



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.

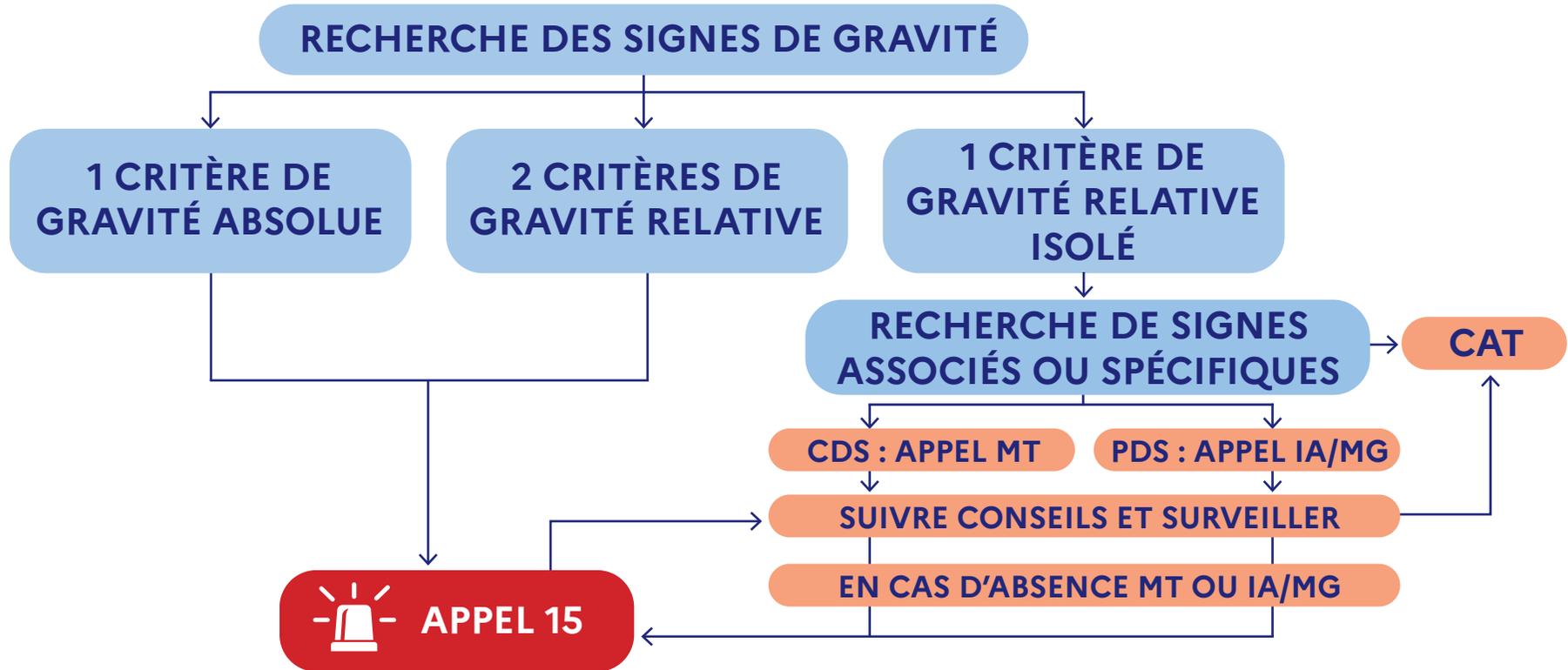
<b>VOLET 1 : Comment identifier une urgence ou un besoin de soins non programmé ?</b> .....	<b>p. 5</b>
Orienter son appel en fonction de l'état clinique du résident .....	<b>p. 6</b>
Evaluer l'état de conscience du résident.....	<b>p. 7</b>
Repérer les signes de gravité : prendre les constantes du résident.....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



**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  $\geq 3$  ou EN  $\geq 6$ )
- 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.

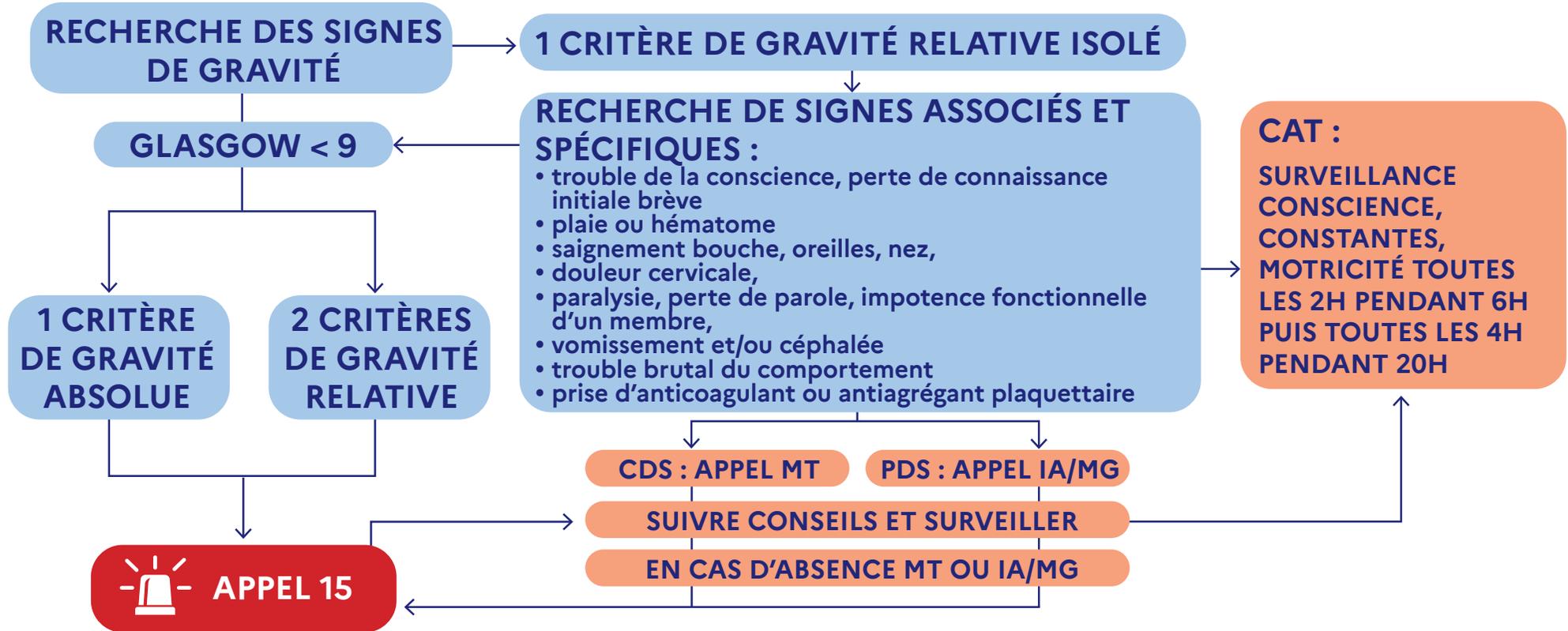
Le livret A4 fourni avec le guide reprend l'intégralité de la démarche et les outils à utiliser .

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

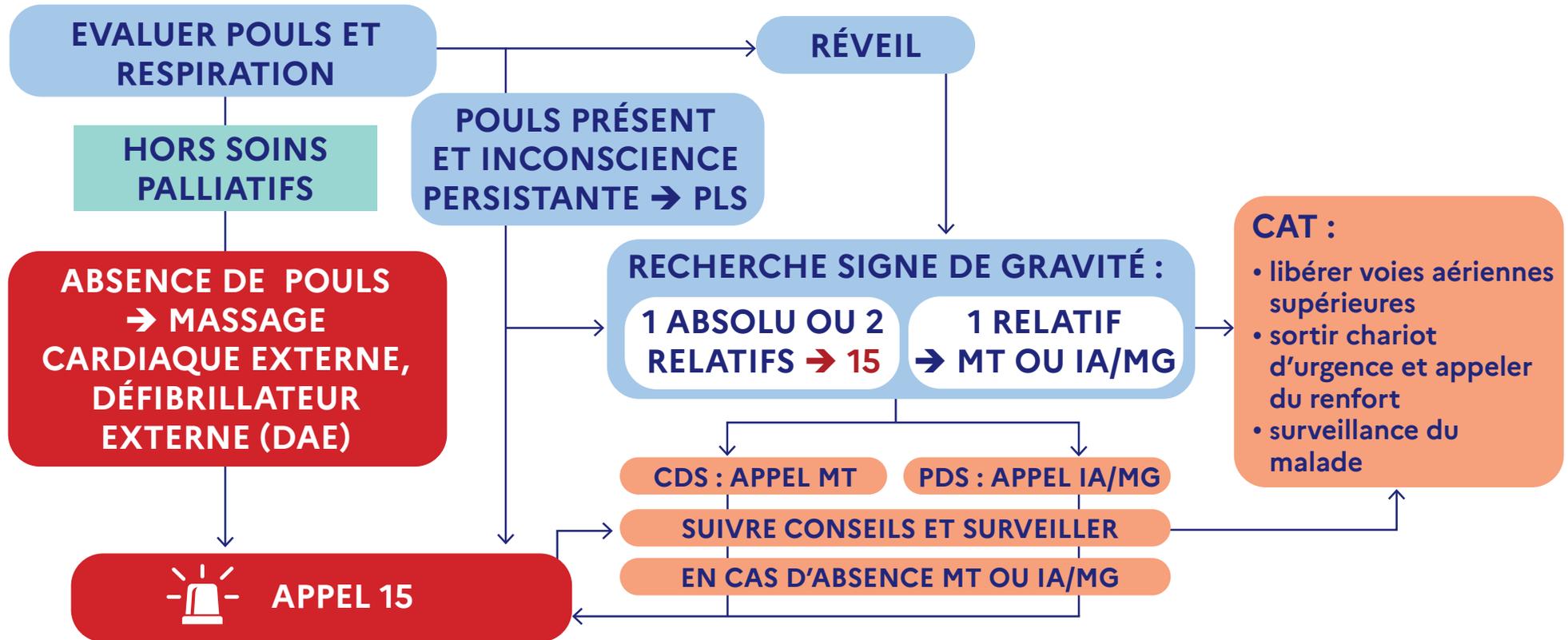


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

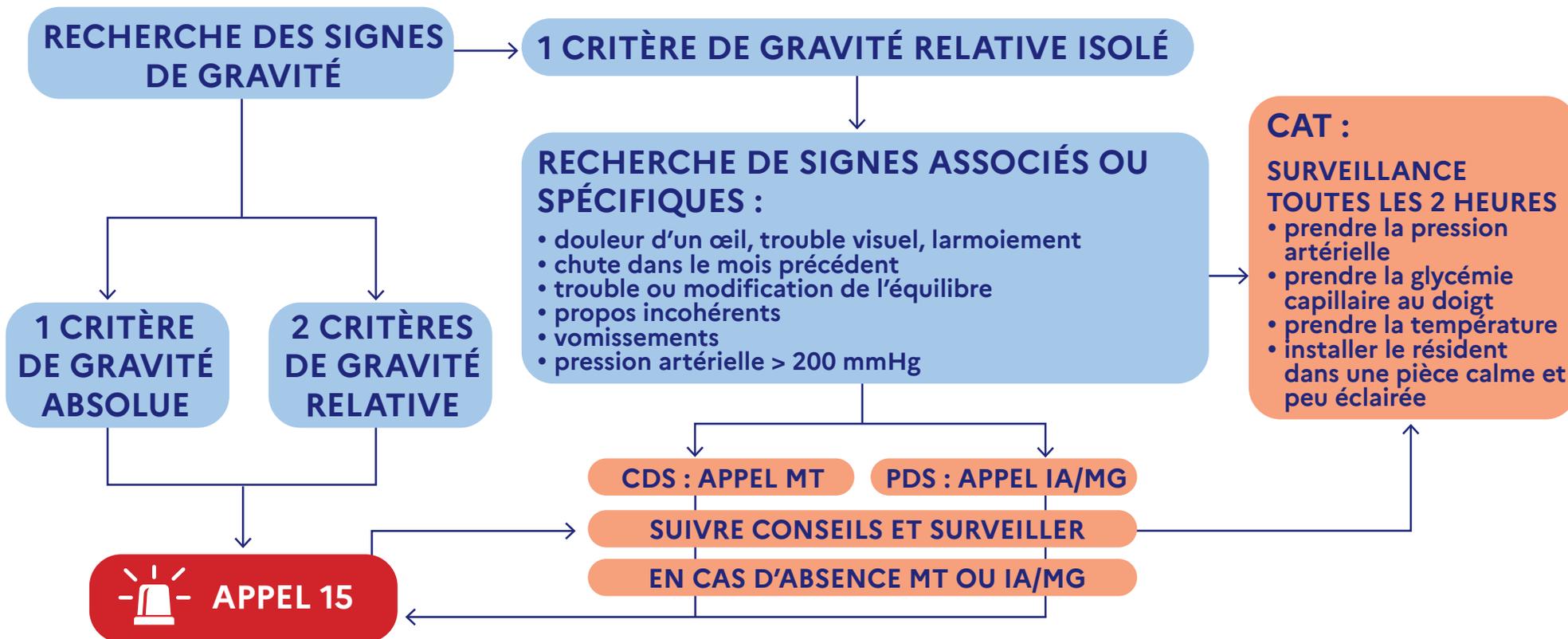


## PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

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

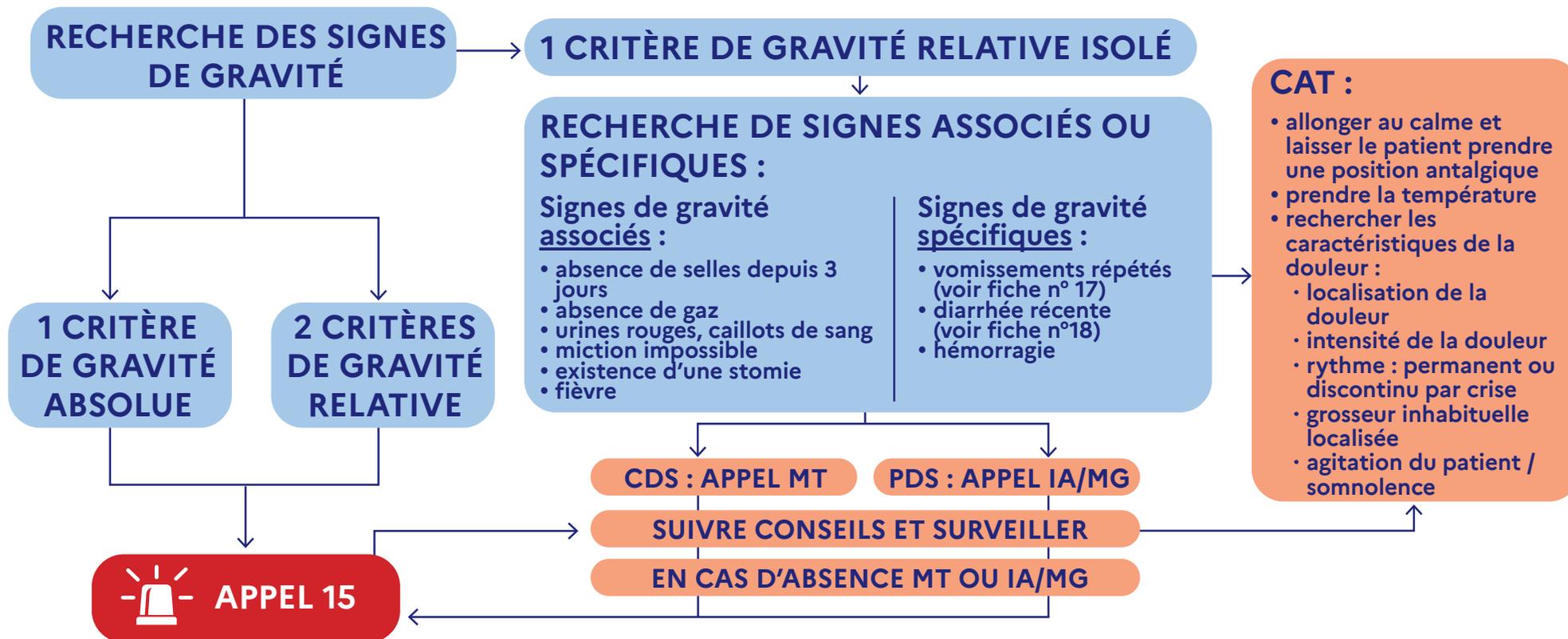


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

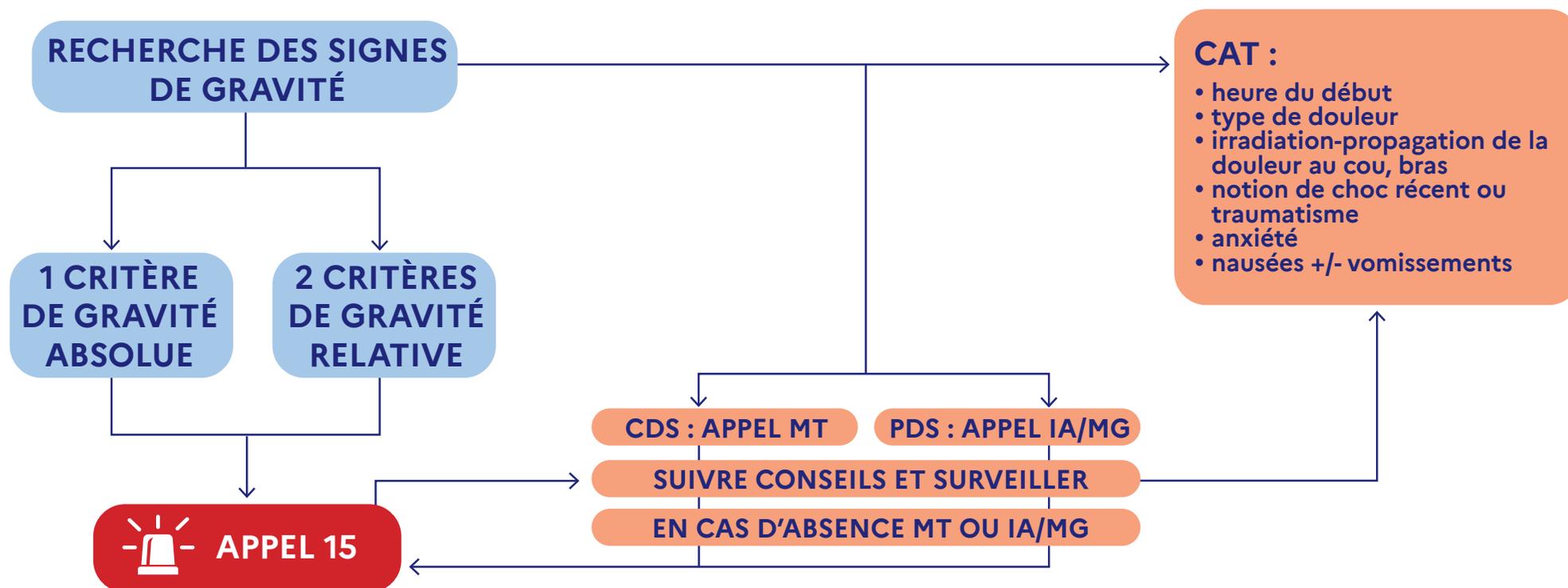


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

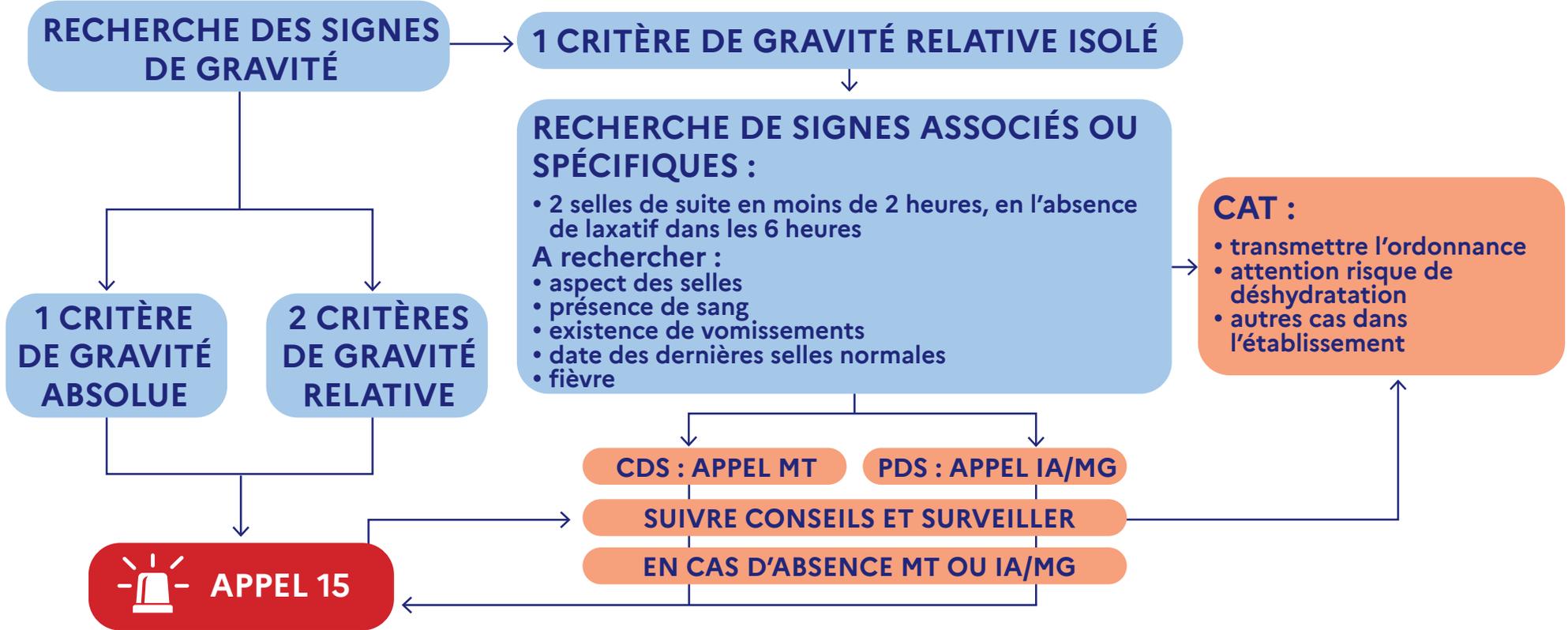


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

# DIAHRÉE

Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia

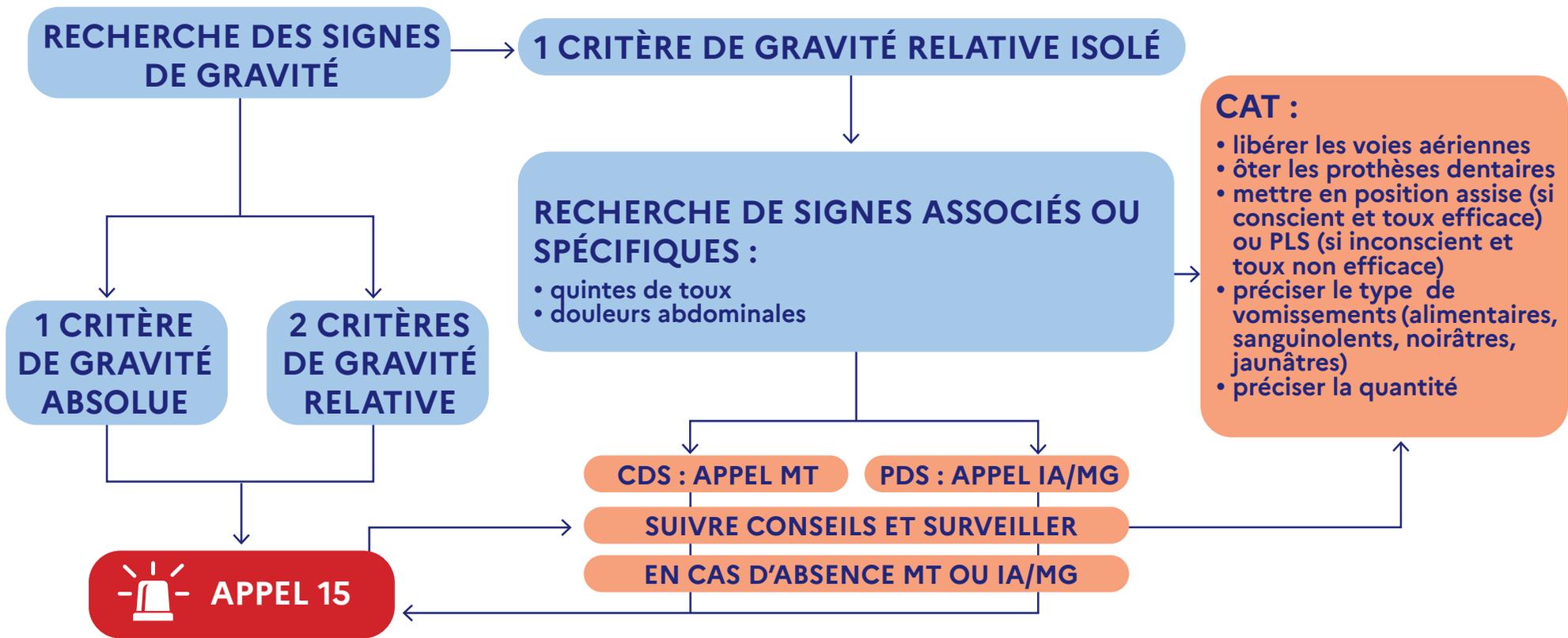


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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



**CAT :**

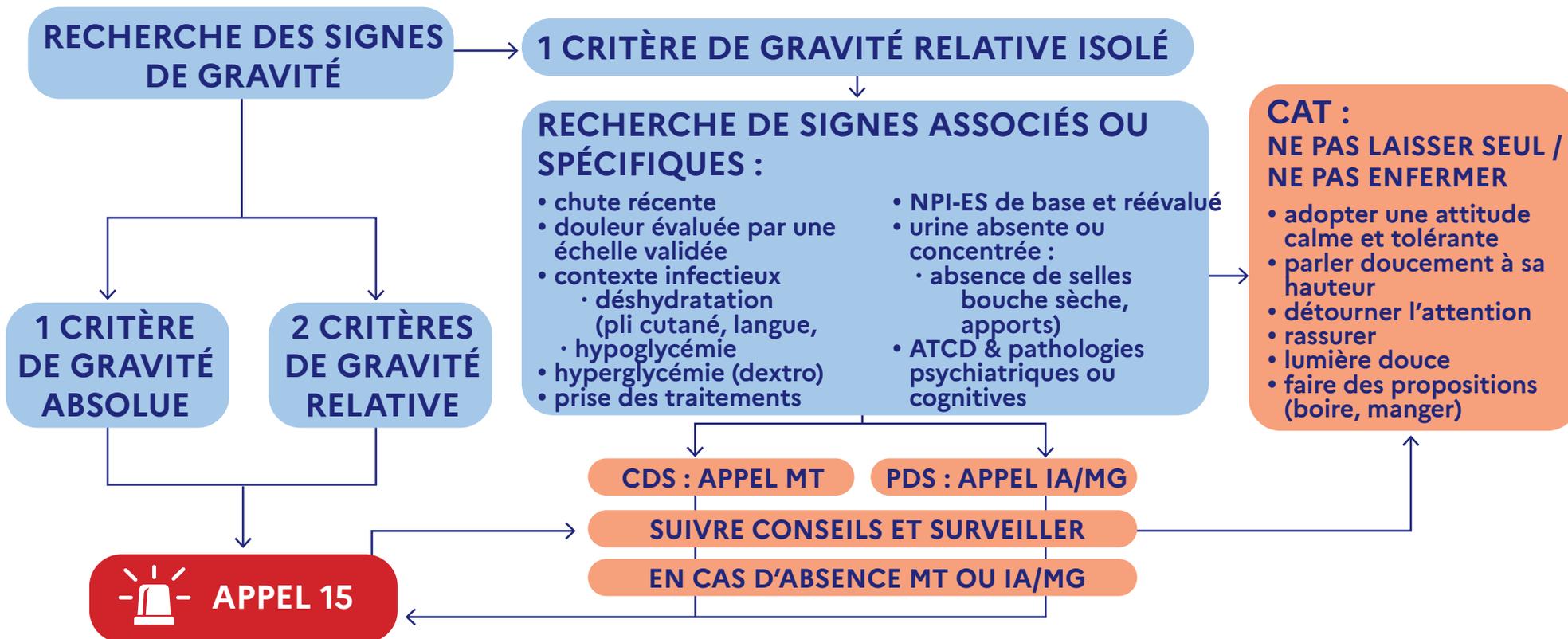
- libérer les voies aériennes
- ôter les prothèses dentaires
- mettre en position assise (si conscient et toux efficace) ou PLS (si inconscient et toux non efficace)
- préciser le type de vomissements (alimentaires, sanguinolents, noirâtres, jaunâtres)
- préciser la quantité

 **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

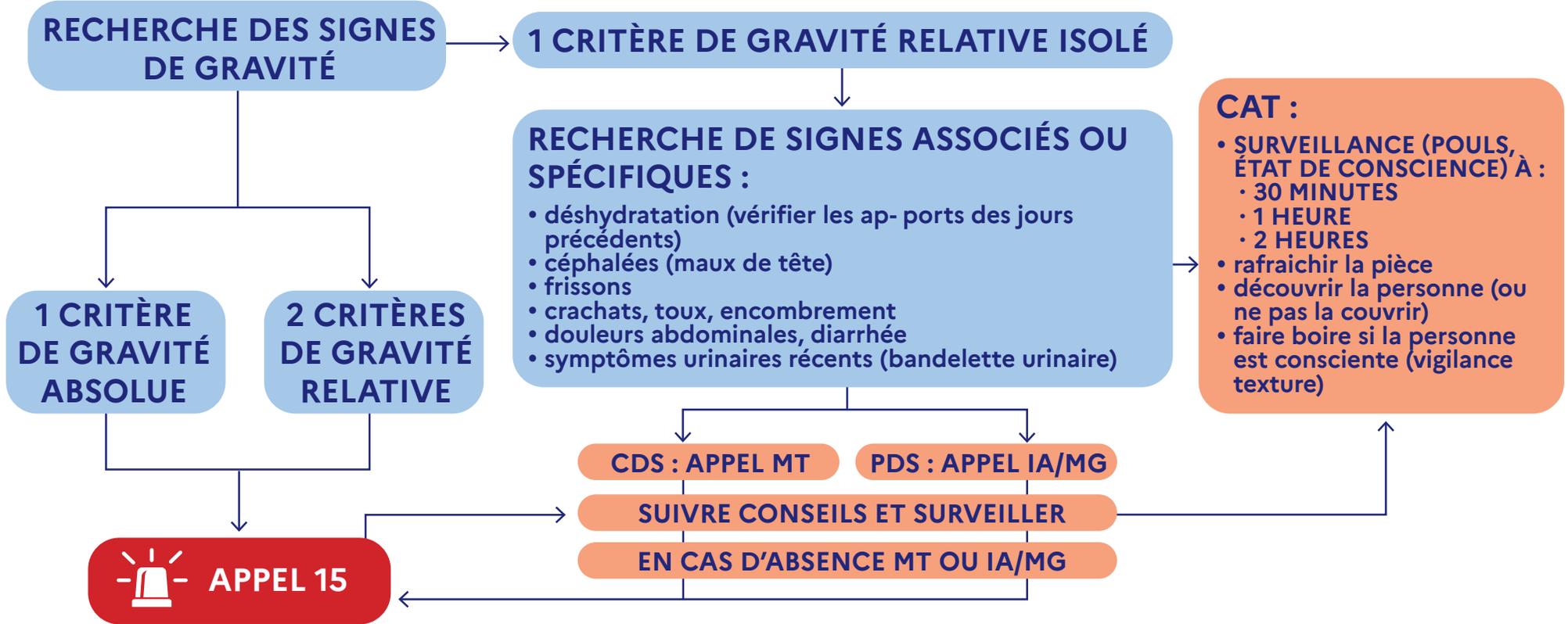


## PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT

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

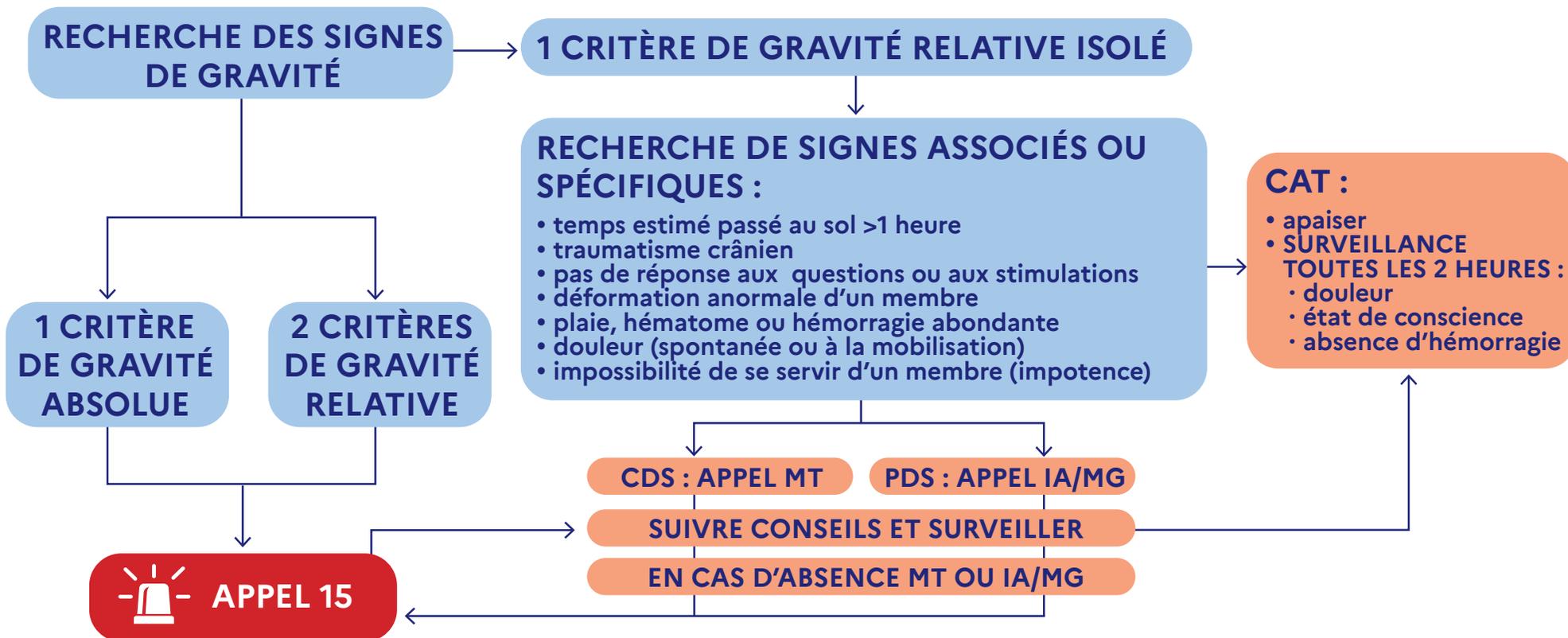


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

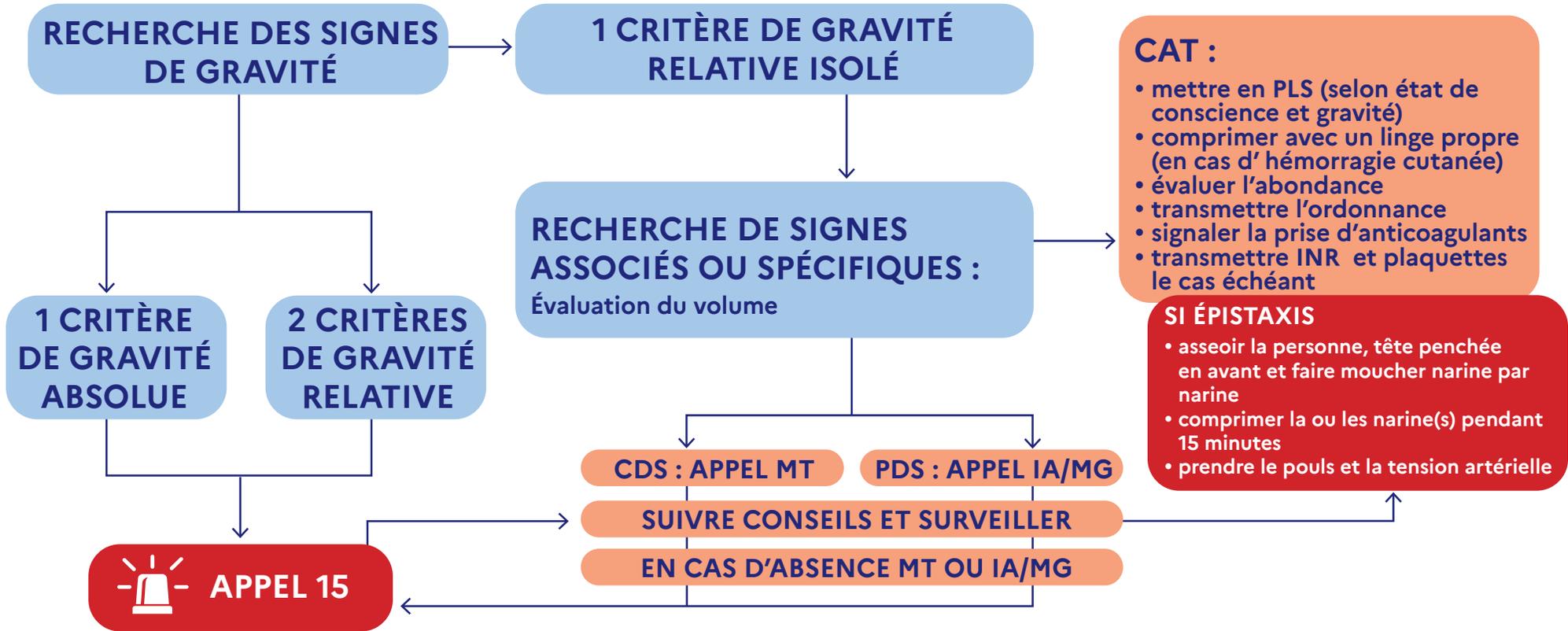


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

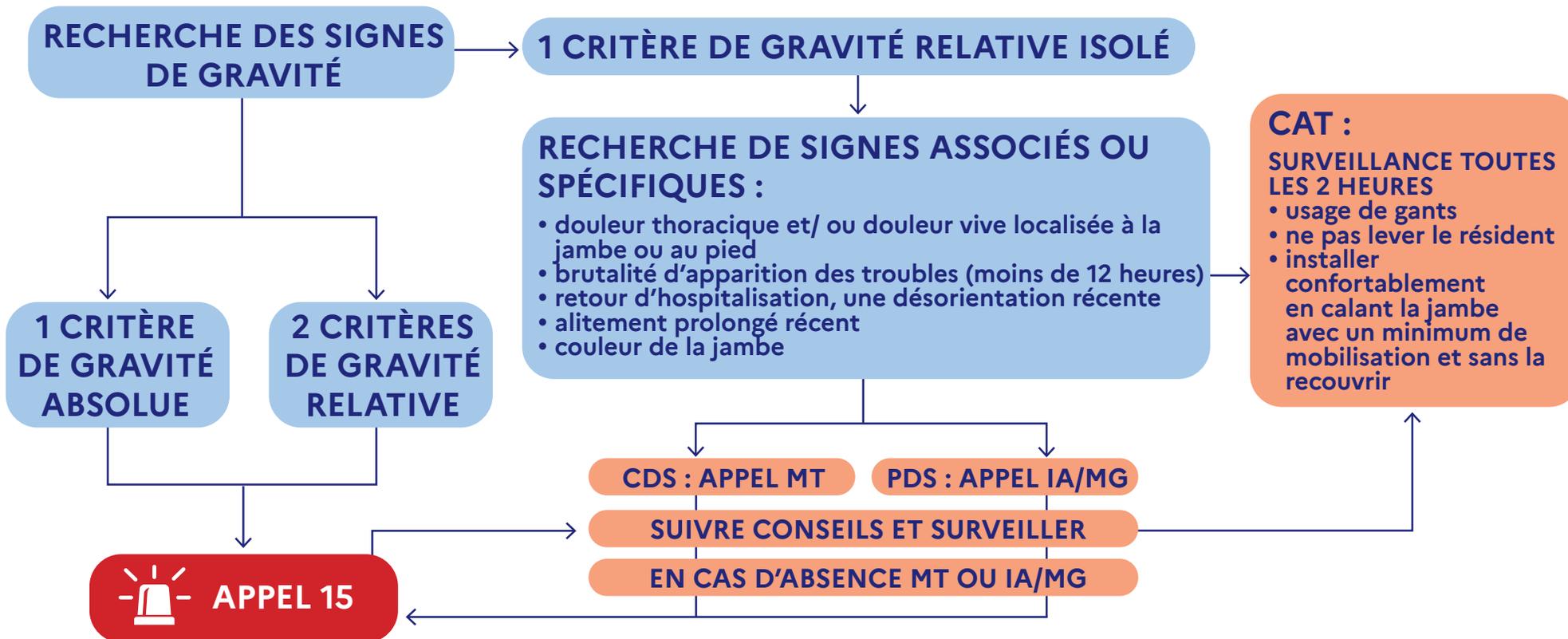


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

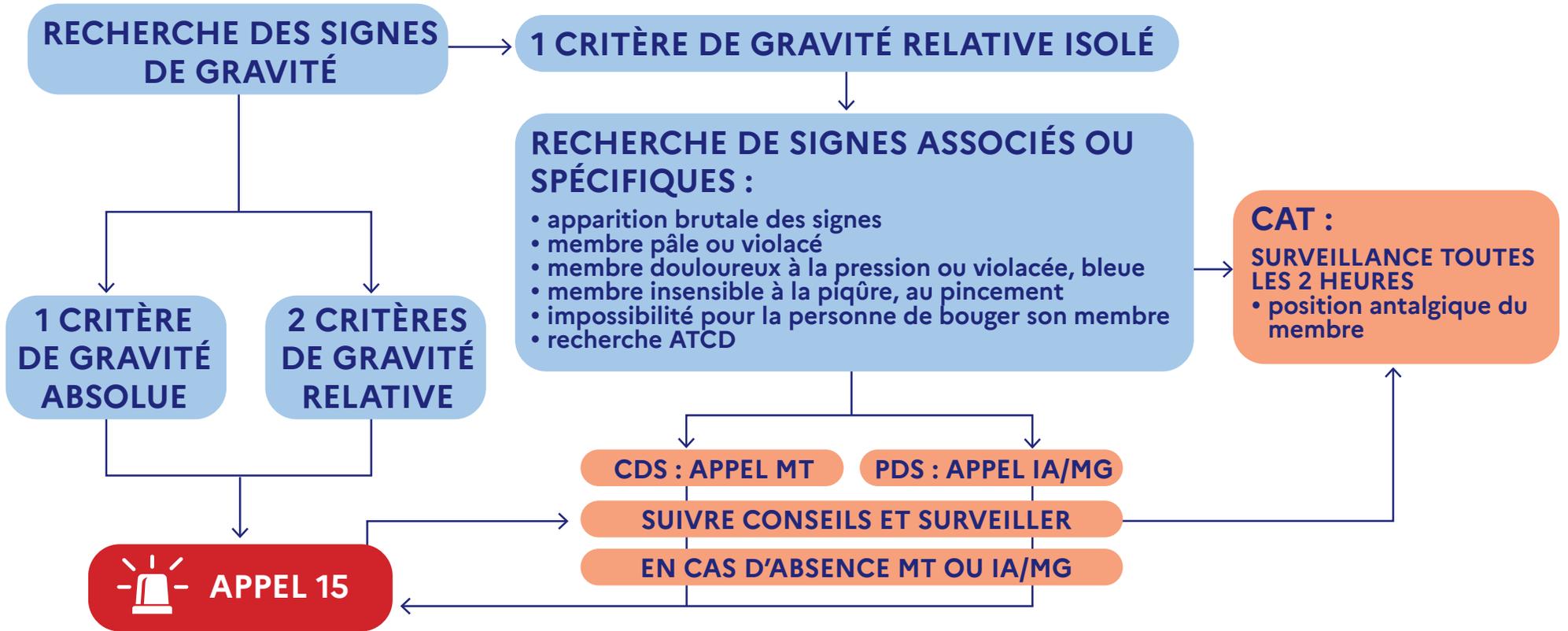


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

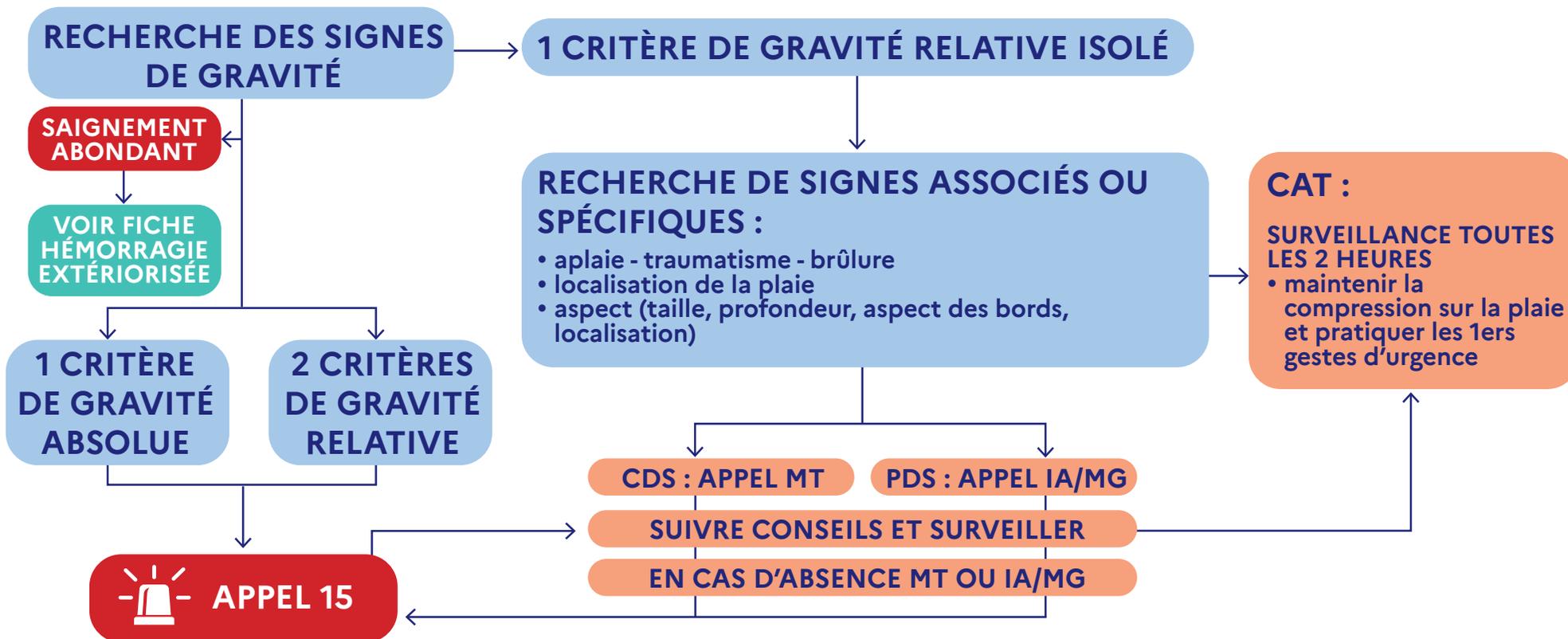


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

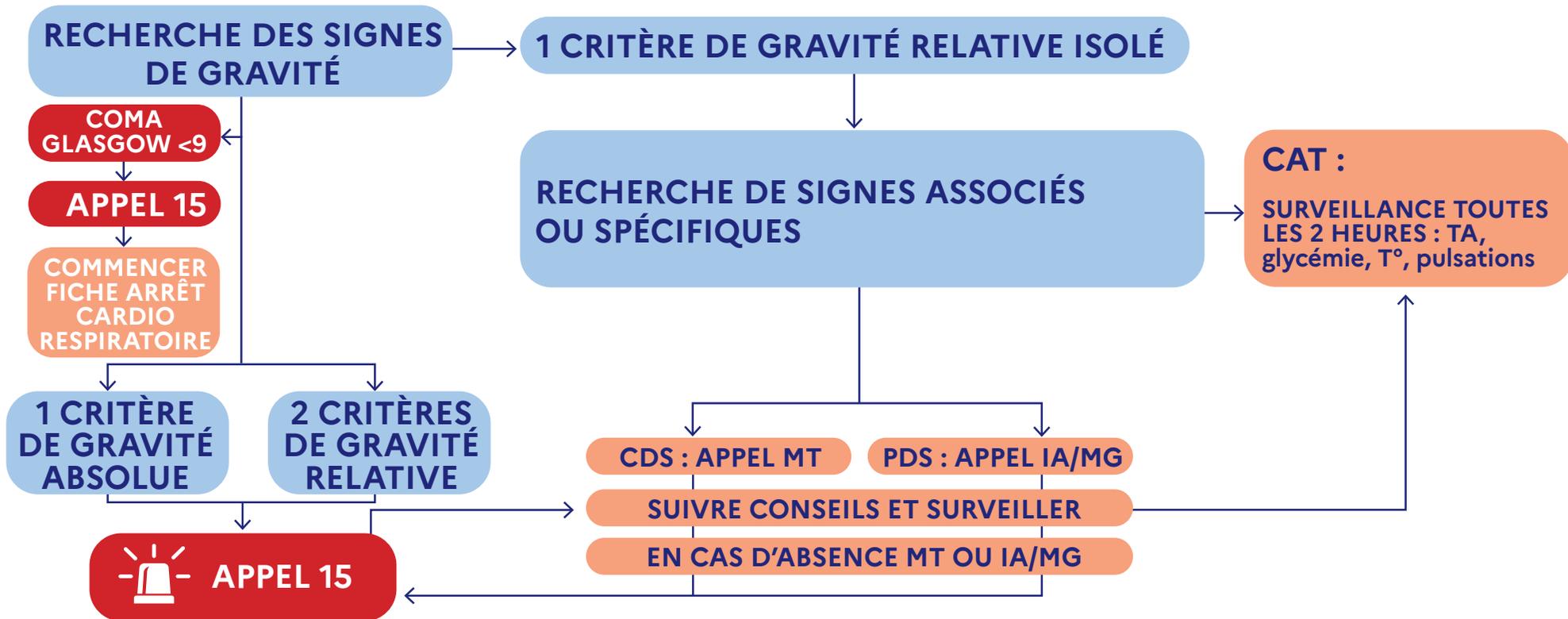


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

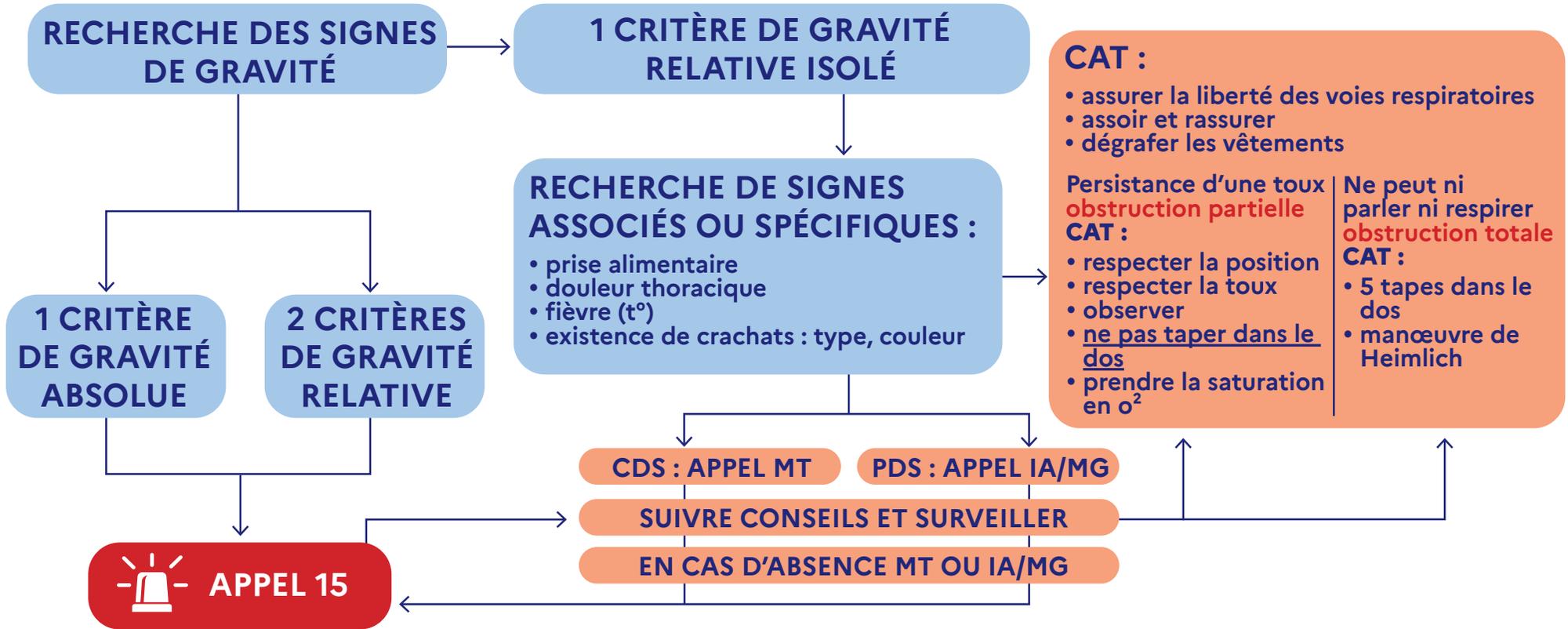


 **PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

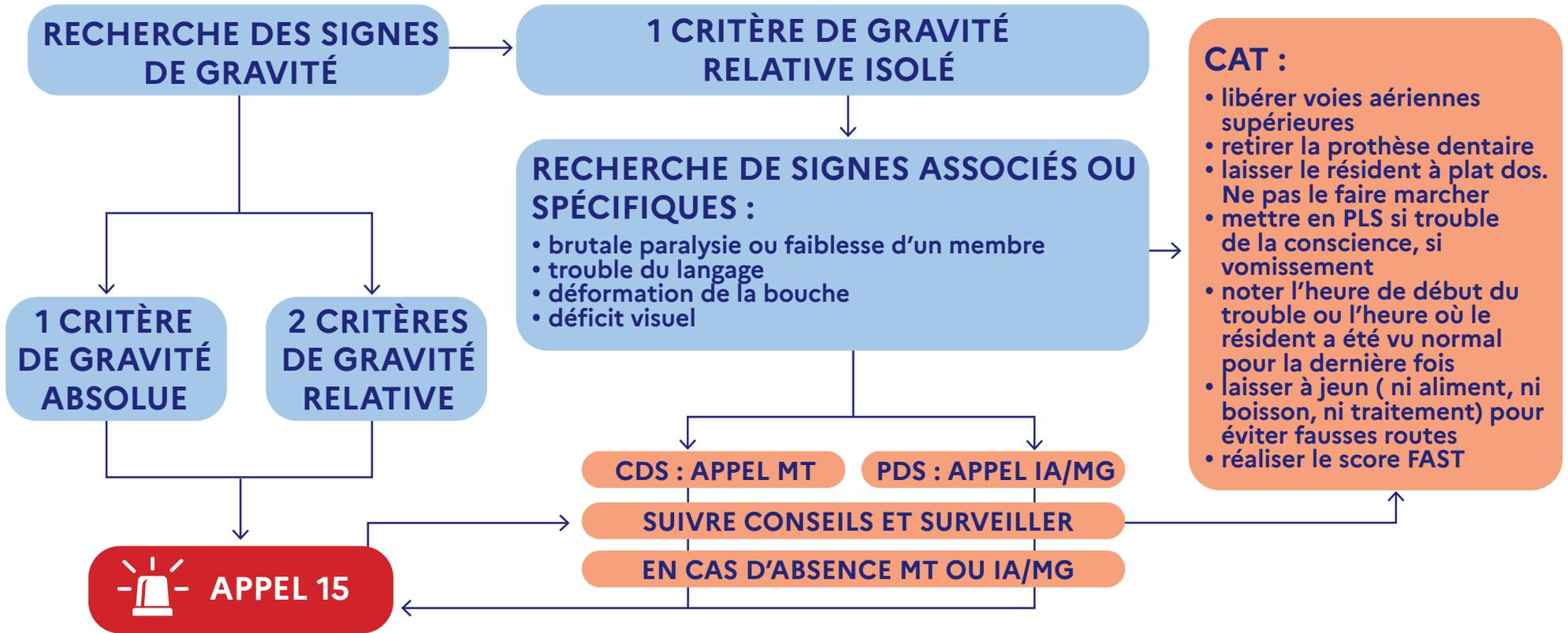


**PRÉVENIR MÉDECIN TRAITANT**

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

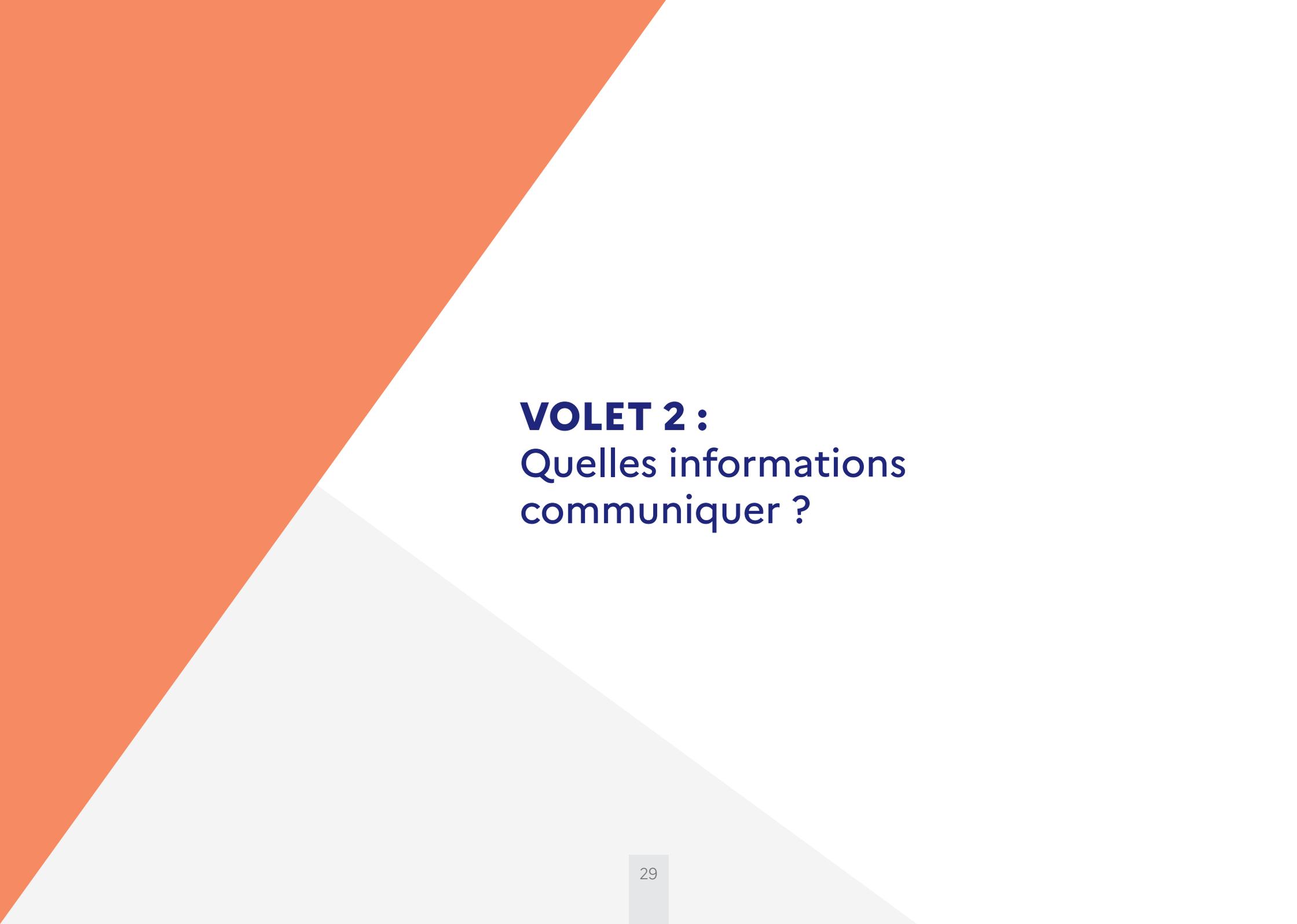
Signaler si soins palliatifs - Fiche urgence Pallia



**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

Réfèrent(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)	PRESSIION 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
<b>Avec PC</b> Sans PC Avec pâleur Avec sueurs <b>Avec cyanose</b>	<b>Bouche déviée Mb. paralysé</b> Pb élocution Convulsion Confusion Agitation Agressivité	Tête Thorax Abdomen  Membre sup.  Membre inf.	<b>Tirage</b> Fausse route Toux  <b>Essoufflement</b> Sifflement Pâleur <b>Cyanose</b>	Vomissement Diarrhée Gaz	Brûlure Rétention Pb sonde	Rouge Blanche <b>Cyanosée</b> Chaude Marbrée <b>Très froide</b>	TC PCI Crâne Face Membre sup. Membre inf. Déformation Plaie Hématome	Nez Bouche Anus Urinaire Vances Plaie Cicatrice	INR NF-S / CRP Iono / créat. BNP	

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

PERSONNE AYANT UNE MALADIE AIGÛE OU CHRONIQUE GRAVE, ÉVOLUTIVE, TERMINALE EN EHPAD

MIEUX REPÉRER PRÉCOCEMENT LES RÉSIDENTS REQUÉRANT DES SOINS PALLIATIFS  
 Outils : Fiche pallia 10 géronto pour soignants EHPAD [www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf](http://www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf)  
 Validation des soins palliatifs par Médecin traitant et Médecin Coordonnateur

EVALUATION DES BESOINS PAR LES SOIGNANTS EHPAD :  
 physiques, psychologiques, sociaux, culturels,  
 Directives anticipées ou souhaits exprimés par le résident pour sa fin de vie  
 Souhaits personne de confiance/Tutelle/Famille & Proches

ORGANISATION D'UN ÉCHANGE PLURIPROFESSIONNEL  
 (EQUIPE/MÉDECIN COORDONNATEUR DE L'EHPAD/MÉDECIN TRAITANT) AFIN DE :  
 > Définir les difficultés rencontrées Outils : Utilisation fiche pallia 10 géronto  
 > Définir quel professionnel appeler ?  
 Appel à des professionnels spécialisés Outils : fiche Qui appeler mission EMSP/HAD ?

MISE EN ŒUVRE DE LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE  
 TRAÇABILITÉ DOSSIER SOIN

GESTION SIMPLE : EN EHPAD  
 Prise en charge en adéquation avec besoin

RÉDACTION FICHE URGENGE PALLIA : EN INTERNE

CRÉATION ÉVALUATION ANTICIPÉE :  
 À TRANSMETTRE HAD

INFORMATION ÉDUCATION  
 Patient  
 Aidant

RÉÉVALUATION RÉGULIÈRE DE LA SITUATION  
 Patient  
 Aidant

ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE  
 Soutenir les proches  
 Si urgences dotation pour besoin urgent  
 Omédit Dotation besoin urgent  
<https://www.omedit-normandie.fr>

SITUATION DIFFICILE (COMPLEXITÉ RESENTIE) :  
 Moyens non en adéquation avec les besoins

Liste des contacts 24h/24/ liste des structures ressources soins palliatifs avec EMSP/HAD  
**Objectif** : 1. Coordination pluri-professionnelle et rédaction d'un document de synthèse des décisions :  
 Organisation des soins / Anticipation des crises / Prescriptions anticipées  
 Outils : fiche urgence pallia <http://sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu>  
 2. Evaluation du besoin de répit Patient/Aidant/Equipe  
 Echelle de Zarit <http://geriatrie-albi.com/zarit/pdf>  
**Anticiper Hospitalisation de répit**  
**Co-construire le répit avec la structure relai**  
 (Service référent, Lits identifiés palliatifs, Unité de soins palliatifs)  
 > si besoin Réflexion Ethique EREN  
 Outils : fiche urgence pallia <http://sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu>

RÉDACTION FICHE URGENGE PALLIA : EN INTERNE

CRÉATION ÉVALUATION ANTICIPÉE : À TRANSMETTRE HAD

INFORMATION ÉDUCATION  
 Patient  
 Aidant

RÉÉVALUATION RÉGULIÈRE DE LA SITUATION  
 Patient  
 Aidant

ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE  
 Soutenir les proches  
 Si urgences dotation pour besoin urgent  
 Omédit Dotation besoin urgent  
<https://www.omedit-normandie.fr>

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 PALLIATIFS<sup>1</sup> ?

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'ACCOMPAGNEMENT<sup>1</sup> ?

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-ILS<sup>1</sup> ?

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.

<sup>1</sup> 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](http://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"> <li>GIR 1 et 2</li> <li>MMS inférieur 10</li> <li>Albuminémie inférieure à 25g/l</li> <li>Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale</li> <li>Escarre stade supérieur ou égal à 3</li> <li>Chutes à répétition</li> </ul>	
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"> <li>Les prescriptions anticipées</li> <li>L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring ..)</li> <li>L'indication et la mise en place d'une sédation</li> <li>Le lieu de prise en charge le plus adapté</li> <li>Le statut réanimatoire éventuel</li> </ul>	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple: <ul style="list-style-type: none"> <li>Refus de soins et/ou de traitement</li> <li>Limitation ou arrêt d'un traitement</li> <li>Demande d'euthanasie</li> <li>Présence d'un conflit de valeurs</li> </ul>	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>

## LÉGISLATION

### EMSP

- Circulaire DHOS/02 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
- Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (modèle de convention)

### HAD

- Circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile
- Circulaire n°DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées
- Circulaire n°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 (modèle de convention EMS et ES)

## Qui appeler si vous rencontrez une situation palliative en EHPAD ?

- Les EMSP couvrent presque tout le territoire normand. Pour trouver votre structure référente (<http://www.coordination-normande-soins-palliatifs.fr/index.php>)
- Les HAD couvrent tout le territoire normand. Pour trouver votre HAD référente (<https://www.fnehad.fr/>)
- Les interventions des EMSP et des HAD nécessitent une convention de partenariat.
- Les interventions de ses équipes nécessitent l'accord du médecin traitant pour intervenir



## SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

### SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE :

### QUELLE(S) STRUCTURE(S) EN SOUTIEN?

### EMSP ET/OU HAD

### POURQUOI? QUAND? COMMENT?

Version 4

## ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (EMSP)

### Équipe d'appui et de coordination



- **L'EMSP est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle** rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants.
- Elle ne se substitue pas à l'équipe de soins. Elle exerce un rôle **de conseil, de soutien et d'information auprès des équipes**. Elle apporte **une expertise** en douleurs et soins palliatifs.
- Elle n'a pas de rôle de prescription, elle n'effectue pas de soins infirmiers.

Les EMSP en EHPAD (selon la circulaire du 15 juillet 2010) :

1. Conseiller et soutenir les équipes :
    - Par une aide à la réflexion, à la prise de décision ;
    - En favorisant l'analyse des pratiques, dans les domaines du soin (gestes), de l'évaluation des différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique et spirituelle) ;
    - En conseil pour le soulagement des symptômes physiques et psychiques ;
    - Dans la prévention des situations de crise (prescriptions et procédures anticipées) ;
    - Dans l'étude de la possibilité et de la faisabilité du maintien dans l'EHPAD.
  2. Accompagner le patient et les proches pendant la maladie ou après le décès
  3. Former les personnels soignants et non soignants
  4. Organiser une réflexion et une analyse éthique dans le cadre de situation de fin de vie complexe. En favorisant les procédures collégiales et pluridisciplinaires. Afin de prévenir ou d'accompagner les souffrances des soignants...
- L'EMSP travaille 5 jours sur 7 et sauf exception n'est pas joignable la nuit et les jours fériés.
  - Toute personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale
  - Domiciliée sur le secteur géographique de l'équipe mobile
  - Avec l'accord du patient et du médecin généraliste référent et/ou médecin coordinateur. Si impossible, informer la famille et/ou le représentant légal.
  - Tout professionnel de santé, usager ou proche

## QUOI ?

### *Définition*

## POURQUOI ?

### *Missions et fonctionnement*

## POUR QUI ?

### *Critères d'admission*

## PAR QUI ?

### *Qui peut appeler*

## HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

### Service de soins continus et coordonnés

- **L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité d'hospitalisation à part entière** qui permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés sur le lieu de vie du patient (domicile, établissement social ou médico-social avec hébergement). Elle s'adresse aux patients dont la situation est complexe sur les plans clinique et psycho-social, quel que soit leur âge. L'HAD peut être envisagée dans le cadre d'un parcours de soins coordonné afin **d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement**.
- L'HAD favorise le retour et/ou le maintien sur le lieu de vie, dans le cadre d'un projet thérapeutique spécifique dont le médecin traitant est le médecin référent. Le projet peut être des « soins palliatifs »

Soins palliatifs en HAD :

- Soins coordonnés sur le lieu de vie, axés sur le confort du patient et sa qualité de vie, dans le respect de ses choix jusqu'à son décès ;
- Prise en charge pluridisciplinaire du patient et de son entourage, adaptée au contexte de la fin de vie et pouvant être poursuivie après le décès ;
- Elle vient en complément et en soutien de l'équipe.
- Traçabilité des informations pour une cohésion du projet d'accompagnement de fin de vie ;
- Qualité et sécurité des soins, délivrance de molécules hospitalières ;
- Formation et soutien des intervenants (bénévoles, aides à domicile, acteurs sociaux et autres professionnels)
- L'HAD assure une continuité des soins 24 h/24, 7 j/7 par astreinte téléphonique.
- Soins pris en charge à 100% par la sécurité sociale et la complémentaire.
- L'HAD peut être prescrite en cas de pathologie aiguë ou de maladie chronique nécessitant des soins complexes ou d'une technicité spécifique obligatoirement formalisés dans un protocole de soins.
- Domiciliée sur le secteur de l'HAD
- Avec l'accord du patient et du médecin généraliste référent et/ou médecin coordinateur. Si impossible, informer la famille et/ou le représentant légal référent.
- Tout professionnel de santé ou usager



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  NA<sup>1</sup> Tél : \_\_\_\_\_  
 Médecin hospitalier référent : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Service hospitalier référent : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Lit de repli possible<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_ 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

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.



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

<sup>1</sup> Art D.6124-311 du CSP

<sup>2</sup> 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 AS<sup>1</sup>. Pour ce faire, l'aide-soignant est formé à l'observation et à la surveillance des patients sous perfusion lors de sa formation initiale<sup>2</sup> 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.

<sup>1</sup> Article R.4311-4 et R.4311-5  
<sup>2</sup> Arrêté du 22 octobre 2005

Fiche 21

PCA en EHPAD

107

Fiche 21

PCA en EHPAD

108



### 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.

#### Gestion des alarmes

- 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.

- 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.

- ✓ **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](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 intérieur<sup>1</sup>.



### 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 nominatifs<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Art. R.5126-112 et R.5126-113 du CSP  
<sup>2</sup> 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, suppositoire	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 <sup>3</sup> 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	RÉFÉRENTS
<b>Nord Manche</b>	☎ 06 79 90 71 43 : gériatrie générale ☎ 02 33 95 70 81 : gériatrie troubles du comportement (UCC)	9h00-18h00 5j/7	Dr TOSQUES ✉ tiffanie.tosques@ch-cotentin.fr Dr GERVES ✉ henry.gerves@ch-cotentin.fr Mme BURNOUF ✉ clemence.burnouf@ch-cotentin.fr
<b>Centre Manche</b>	<u>En semaine :</u> ☎ 06 31 02 47 61 <u>Jours fériés et WE :</u> CH Saint-Lô : ☎ 02 33 06 33 33 CH Coutances : ☎ 02 33 47 40 00 ✉ emeg@ch-stlo.fr	8h30-17h30 7J/7	Dr PAIN
<b>Sud Manche</b>	☎ 02 33 89 42 77	8h45-17h 5j/7	Dr FAHSS
<b>Normandie centre</b>	☎ 06 67 71 92 96	8h30-18h30 5j/7	Dr DESCATOIRE Dr LESCURE
<b>Collines de Normandie</b>	☎ 02.33.62.61.48 ✉ emg.flers@ght-cdn.fr	8h30-18h30 5j/7	Dr AMELINE
<b>Orne-Perche-Saosnois</b>	<u>Secrétariat :</u> ☎ 02 33 32 54 94 <u>IDE :</u> ☎ 07 84 19 70 18 <u>Médecin :</u> ☎ 06 09 04 92 62 ✉ umg@ch-alencon.fr	9h-16h50 5j/7	Dr SABIMAMA
<b>Caux Maritime</b>	☎ 02 32 14 70 70	9h- 17h 5j/7	Dr GBAGUIDI
<b>Estuaire de la Seine</b>	☎ 06 76 24 22 44 ✉ plateformeexpertisegeriatrique@ch-havre.fr	9h-17h 5J/7 Astreinte téléphonique le week-end 9h-17h	Dr GUIGNERY-DEBRIS Mme EUDE
<b>Cœur de Seine</b>	☎ 02 32 88 58 00	9h- 17h 5j/7	DR TOUFLET
<b>Val de Seine et Plateaux de l'Eure</b>	☎ 02 32 82 65 63 ✉ 2e2g@chi-elbeuf-louviers.fr	10h-18h 5j/7	Dr LANGLOIS Mme CONSTANTIN
<b>Eure Seine Pays d'Ouche</b>	☎ 02 32 33 83 46 ✉ pteg@chi-eureseine.fr	9h- 17h 5j/7	Mme DRUET



# **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





