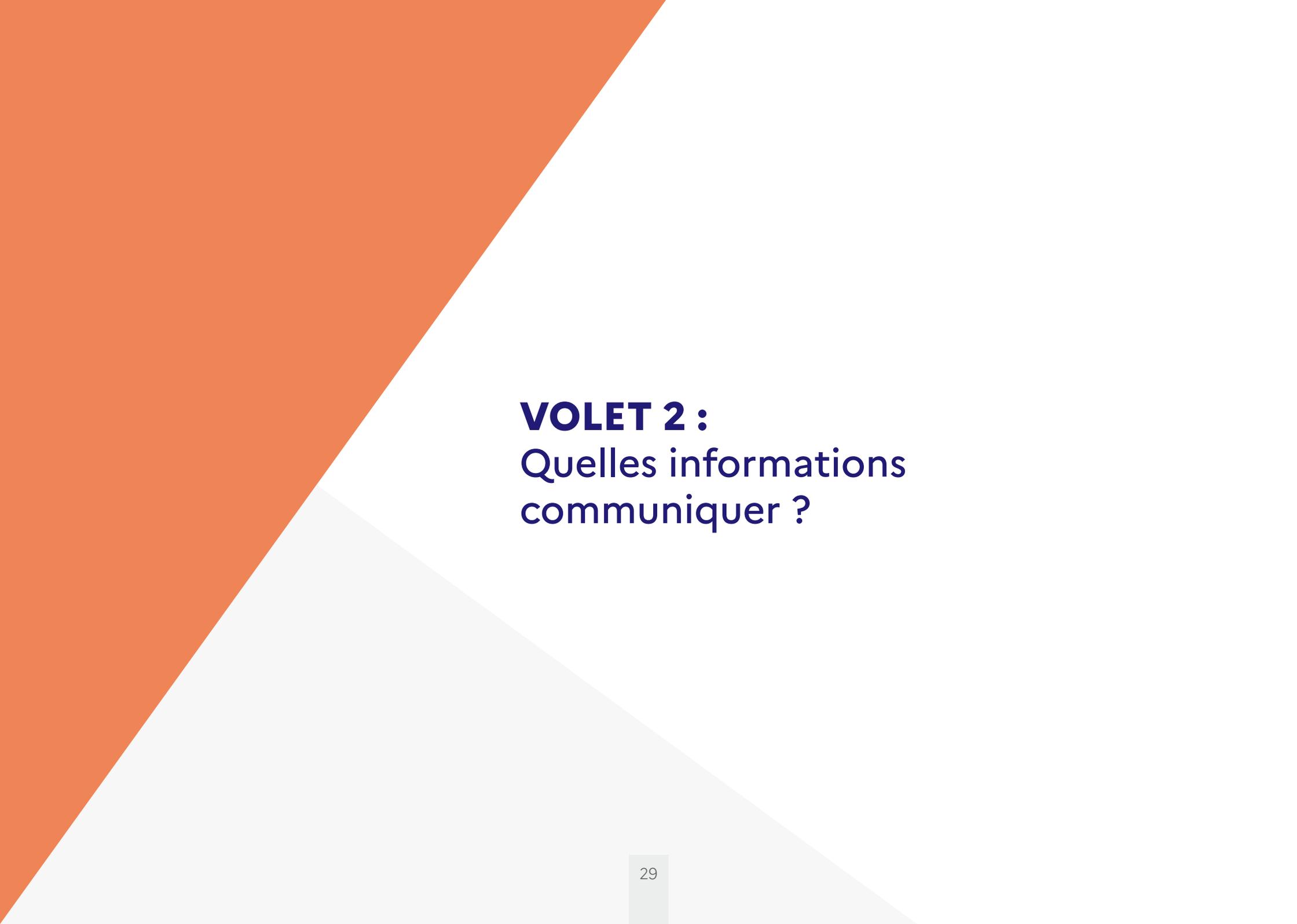
SUSPICION D'AVC

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia



 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

CDS : continuité des soins : tous les jours de 8 h à 20 h / le samedi de 8 h à 12 h - PDS : permanence des soins du samedi 12 h au lundi matin 8 h - IA : infirmier d'astreinte ; MG : médecin de garde ; MT : médecin traitant



VOLET 2 :
Quelles informations
communiquer ?

RENSEIGNER LA FICHE DE LIAISON D'URGENCE (FLU)

FICHE DE LIAISON D'URGENCE

Document de transfert de l'EHPAD vers une structure d'urgences

Les items en bleu sont renseignés en amont par l'IDEC et le médecin coordonnateur
Les items en vert sont renseignés au moment du transfert vers une structure d'urgences

Nom de l'établissement :
Ville / Commune :
Téléphone : **Date et heure de départ** :

Présence infirmier(e) la nuit : oui non **Présence d'astreinte infirmier(e) la nuit** : oui non

IDENTITÉ DU RÉSIDENT (ou joindre étiquette)

Nom : **Date de naissance** :

Prénom : **Dernier poids et date** : **Taille** :

Nom Prénom du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Protection juridique : oui non

Si oui, Nom et coordonnées du : Tuteur / Curateur / Mandataire :

Personne de confiance désignée

Nom et prénom :

Téléphone :

Ou

Référént(e) familial(e) : Nom et Prénom

Téléphone :

Directives anticipées : oui non (Si oui, joindre la directive anticipée) **FICHE URGENCE PALLIA** oui non

Identité de l'établissement

Identité du résident

ANTÉCÉDENTS (avec dates)

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

Allergies : oui non non connues

AUTONOMIE

Marche seul(e) Marche avec aide technique (déambulateur, canne...) Marche avec aide humaine Ne marche plus

COMPÉTENCES COGNITIVES

Propos cohérents Propos non cohérents Risques d'errance (sortie extérieure...) Bonnes capacités d'orientation Désorientation

ALIMENTATION

Régime normal Régime haché Régime mixé Risque de fausse route

TRAITEMENT EN COURS

Voir photocopie de la dernière ordonnance (à joindre)

PERSONNE ADRESSANT LE RESIDENT

Nom : Médecin traitant Infirmier(e) Cadre de santé / IDEC

Prénom : Médecin coordonnateur Aide-soignant(e) Autre :

Informations à transmettre lors de l'appel au service d'urgence



Identité de l'appelant



CONSTANTE A COMPLETER						
FC(POULS)	PRESSION ARTERIELLE	SAT EN O2	TEMP°	FREQUENCE RESPIRATOIRE	DEXTRO	GLASGOW
< 45 ou >120 :	< 90 ou >200	< 80%	> 40 °	<10/m>25/minute	0,6 < D >4	< 9
< 50 ou >100	< 100 ou >180	< 85 %	> 38,5 °	<12/m>20/minute	0,8 < D >3	

Si constantes dans la zone rouge appel SAMU
Si constantes dans la zone bleue Appel IA ou MG ou SI ABSENCE APPEL 15

ENTOURER MOTIF(S) DU TRANSFERT (si rouge appel SAMU)										
MALAISE	NEURO PSY	DOULEUR	RESPIRATION	DIGESTIF	URINAIRE	JAMBE	CHUTE	HEMORRAGIE	RESULTAT	AUTRE MOTIFS
Avec PC Sans PC Avec pâleur Avec sueurs Avec cyanose	Bouche déviée Mb. paralysé Pb. élocution Convulsion Confusion Agitation Agressivité	Tête Thorax Abdomen Membre sup. Membre inf.	Tirage Fausse route Toux Essoufflement Sifflement Pâleur Cyanose	Vomissement Diarrhée Gaz	Brûlure Rétention Pb sonde	Rouge Blanche Cyanosée Chaude Marbrée Très froide	TC PCI Crâne Face Membre sup. Membre inf. Déformation Plaie Hématome	Nez Bouche Anus Urinaire Vainces Plaie Cicatrice	INR NFS / CRP Iono. / créat. BNP	

<p>Décision du transfert prise par :</p> <input type="checkbox"/> Médecin traitant ou d'astreinte <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur <input type="checkbox"/> Médecin Régulateur Centre 15 <input type="checkbox"/> Médecin urgentiste	<p>Personne(s) informée(s) du transfert :</p> <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur <input type="checkbox"/> Centre 15 <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Personne référente <input type="checkbox"/> Personne de confiance <input type="checkbox"/> Tuteur / curateur
--	--

Pièces à fournir DOSSIER DE LIAISON URGENCE COMPRENANT
<input type="checkbox"/> Votre dotation pour besoins urgents (l'urgentiste saura alors ce qu'il peut prescrire pour le retour) <input type="checkbox"/> Attestation de la carte Vitale <input type="checkbox"/> Attestation de mutuelle <input type="checkbox"/> Photocopie des directives anticipées <input type="checkbox"/> Photocopie des ordonnances en cours <input type="checkbox"/> Tableau d'administration des médicaments <input type="checkbox"/> Derniers résultats de biologie si récents (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK) <input type="checkbox"/> Compte-rendu de la dernière hospitalisation <p>Au besoin :</p> <input type="checkbox"/> Fiche BMR (bactérie multi résistante) <input type="checkbox"/> Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.) <input type="checkbox"/> Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable <input type="checkbox"/> Carte de groupe sanguin (si à jour)

Signes de gravité absolue et relative à renseigner

Pièces devant être intégrées dans le DLU

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage

Nom :

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

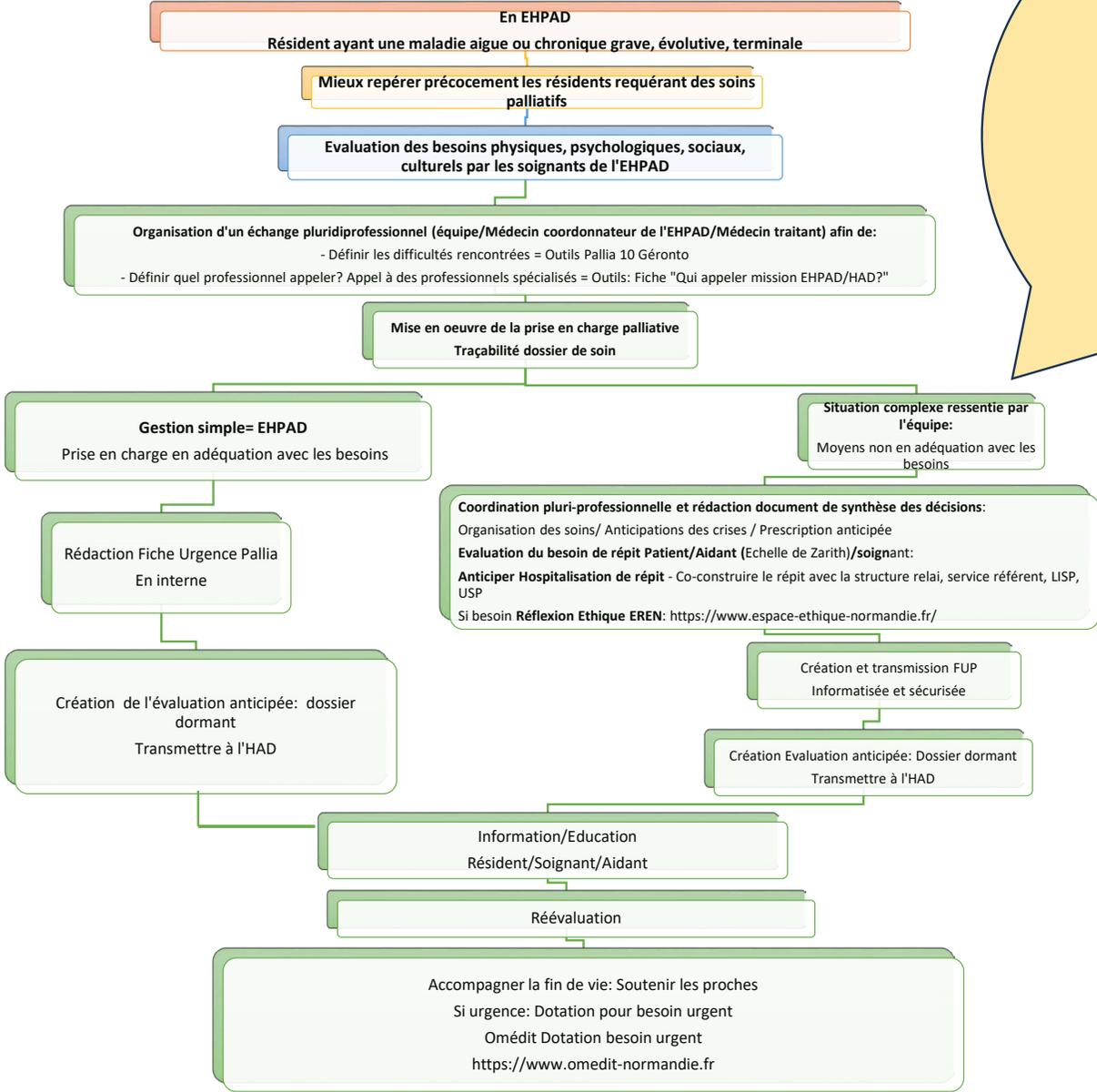
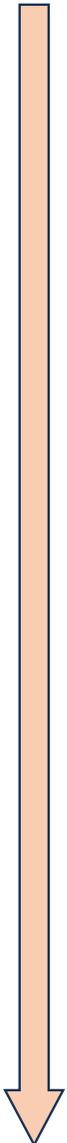
Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)



VOLET 3 :
Démarche globale
de soins palliatifs

Prendre en compte

- 1- Souhais du résident s'il est en capacité de s'exprimer
- 2- Directives anticipées s'il y en a
- 3- Personne de confiance si désignée
- 4- Entourage



Qu'est-ce qu'une situation complexe ?

- Symptômes physiques réfractaires (douleur, dyspnée etc...)
- Souffrance psychologique questionnement éthique, conflits de valeurs
- Demande de mort
- Finalité des soins : poursuite ou arrêt de thérapeutiques, alimentation, hydratation, traitement souffrance d'équipe
- Souffrance des familles
- Parcours de soins, anticipation : rédaction FUP, dossier dormant ...

Les outils

- Pallia 10 Geronto
<https://sfap.org/rubrique/pallia-10-geronto>
- Evaluation anticipée HAD = Dossier Dormant
<https://sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu>
- Fiche Urgence Pallia (FUP)
<http://sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu>
- Echelle Zarith
<https://www.geriatrie-albi.com/zarit.pdf>

Structures ressources soins palliatifs
<https://sfap.org/annuaire>

Afin de réduire les hospitalisations qui relèveraient de soins palliatifs, une démarche d'anticipation et des outils de repérage et de prise en charge sont proposés.

Ces outils ont pour objectifs d'aider les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs à identifier une situation palliative et définir la prise en charge.

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

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

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

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

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

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

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

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

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

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

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

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

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : Cette loi clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Elle instaure un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Les directives anticipées deviennent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire et s'imposent désormais aux médecins.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

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

 **N°Azur 0 811 020 300**
PRIX APPEL LOCAL



PALLIA 10 GERONTO

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision
en 10 questions

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

(version mai 2016)

	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cocher si item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none"> • GIR 1 et 2 • MMS inférieur 10 • Albuminémie inférieure à 25g/l • Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale • Escarre stade supérieur ou égal à 3 • Chutes à répétition 	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isolement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, épuisement de l'aidant naturel	
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner: <ul style="list-style-type: none"> • Les prescriptions anticipées • L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring ..) • L'indication et la mise en place d'une sédation • Le lieu de prise en charge le plus adapté • Le statut réanimatoire éventuel 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple: <ul style="list-style-type: none"> • Refus de soins et/ou de traitement • Limitation ou arrêt d'un traitement • Demande d'euthanasie • Présence d'un conflit de valeurs 	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	

10 items



 La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

 **Pour trouver votre structure de référence (ESMP) :**
<http://www.coordination-normande-soins-palliatifs.fr/index.php>

SOINS PALLIATIFS EN EHPAD : QUI APPELER SI VOUS RENCONTREZ UNE SITUATION PALLIATIVE EN EHPAD?

Equipe d'hospitalisation a domicile (HAD) ou équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)?

RAPPEL

Les interventions des EMSP et des HAD nécessitent :

- une convention de partenariat;
- l'accord du médecin traitant pour intervenir.

LES EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS (EMSP)

- Les EMSP couvrent presque tout le territoire normand.
Pour trouver votre structure référente, consultez l'annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement (SFAP) : <https://sfap.org/annuaire>
- Le fonctionnement de l'EMSP en EHPAD selon l'instruction du 21 juin 2023 :
« Outre le soutien en cas de situations complexes, l'intervention de l'EMSP a vocation à faciliter l'acquisition des compétences spécifiques et techniques utiles par les personnels des EHPAD »

Une convention établie entre l'EHPAD et l'EMSP organise les relations entre les EMSP et les EHPAD ainsi que leur engagement mutuel.

Pour télécharger un modèle de convention : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-08/ste_20100008_0100_0157.pdf

Dans les situations d'interventions en ESMS (Etablissements et services médico-sociaux), l'EMSP veille à agir en coordination avec l'HAD (graduation du parcours, évaluations anticipées, effectation de soins, relai).

LES EQUIPES D'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

- Les HAD couvrent tout le territoire normand.

Pour trouver votre HAD référente, consultez le site dédié « Trouver son HAD » : <https://trouversonhad.fr/>

LA CELLULE D'ANIMATION REGIONALE EN SOINS PALLIATIFS (CARSP)

Vous rencontrez des difficultés à trouver un appui externe ? Contactez la Cellule d'Animation Régionale en soins Palliatifs (CARSP)

Chargées de mission :



Pour le Calvados, la Manche et l'Orne : Ozenne Coralie : Coralie.Ozenne@chu-rouen.fr

Pour l'Eure et la Seine-Maritime : Gojon Christine : Christine.Gojon@chu-rouen.fr

Le nombre de décès aux urgences pour des résidents en soins palliatifs reste important et souvent non souhaité par les résidents, la famille et les soignants d'Ehpad.

En identifiant les personnes en situation palliative en Ehpad et en les signalant aux professionnels intervenant en urgence (médecin de garde, Samu), certaines hospitalisations peuvent être évitées.

La fiche urgence pallia permet de :

- inciter à une concertation collégiale,
- identifier la pathologie ou la problématique qui amène à évoquer les soins palliatifs,
- transcrire les résultats de la discussion collégiale et les décisions de soins à réaliser ou non,
- considérer les éléments complémentaires nécessaires selon la spécificité de l'Ehpad : médicaments disponibles, rôle de chacun, interlocuteurs extérieurs.

OUTILS D'AIDE À L'IDENTIFICATION DES RÉSIDENTS REQUÉRANT DES SOINS PALLIATIFS

SAVOIR QUI APPELER

Fiche URGENCE PALLIA
Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale
Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : _____ Statut du rédacteur : _____
Téléphone : _____ ou tampon : _____
Fiche rédigée le : _____

PATIENT M. Mme NOM : _____ Prénom : _____
Rue : _____ Né(e) le : _____
CP : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
N° SS : _____ Accord du patient pour la transmission des informations Oui Non Impossible

Médecin traitant : _____ Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél : _____
Médecin hospitalier référent : _____ Tél : _____
Service hospitalier référent : _____ Tél : _____
Lit de repli possible² : _____ Tél : _____
Suivi par HAD : Oui Non NA Tél : _____
Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél : _____
Suivi par réseau : Oui Non NA Tél : _____

Autres intervenants à domicile : _____
(SSIAD, IDE libérale...)
avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés : _____

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique : _____

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
si extrême, l'écrire en majuscules Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile : _____
Prescriptions anticipées : Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le _____ Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA

Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Décès à domicile : Oui Non NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA

Ventilation non invasive : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA

Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA

Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le _____ Copie dans le DMP

Personne de confiance _____ Lien : _____ Tél : _____

Où trouver ces documents ? _____

Autre personne à prévenir _____ Lien : _____ Tél : _____

1) NA = Non Applicable ou inconnu 2) Validé au préalable avec le service concerné Version fiche 2017-05

INSCRIRE LE N° DU TELEPHONE QUI PERMETTRA D'APPELER LE SAMU
Pour les patients d'EHPAD : Noter le numéro de l'EHPAD

Tous les numéros doivent être colligés afin que la régulation du SAMU puisse les joindre en cas d'hospitalisation en urgence

Transmission au médecin intervenant en situation d'urgence de la prise en charge définie et souhaitée de façon collégiale entre le résident, son entourage et l'équipe soignante.

A compléter en version informatisée puis idéalement envoi via une messagerie sécurisée
https://www.sfap.org/system/files/fiche_urgence_pallia_sfap_avec_annexe.pdf

Dans la mesure du possible, actualiser la FUP en fonction de l'évolution clinique du malade :

- transmettre la FUP au SAMU du territoire correspondant, par messagerie sécurisée de préférence ;
- laisser une copie de la FUP dans le dossier du malade afin qu'elle soit aisément accessible ;
- merci d'informer le SAMU du décès du patient afin de supprimer la FUP du logiciel de régulation.

Guide d'utilisation :

https://www.sfap.org/system/files/guide_personnalisable-v3.pdf



Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes. Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :

Nom du rédacteur : Statut du rédacteur :

CONCERNANT CE PATIENT : M. Mme Nom :

Prénom : Né(e) le :

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

GRILLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

EXEMPLE ALGOPLUS

ÉCHELLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR AIGÜE chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Échelle ALGOPLUS®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../.....						
Heure	...h ...											
	OUI	NON										
1 - VISAGE												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	<input type="checkbox"/>											
2 - REGARD												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	<input type="checkbox"/>											
3 - PLAINTES												
"Aie", "Ouille", "J'ai mal", gémissements, cris.	<input type="checkbox"/>											
4 - CORPS												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.	<input type="checkbox"/>											
5 - COMPORTEMENTS												
Agitation ou agressivité, agrippement.	<input type="checkbox"/>											
TOTAL OUI	<input type="checkbox"/> /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											

Echelle numérique

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Echelle verbale simple

Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur sévère	Douleur très sévère	Douleur extrême
----------------	----------------	-----------------	----------------	---------------------	-----------------

PCA en EHPAD

Direction
 Médecin
 Pharmacien
 Préparateur en pharmacie
 IDE
 Aide soignant



Principaux enjeux

- L'analgésie Contrôlée par le Patient (PCA) est un système sécurisé d'administration d'analgésiques morphiniques permettant d'optimiser la prise en charge de la douleur chez les patients. Les molécules utilisées en PCA sont des opioïdes forts : **morphine, oxycodone, fentanyl, alfentanyl, sufentanyl, buprénorphine et tramadol.**
- L'utilisation de midazolam et Kétamine en PCA dans n'est pas abordée dans cette fiche.
- Le principe de la PCA repose sur l'administration d'une dose continue d'antalgique accompagnée, en fonction des douleurs du patient, de doses unitaires supplémentaires (bolus). Ces doses unitaires, ou bolus, sont administrées en appuyant sur un bouton-poussoir. La période réfractaire correspond au délai minimal entre deux bolus. Durant cette période, même si l'on appuie sur le bouton, aucune dose supplémentaire de médicament ne sera administrée ; cependant, l'action sera comptabilisée dans l'historique de la pompe et pourra orienter le suivi.
- En principe, la technique de PCA n'est pas indiquée chez des patients non capables d'en assimiler le principe et la méthode. Néanmoins, dans la pratique en EHPAD, pour des résidents non autonomes, pour lesquels la voie orale n'est pas possible ou pour des résidents présentant des troubles cognitifs et non compliant, cette technique présente plusieurs avantages :
 - ✓ rapidité et efficacité du soulagement,
 - ✓ moins de manipulations par jour pour les IDE,
 - ✓ confort pour anticiper la douleur lors des actes thérapeutiques (soins, toilette, mobilisation).
- La prescription d'une PCA pour un résident est réalisée par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Cette prescription tient compte de l'état physique et psychologique du résident, peut s'appuyer très souvent sur l'avis d'un médecin spécialiste en médecine palliative, d'une équipe mobile de soins palliatifs et/ou d'une structure de douleur chronique.
- En EHPAD, la PCA est dans la plupart des cas mise en place par un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD), notamment lorsque les médicaments prescrits sont réservés à l'usage hospitalier. Le matériel et les médicaments spécifiques pour la PCA sont dans ce cas fournis par l'établissement d'HAD.

PCA en EHPAD

103

- Une convention^{1,2}, doit être signée entre l'HAD et l'EHPAD afin de déterminer les modalités d'intervention de l'établissement d'HAD. De plus, l'HAD et l'EHPAD doivent déterminer et mettre en place des protocoles et procédures précisant les conduites à tenir face aux incidents (alarmes, effets indésirables...). Les modalités de formation et d'information du personnel de l'EHPAD.

- La PCA peut être mise en place sans avoir recours à un établissement d'HAD, dans les conditions précises suivantes :
 - ✓ Les médicaments peuvent être utilisés en dehors d'un établissement de santé (donc hors réserve hospitalière),
 - ✓ ET les IDE de l'EHPAD sont formés à la manipulation et surveillance d'une PCA,
 - ✓ ET un(e) IDE est d'astreinte ou présent(e) pour l'EHPAD la nuit.
- En l'absence de ces trois conditions requises, il est nécessaire de faire appel à un établissement d'HAD.



Points clés

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

- La formation du personnel de l'HAD et de l'EHPAD est un prérequis à la mise en place d'une PCA.
- Les professionnels de santé (de l'EHPAD ou extérieurs) intervenant autour du résident bénéficiant d'une pompe PCA doivent être formés, en fonction de leur niveau de connaissance et de compétence, à l'évaluation de la douleur ainsi qu'aux principes de gestion de la douleur par auto-administration de bolus, sur les effets secondaires liés aux molécules utilisées dans le cadre d'une PCA et la conduite à tenir en cas d'effet indésirable ou de surdosage.
- Les Infirmiers diplômés d'État (IDE), Aides-Soignants (AS) et médecin coordonnateur de l'EHPAD doivent avoir pris connaissance et être en mesure d'appliquer les protocoles et procédures mis en place par l'EHPAD ou par l'HAD, des paramètres de surveillance du résident, des principes de sécurité et des alarmes.
- Les IDE de l'HAD ou de l'EHPAD (en l'absence d'intervention de l'HAD)*, doivent être formés à la technique de la PCA et à la manipulation de la pompe.

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

PCA en EHPAD

104

¹ Art D.6124-311 du CSP
² Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'HAD dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.

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

- L'information du personnel de l'EHPAD, des professionnels de santé ainsi que du résident et de son entourage est un prérequis à la mise en place d'une PCA.
- Le personnel de l'EHPAD et les professionnels de santé intervenant autour du résident bénéficiant d'une pompe PCA (infirmier, aide-soignant, médecin coordonnateur et médecin traitant, kinésithérapeute, pharmacien...) doivent être informés de la mise en place d'une pompe PCA et de la nature de la molécule administrée par la pompe PCA.
- Le résident et/ou son entourage doivent être informés :
 - ✓ du principe et de l'intérêt de la gestion de la douleur par auto-administration de bolus,
 - ✓ du principe de l'utilisation du bouton poussoir pour les bolus,
 - ✓ du risque d'effets secondaires liés aux médicaments.
- Le résident et/ou son entourage doivent être avertis que la manipulation de la pompe se fait uniquement par du personnel médico-soignant : ne pas toucher aux réglages de la pompe.

Prescription

- La prescription d'une PCA est un acte médical et relève de la responsabilité du prescripteur.
- La prescription d'une PCA doit comporter les éléments suivants :
 - ✓ nom de la molécule et son dosage,
 - ✓ mode (PCA) et voie d'administration (IV, SC...),
 - ✓ débit de perfusion continu ou dose totale par 24h en toutes lettres,
 - ✓ dose des bolus,
 - ✓ période réfractaire (délai minimal entre deux bolus),
 - ✓ nombre de bolus/h ou dose limite autorisée/h, selon les modèles de pompe,
 - ✓ heure de début de traitement (notamment si relais d'un traitement per os ou par patch),
 - ✓ durée du traitement, date de réévaluation.
- La prescription de médicaments stupéfiants doit être réalisée en toute lettre sur une ordonnance sécurisée.
- La prescription doit également mentionner les paramètres de surveillance et la conduite à tenir en cas d'effet secondaire ou de surdosage, ou renvoyer à des protocoles spécifiques.
- La prescription ou un protocole doit mentionner les conditions d'administration des bolus et définir les modalités d'appel de l'IDE d'astreinte et/ou du médecin traitant.

Fiche 21

PCA en EHPAD

105

Fiche 21

PCA en EHPAD

106

Préparation

- La préparation du réservoir, le paramétrage de la pompe et la connexion au résident est un acte infirmier, relevant de la responsabilité de l'IDE de l'établissement d'HAD ou de celle de l'EHPAD lorsque l'HAD n'est pas requis*.
- Dans le cadre d'une HAD, la préparation du réservoir, le paramétrage de la pompe et la connexion au résident relèvent de la responsabilité de l'IDE de l'établissement d'HAD. Hormis pour l'administration de bolus par pression du bouton poussoir par les IDE de l'EHPAD, les professionnels de l'EHPAD n'interviennent pas sur la pompe PCA.
- Le paramétrage de la pompe suit la prescription médicale et nécessite le calcul de la concentration finale dans le réservoir et du débit. Chaque fois que possible, un double contrôle indépendant en aveugle des calculs de dose et de concentration par une seconde personne qualifiée est réalisé.
- La connexion de la perfusion de la ligne PCA doit être placée au plus près du site d'injection. Une valve anti-reflux située sur le Y doit être impérativement montée sur le circuit de la perfusion d'entretien, afin d'empêcher le médicament de la PCA de remonter dans le circuit. Toute connexion supplémentaire doit être placée en amont de la valve anti-reflux.

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

Administration

- La pompe PCA permet l'enregistrement de toutes les demandes de bolus ainsi que de tous les bolus administrés.
- Plusieurs situations peuvent se présenter :
 1. Lorsque le patient est autonome, il appuie lui-même sur le bouton-poussoir afin d'obtenir un bolus.
 2. Lorsque le patient n'est pas autonome, l'administration de bolus est faite après évaluation de la douleur par l'IDE de l'HAD ou de l'EHPAD, préalablement formé à l'évaluation de la douleur et aux principes généraux de la PCA (dispositif, molécules, effets indésirables et gestion...).
 3. Lorsque le patient n'est pas autonome et en l'absence de l'IDE (cas notamment de la nuit) : Dans ce cas, un aide-soignant (AS) peut réaliser l'aide à la prise de bolus, sous la responsabilité d'un IDE et dans la mesure où les conditions cumulatives suivantes sont réunies :
 - ✓ La programmation de la pompe a été réalisée par l'IDE de l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD (lorsque l'HAD n'est pas nécessaire) et ne peut être modifiée (code de verrouillage) : ainsi le nombre de bolus et la période réfractaire sont paramétrés selon la prescription médicale,
 - ✓ La pompe PCA permet un enregistrement de toutes les demandes de bolus ainsi que tous les bolus administrés,
 - ✓ La période réfractaire est paramétrée et empêche toute administration de bolus durant la période. Il ne peut pas y avoir ainsi d'effet cumulatif,
 - ✓ Le médecin qui a prescrit le traitement n'a pas mentionné sur la prescription la nécessité d'un IDE pour l'aide à la prise de bolus,

- Les professionnels de santé de l'EHPAD (médecin coordonnateur, IDE Coordonnateur, cadre de santé) ont évalué et formalisé dans un protocole de soins infirmiers (article R4311-4 du CSP) le degré de participation des AS à l'aide à la prise de médicaments, notamment l'aide à la prise de bolus dans le cas présent.
- Cette aide à la prise par les AS est possible uniquement si l'AS a bénéficié d'une formation spécifique sur l'évaluation de la douleur et sur la PCA dans le cadre de soins palliatifs (paramètres de surveillance, principes de sécurité et alarmes).
- Les professionnels de santé de l'EHPAD (médecin coordonnateur, IDE coordonnateur, cadre de santé) ont évalué au préalable la capacité de chaque AS susceptible d'intervenir pour réaliser l'aide à la prise de bolus : la formation et l'évaluation de l'AS sont tracées dans son dossier.
- À la demande du résident ou lorsque celui-ci n'est pas en capacité de demander à l'AS l'aide à la prise de bolus, l'AS doit effectuer l'évaluation de la douleur. Cet acte est réalisé sous la responsabilité de l'infirmier en collaboration avec les AS¹. Pour ce faire, l'aide-soignant est formé à l'observation et à la surveillance des patients sous perfusion lors de sa formation initiale² puis lors de sa formation continue.
- Un protocole de soins spécifique, individualisé, est mis en place afin de définir les conditions précises de l'administration du bolus par l'AS. Ce protocole précise :
 - > Les indications de l'administration d'un bolus, ou prescription anticipée (par exemple avant soins de nursing, en fonction de l'évaluation de la douleur et selon protocole...)
 - > Les modalités de l'administration du bolus (par exemple délai entre le bolus et le soin de nursing...)
 - > Les éléments cliniques à surveiller et la durée de surveillance post-bolus
 - > Les situations pour lesquelles un appel systématique à l'IDE d'astreinte (HAD ou EHPAD) est nécessaire (effet indésirable, douleur non contrôlée...)
- En dehors des circonstances et situations décrites dans le cadre de la prescription ou du protocole de soins individualisé, l'AS doit systématiquement appeler l'IDE d'astreinte avant la réalisation d'un bolus.
- L'AS est informé de la nature du médicament utilisé dans la PCA et indiqué sur le pochon, seringue ou cassette de la PCA.
- Les protocoles et procédures mis en place dans le cadre de la prise en charge par un établissement d'HAD doivent être connus et mis à disposition de l'AS.

Surveillance du résident

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

¹ Article R.4311-4 et R.4311-5
² Arrêté du 22 octobre 2005

Fiche 21

PCA en EHPAD

107

Fiche 21

PCA en EHPAD

108

- Les **paramètres de surveillance** ainsi que la conduite à tenir en cas d'effets indésirables sont prescrits par le médecin prescripteur ou renvoient à des protocoles définis par l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD, mis à disposition et connus du personnel de l'EHPAD.
- En cas d'apparition de ces effets, informer sans délai l'IDE d'astreinte de l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD qui sollicitera un avis médical.
- Les effets indésirables tels que prurit, nausées et vomissements, rétention urinaire, constipation doivent être prévenus et traités selon les recommandations de bonne pratique relatives aux effets indésirables morphiniques.
- Les **modalités de prise en charge d'un surdosage ainsi que la mise à disposition d'un antidote sont définies dans un protocole spécifique** défini par l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD, mis à disposition et connu du personnel de l'EHPAD.

Gestion des alarmes

- En cas d'alarme sonore de la pompe PCA, identifier l'origine de l'incident et en informer sans délai l'IDE d'astreinte de l'établissement d'HAD ou de l'EHPAD qui précisera la conduite à tenir.
- Il peut s'agir d'une alarme relative à :
 - une occlusion : le fluide ne circule pas entre le réservoir et le patient (plicature de la tubulure, clamp fermé, ...).
 - de l'air détecté dans la tubulure : soit il y a présence de bulles d'air dans la tubulure entre le réservoir et la pompe, soit la tubulure n'est pas complètement enfilée dans le détecteur d'air,
 - un réservoir vide,
 - un défaut de piles.



Rôles et responsabilités

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

- ✓ **IDE de l'HAD :**
 - > remplissage du réservoir,
 - > programmation de la pompe au vu de la prescription médicale,
 - > connexion de la pompe au résident,
 - > vérification et maintenance de la pompe (vérification de l'état des piles...),
- surveillance :
 - >>> relevé des paramètres de la pompe (nombre de bolus demandés et administrés par 24h...),
 - >>> évaluation de la douleur,
 - >>> surveillance apparition d'effets secondaires,
 - >>> surveillance des alarmes de la pompe PCA en cas d'incidents.

● EHPAD

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

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

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

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

Fiche 21

PCA en EHPAD

109

Fiche 21

PCA en EHPAD

110

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

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

● Prestataire de service

- ✓ Fourniture du matériel.
- ✓ Maintenance 24h/24 du matériel.
- ✓ Formation technique à l'utilisation du matériel.



Outils

- Fiche 8 : « Administration des médicaments en EHPAD »
- Fiche 14 : « Les opiacés forts »
- Fiche 20 : « Prise en charge de la douleur »



Pour approfondir

- Guide de bon usage des pompes PCA dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse, OMEDIT Normandie- Unité de Médecine Palliative et Service Pharmacie CHU de Rouen
- Module de formation e-learning : http://www.omedit-centre.fr/PCA_web_web/co/module_PCA.html
- Instruction du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées
- Recommandations de bonne pratique : Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Afssaps - Juin 2010



VOLET 4 : Les médicaments et l'urgence

Dotations pour besoins urgents

Direction Médecin Pharmacien Préparateur en pharmacie IDE Aide soignant



Principaux enjeux

- Afin d'éviter toute rupture de traitement, une dotation de médicaments destinés à des soins urgents doit être détenue dans un EHPAD lorsqu'il ne possède pas de pharmacie à usage intérieur¹.



Points clés

- La dotation doit être stockée dans une armoire fermée à clé ou par tout autre dispositif garantissant le même niveau de sécurisé.
- Le contenu qualitatif et quantitatif de cette dotation est établie, modifiable et ajustée en tant que de besoin par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent en collaboration avec les médecins prescripteurs. Le contenu est fixé en fonction du profil pathologique des résidents et de l'historique des besoins urgents. Elle pourra ainsi contenir certains antibiotiques, antalgiques, médicaments du système cardiovasculaire, neurologique ou digestif. Les quantités proposées sont indicatives et sont à ajustées en fonction de la taille de l'EHPAD.
- Les modalités de vérification du contenu de la dotation doivent être établies et connues (fréquence, responsable, péremptions).
- Les modalités d'utilisation de la dotation doit être établie, avec la nécessité d'une prescription médicale et traçabilité de toute intervention du personnel soignant (IDE et médecin).
- Les modalités de renouvellement de dotation sont prévues (ex : balance entre le contenu initial et quantités restantes ; état récapitulatif de toutes les utilisations avec les prescriptions correspondantes ou retrait pour péremption).
- Une convention avec une ou plusieurs officines précise les modalités de gestion de cette dotation. Ces organisations peuvent être décrites dans la(les) convention(s) relative(s) à la dispensation des traitements nominatifs².

¹ Art. R.5126-112 et R.5126-113 du CSP
² Art. L.5126-10 du CSP

41

Dotations pour besoins urgents



Exemple de dotation pour besoins urgents

ALLERGOLOGIE

Epinephrine 0,3mg/mL, solution pour auto-injection (IM)	2 seringues
Methylprednisolone 40mg, injectable	3 flacons
Prednisolone 20mg, cpr orodispersible	20 comprimés
Cetirizine 10mg/mL, sol. buvable	1 flacon
Desloratadine 0,5mg/mL, sol. buvable	1 flacon

ANTALGIE

Paracétamol 500mg, sachet ou cpr orodispersible	24 unités
Tramadol 100mg/mL, sol. buvable	1 flacon
Chlorhydrate de morphine 1mg/mL, injectable	10 ampoules
Sulfate de morphine 20mg/mL, sol. buvable	1 flacon

ANTIDOTE

Vitamine K 2mg/mL, injectable	6 ampoules
Naloxone 0,4mg/mL, injectable	10 ampoules
Flumazenil 0,1mg/mL, injectable	10 ampoules

CARDIO-VASCULAIRE

Adrénaline 1mg/mL, injectable	10 ampoules
Atropine 0,5mg/mL, injectable	10 ampoules
Furosémide 20mg/mL, injectable	6 ampoules
Furosémide 20mg, cpr	30 comprimés
Enoxaparine 4000UI/0,4mL, injectable	6 seringues
Héparine calcique 5000UI/0,2mL, injectable	6 seringues
Trinitrine 0,15mg/dose, sol. sublinguale	1 flacon

42

Dotations pour besoins urgents

CARDIO-VASCULAIRE (suite)

Nicardipine 20mg, cpr	30 comprimés
Acide acetylsalicylique 75mg, sachet	30 sachets
Polystyrene de sodium 15g/dose, poudre	1 flacon

ENDOCRINOLOGIE

Glucagon 1mg/mL, injectable	1 flacon
Glucose 30% 10mL, injectable	10 ampoules
Insuline d'action rapide, injectable	1 stylo

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Vogalène Lyoc 7,5mg, cpr	16 comprimés
Vogalène 5 mg, suppositoires	10 suppositoires
Métoclopramide 10mg/2mL, injectable <i>A utiliser uniquement dans le cadre des soins palliatifs</i>	12 ampoules
Racecadotril 100mg, gélule	20 gélules
Phloroglucinol 80mg, cpr	20 comprimés
Omeprazole 20mg, gélule	7 gélules
Normacol lavement	2 flacons 130 ml
Diosmectite 3G, sachet	24 sachets
Macrogol 10G, sachet	20 sachets
Alginate/bicarbonate de sodium, sachet	24 sachets

HÉMOSTASE

Acide tranexamique 1g/10mL, sol. buvable	10 ampoules
--	-------------

INFECTIOLOGIE

Amoxicilline 1g, cpr orodispersible	14 comprimés
Amoxicilline/Acide clavulanique 1G/125mg, sachet	12 sachets
Ceftriaxone 1G, injectable	6 flacons
Fosfomycine 3G, sachet	2 sachets
Pristinamycine 500mg, cpt	16 comprimés

NEUROLOGIE

Diazepam 10mg/2mL, injectable	6 ampoules
Loxapine 25mg/mL, sol. buvable	1 flacon
Oxazepam 10mg, cpr	30 comprimés
Risperidone 0,5mg, cpr orodispersible	28 comprimés
Alprazolam 0,25 mg, cpr	30 comprimés
Lysanxia 15 mg/mL, sol. buvable <i>A utiliser uniquement dans le cadre des soins palliatifs</i>	1 Flacon

OPHTALMOLOGIE

Acide borique 1,8G + borate de sodium 1,2G solution lavage ophtalmique	20 flacons unidoses
Tobramycine 0,3%, collyre	1 flacon
Oxytétracycline + Dexaméthasone pommade ophtalmique	1 tube
Azythromycine, collyre	1 flacon

OXYGÉNOTHÉRAPIE

Oxygène 1m ³ bouteille	1 bouteille
-----------------------------------	-------------

PNEUMOLOGIE	
Salbutamol 100µg/dose, spray	1 flacon
Ipratropium 0.5mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
Terbutaline 5mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
Budesonide 1mg/2mL, inhalation nébulisation	10 ampoules
Scopolamine 0.5mg/2mL, injectable	10 ampoules
Scopolamine 1mg/72h, patch	5 patchs

SOLUTÉS	
Chlorure de potassium 20% 10mL, injectable	10 ampoules
Chlorure de sodium 10% 10mL, injectable	10 ampoules
Chlorure de sodium 100mL, injectable	8 flacons
Chlorure de sodium 500mL, injectable	8 flacons
Glucose 5% 500mL, injectable	8 flacons



Pour approfondir

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

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

- Direction
 Médecin
 Pharmacien
 Préparateur en pharmacie
 IDE
 Aide soignant



Principaux enjeux

- Le chariot d'urgence (trousse ou sac à dos...), rassemble les médicaments et dispositifs médicaux utilisés en cas d'urgence vitale. Il doit être impérativement sécurisé.
- La liste du chariot d'urgence est établie, modifiable et ajustée chaque année par le médecin coordonnateur et est tenue à disposition dans une pochette placée à l'extérieur du chariot.
- Le contenu du chariot d'urgence est vérifié chaque mois.
- Toute intervention du personnel soignant (IDE et médecin) sur le chariot d'urgence (urgence ou contrôle) doit être tracée.
- Lors de toute utilisation ou retrait pour péremption, une nouvelle prescription médicale est rédigée par le médecin.



Exemple de chariot de médicaments d'urgence

ALLERGOLOGIE

- Bétaméthasone, injectable
- Méthylprednisolone, injectable

ANTALGIE

- Paracétamol
- Tramadol
- Sulfate de morphine

GASTROLOGIE

- Métoclopramide, injectable
- Phloroglucinol, injectable

NEURO-PSYCHIATRIE

- Tiapride
- Clonazepam, injectable

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

47

48

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

PNEUMOLOGIE

- Salbutamol, aérosol-doseur
- Terbutaline, injectable

ENDOCRINOLOGIE

- Glucose 30 % hypertonique

HEMATOLOGIE

- Vitamine K1

CARDIOLOGIE

- Aspégic 500mg, injectable
- Adrénaline, injectable
- Atropine, injectable
- Furosémide, injectable
- Nicardipine
- Trinitrine, solution sublinguale

PERFUSION

- Chlorure de sodium 0.9%, injectable
- Chlorure de sodium 10%-10ml, injectable
- Glucose 5%, injectable
- Chlorure de potassium 10%-10ml, injectable

AUTRES

- Lovenox 4000 UI/0.4mL, injectable
- Polaramine
- Scopolamine, injectable



VOLET 5 :
Annuaire régional

LA PLATEFORME D'EXPERTISE GÉRIATRIQUE

Elle vient en appui de tous professionnels de santé afin d'évaluer le bénéfice/risque de l'hospitalisation.

GHT	NUMÉRO DÉDIÉ	PLAGES OUVERTURE	COORDONNATEUR DE LA FSG	RÉFÉRENTS
Nord Manche	☎ 06 79 90 71 43 : gériatrie générale ☎ 02 33 95 70 81 : gériatrie troubles du comportement (UCC) ✉ equipe.ucc@ch-cotentin.fr	9h00-18h00 5j/7	Clemence ROUCAN (Faisant fonction) ✉ clemence.roucan@ch-cotentin.fr	DR LAMACHE (chef de service gériatrie) ✉ sebastien.lamache@ch-cotentin.fr Dr GERVES ✉ henry.gerves@ch-cotentin.fr
Centre Manche	En semaine : ☎ 06 31 02 47 61 Jours fériés et WE : CH Saint-Lô : ☎ 02 33 06 33 33 CH Coutances : ☎ 02 33 47 40 00 ✉ emeg@ch-stlo.fr	8h30-17h30 7J/7	Isabelle DE SAINT DENIS ✉ isabelle.desaintdenis@ch-coutances.fr	Dr PAIN ✉ gerald.pain@ch-stlo.fr
Sud Manche	☎ 02 33 89 42 77 ☎ 02 33 89 42 34 (IDE) ✉ emet@ch-avranches-granville.fr	8h45-17h 5j/7	Anne-Cécile REBELLE ✉ anne.cecile.rebelle@ch-avranches-granville.fr	Dr FAHSS ✉ florence.fahss@ch-avranches-granville.fr
Normandie centre	☎ 02 31 06 53 17	9h00-16h30 5j/7 (répondeur)	Gérald RASOANAIVO ✉ rasoanaivo-g@chu-caen.fr	DR DESCATOIRE ✉ descatoire-p@chu-caen.fr DR LAFONT ✉ lafont-c@chu-caen.fr
Collines de Normandie	☎ 02.33.62.61.48 ✉ emg.flers@ght-cdn.fr	8h30-18h30 5j/7	Maryline LECOUSTEY ✉ Maryline.lecoustey@ght-cdn.fr	DR AMELINE ✉ anne-gaelle.ameline@ch-flers.fr DR FARAJI ✉ omar.faraji@ght-cdn.fr
Orne-Perche-Saosnois	Secrétariat : ☎ 02 33 32 54 94 cadre gériatrique : ☎ 02 33 32 74 56 ✉ umg@ch-alencon.fr	9h-16h50 5j/7	Nolwenn EON-LOISEAU ✉ neon@ch-alencon.fr	DR VERROLLE ✉ sverrolle@ch-alencon.fr
Caux Maritime	☎ 02 32 14 70 70 cga@ch-dieppe.fr	9h-17h 5j/7	Agnès CONARD ✉ AConard@ch-dieppe.fr	DR GBAGUIDI ✉ XGbaguidi@ch-dieppe.fr
Estuaire de la Seine	☎ 06 76 24 22 44 ✉ plateformeexpertisegeriatrique@ch-havre.fr	9h-17h 5J/7 Astreinte téléphonique le week-end 9h-17h	Virginie EUDE ✉ plateformeexpertisegeriatrique@ch-havre.fr	DR VASSELIN ✉ isabelle.vasselin@ch-havre.fr
Cœur de Seine	☎ 02 32 88 58 00 platel.geriatrie@chu-rouen.fr	9h-17h 5j/7	Bénédicte DUTOT ✉ benedicte.dutot@chu-rouen.fr	PR CHASSAGNE ✉ philippe.chassagne@chu-rouen.fr DR TOUFLET ✉ Myriam.touflet@chu-rouen.fr

Val de Seine et Plateaux de l'Eure	 02 32 82 65 63  2e2g@chi-elbeuf-louviers.fr	10h-18h 5j/7	Bénédicte CONSTANTIN  benedicte.constantin@chi-elbeuf-louviers.fr	DR LANGLOIS  romuald.langlois@chi-elbeuf-louviers.fr
Eure Seine Pays d'Ouche	 02 32 33 83 46  pteg@ch-eureseine.fr	9h-17h 5j/7	Mathilde MORVAN  Mathilde.morvan@ch-eureseine.fr	DR LEMORDANT  marianne.Lemordant@ch-eureseine.fr

GLOSSAIRE

ACR : arrêt cardio-respiratoire
BU : bandelette urinaire
CDS : continuité des soins (tous les jours de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h)
CPIAS : centre de prévention des infections associées aux soins
DCI : dénomination commune internationale
DLU : dossier de liaison d'urgence
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
EN : échelle numérique
FLU : fiche de liaison d'urgence
GCS : Glasgow coma scale (score de Glasgow)
HAD : hospitalisation à domicile
IA : infirmier d'astreinte
MG : médecin de garde
MT : médecin traitant
PCA : analgésie contrôlée par le patient
PDS : permanence des soins (du samedi 12h au lundi 8h)
PLS : position latérale de sécurité
RCP : réanimation cardio-pulmonaire
SHA : solution hydro-alcoolique

