

# OMEDIT NORMANDIE

## Comité technique N°3 «Personnes âgées»



# Ordre du jour

1. Architecture générale du nouveau guide « qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD »
2. Quelles modalités de révision de la prescription chez le sujet âgé ?
3. Urgences en EHPAD comment réduire les hospitalisations non programmées ?
4. Prise en charge de la douleur chez le sujet âgé
5. Recommandations autour de la PCA dans la prise en charge de la douleur dans le cadre des soins palliatifs en EHPAD
6. Antibiothérapie en EHPAD - Film d'analyse de scénario
7. Projet régional de télésurveillance des résidents sous AVK, recommandations et organisations

# Architecture générale du guide



	Intitulé de la fiche	
Organisation du circuit du médicament	1	Les incontournables de la prescription
	2	Révision de la prescription du sujet âgé
	3	Management de la prise en charge médicamenteuse
	4	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD
	5	Prescription en EHPAD
	6	Fourniture, dispensation et détention
	7	Protocole de PDA et stockage
	8	Administration des médicaments en EHPAD
	9	Dotation pour besoin urgent
	10	Exemple de chariot d'urgence
Médicaments à risque chez le sujet âgé	11	Digitaliques
	12	Anticoagulants
	13	Antiagrégants plaquettaires
	14	Opiacés forts
	15	Benzodiazépines
	16	Neuroleptiques
	17	Antibiotiques
Protocoles de prise en charge	18	PEC des troubles psycho-comportementaux
	19	Prévention des chutes
	20	PEC de la douleur
	21	PCA et EHPAD
	22	PEC de la constipation
	23	PEC de la déshydratation
	24	PEC des troubles de la déglutition
	25	PEC de la dénutrition
	26	Insulinothérapie en EHPAD
	27	Adaptation posologique des AVK
	28	PEC des escarres

## Calendrier :

Fin des relectures : avril/ mai  
 Infographie : mai / juin  
 Diffusion : à partir de juin

# Quelles modalités de révision de la prescription chez le sujet âgé ?



Catherine Chenailier, pharmacien CHU de Rouen

# Principaux enjeux

- **L'iatrogénie médicamenteuse est très fréquente chez le sujet âgé**
  - Les erreurs médicamenteuses sont **deux fois plus fréquentes** après 65 ans
  - **10 à 20% des hospitalisations** des sujets de plus de 65 ans sont directement liées à un évènement iatrogène
  - **50%** des accidents iatrogènes du sujet âgé sont **évitables**
- **Sa prévention est devenue un enjeu majeur de santé publique**
  - ⇔ **reflexe iatrogénique** : devant tout nouveau symptôme chez un patient âgé => évoquer la possibilité d'un événement indésirable lié aux médicaments (EIM)
  - exercice en équipe **pluri professionnelle**
  - **concertation accrue** entre soins de premier recours et soins spécialisés
  - **implication du patient** et une mobilisation de l'entourage et des aidants

**La révision pluri professionnelle des ordonnances** ⇔ une solution simple et efficace pour la prévention/détection des prescriptions potentiellement inappropriées et pour limiter les EIM

# Caractéristiques de l'iattrogénie médicamenteuse

## Périmètre de l'erreur médicamenteuse

- Mauvaise pertinence de l'indication
- Absence de prescription souhaitée
- Contre-indications, par rapport :
  - à d'autres prescriptions, interactions médicamenteuses à risque
  - aux comorbidités patients
  - à la stratégie thérapeutique globale (intention de chirurgie, moins bon profil efficacité-tolérance...)
- Erreur de médicament, duplication, erreur de dose (trop, pas assez), erreur de durée
- Erreur de suivi (ajustement, surveillance, tolérance)
- Mésusage par le patient (pas pris, trop pris, mal pris)

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

- Médicaments à visée cardiovasculaire (diurétiques, digoxine, anticoagulants)
- Psychotropes (neuroleptiques, hypnotiques, antidépresseurs)
- Analgésiques
- Anti-inflammatoires (aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS)
- Anti-infectieux

# Prescriptions potentiellement inappropriées

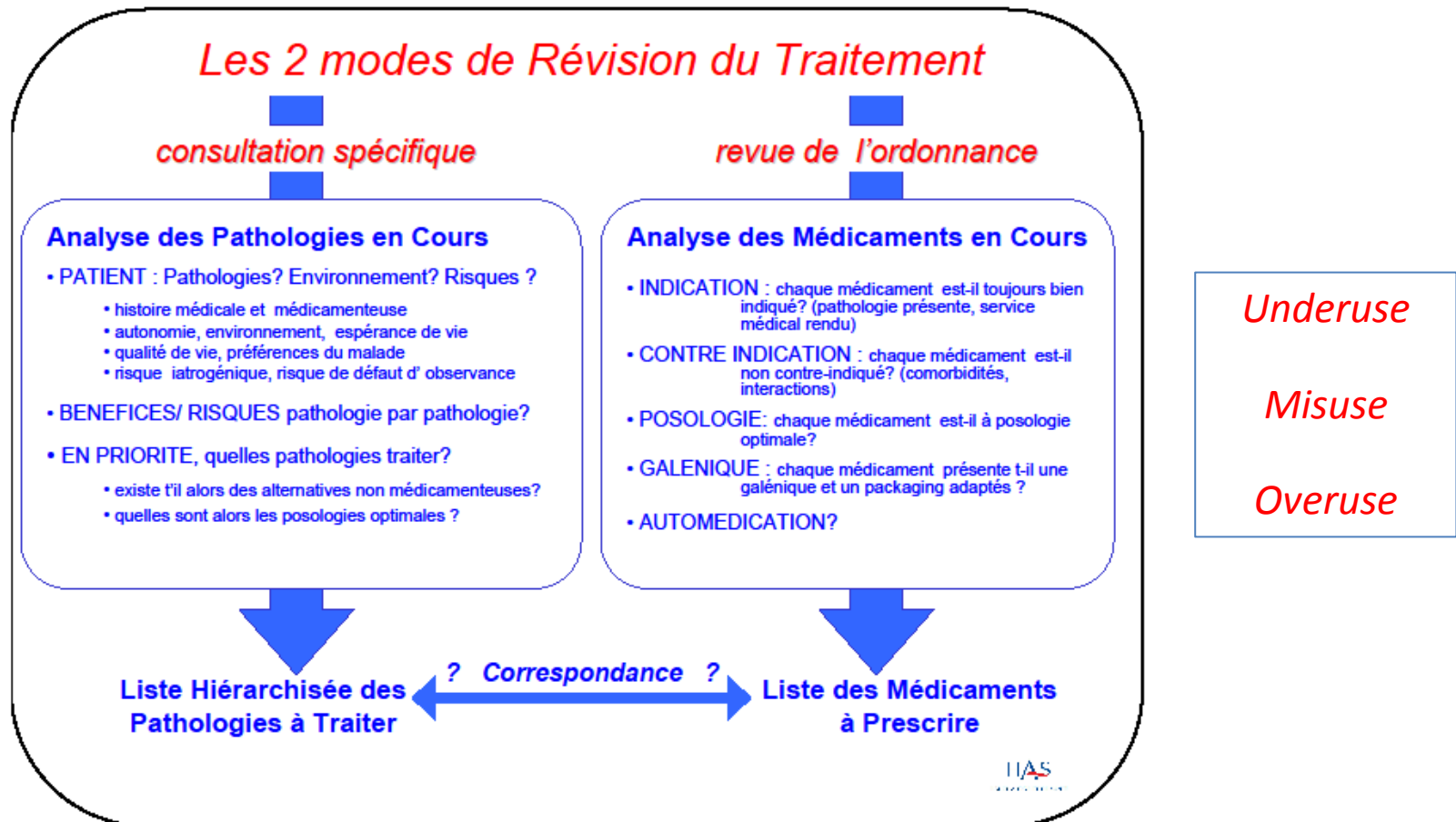
- « **L'overuse** » : utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication médicale en cours de validité ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité. Par exemple :
  - Inhibiteurs de la pompe à proton souvent prescrits hors AMM ou trop longtemps
- « **Le misuse** » : utilisation de médicaments dont le risque est supérieur au bénéfice attendu. Par exemple :
  - Anticholinergiques chez le patient dément ou présentant des troubles cognitifs
- « **L'underuse** » : absence d'instauration d'un traitement efficace chez le sujet âgé ayant une ou plusieurs pathologies pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité. Par exemple :
  - Antalgiques dans la douleur

# Etapes de l'amélioration de la qualité et sécurité de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée

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



# Les 2 modes de révision du traitement



# Dépistage des prescriptions potentiellement inappropriées

- **critères explicites**

- application de listes standardisées
- les critères sont souvent rigides et s'appliquent de la même manière à tous les patients

- **critères implicites**

- analyse patient par patient
- et traitement par traitement
- avec une prise en compte de la dimension globale du patient, de ses comorbidités et de l'environnement

# Exemples d'outils

## Exemples d'outils de dépistage des prescriptions inappropriées

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

## Exemples d'outils d'évaluation du risque iatrogène

Charge anticholinergique	Charge sédatrice
Anticholinergic Drug Scale (ADS) Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) Anticholinergic Risk Scale (ARS)	Sedative Load Model
Drug Burden Index	

# Liste de Laroche

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
<b>Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable</b>				
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
16	Ticlopidine	TICLID	Effets indésirables hématologiques et hépatiques sévères	Clopidogrel, aspirine
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
17	Cimétidine	TAGAMET, STOMEDINE	Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres anti-H2	Inhibiteurs de la pompe à protons, éventuellement autres anti-H2 (ranitidine, famotidine, nizatidine) ayant moins d'interactions médicamenteuses.
18	Laxatifs stimulants : bisacodyl, docusate, huile de ricin, picosulfate, laxatifs anthracéniques à base de cascara, sennosides, bourdaine, séné, aloès du Cap...	CONTALAX, DULCOLAX, PREPACOL, JAMYLENE, FRUCTINES,...	Exacerbation de l'irritation colique	Laxatifs osmotiques
<i>Hypoglycém/anfs</i>				
19	Sulfamides hypoglycémiant à longue durée d'action : carbutamide, glipizide	GLUCIDORAL, OZIDIA LP	Hypoglycémies prolongées	Sulfamides hypoglycémiant à durée d'action courte ou intermédiaire, metformine, inhibiteurs de l'alpha-glucosidase, insuline
<i>Autres relaxants musculaires</i>				
20	Relaxants musculaires sans effet anticholinergique : méthocarbamol, baclofène, tétrazépam	LUMIRELAX, BACLOFENE, LIORESAL, MYOLASTAN, PANOS, MEGAVIX	Somnolence, chutes et troubles mnésiques (tétrazépam)	Thiocolchicoside, méphénésine

Service de Pharmacologie-Toxicologie-Centre de Régional de Pharmacovigilance - Hôpital Dupuytren - CHU de Limoges - 87042 LIMOGES Cedex  
 Service de Soins de Suite Gériatriques - Hôpital Rebeyrol - CHU de Limoges - 87042 LIMOGES Cedex

# Critères STOPP-START

## Annexe 1. STOPP/START.v2, adaptation en langue française

Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2 (STOPP.v2)

*Chez une personne âgée de 65 ans ou plus, la prise de ces médicaments est potentiellement inappropriée dans les circonstances décrites ci-dessous.*

### Section A: Indication de prescription

**A1.** Tout médicament prescrit sans indication clinique (aspirine et statine en prévention cardiovasculaire primaire; inhibiteur de la pompe à protons sans atteinte œsogastrique récente...) – [sur-prescription]

**A2.** Tout médicament prescrit au-delà de la durée recommandée, si elle est définie – [sur-prescription]

**A3.** Toute duplication de prescription d'une classe médicamenteuse (deux benzodiazépines, anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, diurétiques de l'anse, inhibiteurs de l'enzyme de conversion,  $\beta$ -bloquants, anticoagulants, ...) – [monothérapie à optimiser avant de considérer la duplication]

### Section B: Système cardiovasculaire

**B1.** La digoxine pour une décompensation d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) conservée – [pas de preuve de bénéfice]

**B2.** Le vérapamil ou le diltiazem en présence d'une décompensation cardiaque de classe III ou IV – [risque d'aggravation de l'insuffisance cardiaque]

**B3.** Un  $\beta$ -bloquant en combinaison avec le vérapamil ou le diltiazem – [risque de bloc de conduction cardiaque]

**B4.** Un  $\beta$ -bloquant en présence d'une bradycardie (< 50 bpm), d'un bloc atrio-ventriculaire du second degré ou troisième degré – [risque de bloc complet ou d'asystolie]

**B5.** L'amiodarone en première intention pour une tachycardie supra-ventriculaire – [risque d'effets secondaires plus important que celui par  $\beta$ -bloquant, digoxine, vérapamil ou diltiazem]

**B6.** Un diurétique de l'anse en première intention pour une hypertension artérielle – [des alternatives plus sûres et plus efficaces sont disponibles]

**B7.** Un diurétique de l'anse pour œdèmes des membres inférieurs d'origine périphérique (c.à.d. en l'absence d'argument pour une insuffisance cardiaque,

**H8.** Un AINS en présence d'une corticothérapie sans traitement préventif par inhibiteur de la pompe à protons – [risque accru d'ulcère gastroduodénal]

**H9.** Un biphosphonate par voie orale en présence d'une atteinte actuelle ou récente du tractus digestif supérieur (dysphagie, œsophagite, gastrite, duodénite, ulcère peptique, ou saignement digestif haut) – [risque de récurrence ou de majoration de l'atteinte digestive haute]

### Section I: Système urinaire

**I1.** Un médicament à effets anticholinergiques en présence d'une démence, d'un déclin cognitif chronique – [risque d'une majoration de la confusion, d'agitation], d'un glaucome à angle fermé – [risque d'exacerbation du glaucome] ou d'un prostatisme persistant – [risque de globe vésical]

**I2.** Un  $\alpha_1$ -bloquant (tamsulosine, térazosine) en présence d'une hypotension orthostatique symptomatique ou de syncope post-mictionnelle – [risque de syncopes récurrentes]

### Section J: Système endocrinien

**J1.** Une sulphonylurée à longue durée d'action (glibenclamide, chlorpropamide, glibémipiride, gliclazide à libération prolongée) pour un diabète de type 2 – [risque d'hypoglycémies prolongées]

**J2.** Une thiazolidinédione (rosiglitazone, pioglitazone) en présence d'une décompensation cardiaque – [risque de majoration de la décompensation cardiaque]

**J3.** Un  $\beta$ -bloquant en présence d'un diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques – [risque de masquer les symptômes d'hypoglycémie. Envisager une diminution du traitement hypoglycémiant pour ramener l'HbA1c entre 7,5 et 8,5% (59 et 69 mmol/mL) chez les patients âgés fragiles]

**J4.** Des œstrogènes en présence d'un antécédent de cancer du sein ou d'épisode thromboembolique veineux – [risque accru de récurrence]

**J5.** Des œstrogènes par voie orale ou transdermique sans progestatifs associés chez une patiente non hystérectomisée – [risque de cancer endométrial]

**J6.** Des androgènes en l'absence d'un hypogonadisme confirmé – [risque de toxicité aux androgènes; absence de bénéfice prouvé en dehors de l'hypogonadisme]

### Section K: Médicaments majorant le risque de chute

**K1.** Une benzodiazépine dans tous les cas – [effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre]

**K2.** Un neuroleptique dans tous les cas – [effet sédatif, dyspraxie de la marche, symptômes extrapyramidaux]

**K3.** Un vasodilatateur ( $\alpha_1$ -bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, inhibiteur de l'enzyme de conversion, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique  $\geq 20$  mmHg ou diastolique  $\geq 10$  mmHg lors de la verticalisation) – [risque de syncopes, de chutes]

**K4.** Un hypnotique Z (zopiclone, zolpidem, zaleplon) – [risque de sédation, d'ataxie]

### Section L: Antalgiques

**L1.** Un opiacé fort en première ligne d'une douleur légère (par voie orale ou transdermique; morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, diamorphine, méthadone, tramadol, pethidine, pentazocine) – [non-respect de l'échelle OMS de la douleur]

**L2.** Un opiacé en traitement de fond (c.à.d. non à la demande) sans la prescription concomitante d'un traitement laxatif – [risque de constipation sévère]

**L3.** Un opiacé de longue durée d'action en cas de pics douloureux, en l'absence d'un opiacé à action immédiate – [risque de persistance des pics douloureux]

### Section N: Charge anticholinergique

**N1.** Une utilisation concomitante de plusieurs ( $\geq 2$ ) médicaments à effets anticholinergiques (antispasmodique vésical ou intestinal, antidépresseur tricycliques, antihistaminique de première génération, ...) – [risque de toxicité anticholinergique]

Liste non exhaustive de médicaments à activité anticholinergique élevée:

- amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine;
- hydroxyzine, méclizine, prométhazine;
- clozapine, lévomépromazine;
- bipéridine, procyclidine, trihexyphénydyle;
- fésotérodine, flvoxate, oxybutynine, propiverine;
- solifénacium, toltérodine;
- ipratropium;
- butylthioscine, tizanidine, scopolamine

Principaux effets anticholinergiques centraux: sédation, altération cognitive, délirium (confusion aiguë), désorientation, hallucinations visuelles, agitation, irritabilité, agressivité

Principaux effets anticholinergiques périphériques: trouble de l'accommodation visuelle, mydriase, sécheresse buccale, sécheresse oculaire, tachycardie, nausées, constipation, dysurie, rétention vésicale

Screening Tool to Action the Right Treatment, version 2 (START.v2)

*Les traitements médicamenteux proposés ci-après doivent être envisagés lorsqu'ils sont omis sans justification clinique valide chez une personne âgée de 65 ans et plus, hors situation de fin de vie.*

*Le prescripteur aura vérifié toutes les contre-indications spécifiques de ces traitements médicamenteux avant de les recommander aux patients âgés.*

### Section A: Système cardiovasculaire

**A1.** En présence d'une fibrillation atriale (paroxystique, persistante ou permanente), un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur de la thrombine ou inhibiteur du facteur Xa). En cas de fibrillation atriale induite par une cardiopathie valvulaire mitrale ou par un syndrome coronarien aigu ou récent, seul l'anti-vitamine K est recommandé – [risque cardio-embolique élevé]

**A2.** En présence d'une fibrillation atriale et d'une contre-indication majeure à l'anticoagulation, de l'aspirine (75 mg à 160 mg/jour) – [risque cardio-embolique élevé]

**A3.** En présence d'une athérosclérose au niveau coronarien, cérébro-vasculaire ou périphérique, un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) – [réduction des événements ischémiques]

**A4.** En présence d'une hypertension artérielle persistante (systolique > 160 mmHg et/ou diastolique > 90 mmHg), un antihypertenseur. Pour les patients diabétiques, les seuls de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique sont préférés – [réduction de la morbidité cardiovasculaire]

Pour citer cet article : Lang PO, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. Neurol psychiatr géiatr (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2015.08.001>

## Alerte et Maitrise de la iatrogénie (AMI-PMSA)

- Des outils HAS pour mieux repérer les situations à risque iatrogénique
  - overuse
  - évènements intercurrents
  - risque de sous prescription
- Des alertes par médicaments
  - cardiovasculaires
  - psychotropes

## 18 indicateurs de pratique clinique AMI\_PMSA

### Alerte Médicament

#### Psychotropes

Confirmation de prescription si > 2 psychotropes  
Confirmation de prescription si benzodiazépine ½ vie longue  
Confirmation de prescription si neuroleptiques et M.Alzheimer  
Date d'initiation du traitement connue si psychotrope  
Recherche de chutes tous les 3 mois si psychotrope  
+ *mesure nationale Alertes 1 – 2 – 3 depuis 2008*

#### Médicaments cardiovasculaires

Confirmation de prescription si > 2 antihypertenseurs  
Confirmation de prescription si > 1 diurétique  
Contrôle INR si AVK et antibiotique / antifongique  
Suivi du bilan hydrosodé si médicaments cardiovasculaires  
Suivi hebdomadaire du poids si diurétiques  
Adaptation doses diurétiques & apport HS si fièvre (canicule)  
+ *mesure nationale Alertes 1 – 2 en 2011-2012*

### Alerte Ordonnance

Ordonnance structurée par domaine pathologique  
Pas d'associations médicamenteuses contre indiquées

### Alerte Pathologie sous traitée

Ostéoporose sous calcium et Vitamine D  
Insuffisance coronarienne sous antiagrégants plaquettaires  
Insuffisance cardiaque systolique sous inhibiteurs enzyme conversion

### Alerte Situation Clinique à risque

Recherche origine médicamenteuse si chute récente  
Rechercher origine médicamenteuse si troubles récents fonctions supérieures  
Adaptation doses diurétiques et apports hydrosodés si fièvre (ou canicule)

# Outil DICTIAS-Check

## OBCv5

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

Outil élaboré par l'équipe de Charles Foix (Ivry /Seine), Pr Belmin

D - I - C - T - I - A - S

nom du médicament (dci)	Diagnostic	Indication	Contre-indic	Tolérance	Inter-action	Ajust. Dose	Sécurité	Conclusion
<b>Check O-B-Cv5</b>	Ostéoporose, fracture faible trauma, chutes répétées							
	BPCO stade modéré ou sévère							
	Athérosclérose parlante, Db + FdR, Coronaropathie, Post-IDM, Insuffisance cardiaque, Fibrillation atriale							

# Exemple de réévaluation d'ordonnance

## Cas clinique

### Patient Mr X, 90 ans

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

### Antécédents

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

## Cas clinique



73kg

TA 128/73 mmHg  
FC 35/min

Saturation 96%

Auscultation pulmonaire normale

Hypotension orthostatique

Désorienté

Pas de globe

Pas de chutes antérieures

### Ionogramme:

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

Glycémie : 3,2 mmol/l

Urée : 32,9mmol/L

Créatinine : 206 µmol/l

DFG : 22ml/min

NFS normale

HbA1c = 6%



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





Outil de revue de prescription chez le sujet âgé DICTIAS-Check OBCv5 (Pr Belmin, Charles Foix)

Médicament	Diagnostic	Indication	Contre-indication	Tolérance	Interaction	Ajust. Dose	Sécurité	Conclusion
Furosémide 40 mg po : 1-1-0								
<a href="#">Diffu-K</a> po : 1-0-0								
<a href="#">Urapidil</a> 30mg po : 1-0-1								
Sotalol 160mg po : 1-0-0								
<a href="#">Pravastatine</a> 20mg po : 0-0-1								
<a href="#">Kardegic</a> 75mg po : 0-1-0								
<a href="#">Gliclazide</a> 60mg po : 1-0-0								
Allopurinol 100mg po : 0-1-0								
<a href="#">Rabeprazole</a> 10mg po : 1-0-0								
<a href="#">Tamsulosine</a> LP 0.4mg po 1-0-0								
<a href="#">Hydroxyzine</a> 25mg po : 0-0-1								
<a href="#">Lamaline</a> po : 1 gél 4 fois/j								
<b>Check O-B-Cv5</b>	Ostéoporose documentée, fracture à faible traumatisme, chutes répétées							
	BPCO du stade modéré à sévère							
	Athérosclérose cliniquement parlante ou [diabète + fd <sub>c</sub> CV] /Coronaropathie / Post-infarctus du myocarde/ Insuffisance cardiaque/ Fibrillation atriale							

Outil de revue de prescription chez le sujet âgé DICTIAS-Check OBCv5 (Pr Belmin, Charles Foix)

Médicament	Diagnostic	Indication	Contre-indication	Tolérance	Interaction	Ajust. Dose	Sécurité	Conclusion
Furosémide 40 mg po : 1-1-0	HTA/ <u>Ins cardiaque</u> Durée de traitement ?	Oui RCP	NON <u>Ins</u> Ok	Semble OK /patient ?		Oui à réévaluer / oedèmes	<u>Surv. oedèmes</u>	Proposer surveillance oedèmes, ajustement doses selon oedèmes, écho cœur, réévaluation insuffisance cardiaque par cardiologue/ info CAT oedèmes patient
Diffu-K po : 1-0-0	A priori lié furosémide	Oui RCP	NON kaliémie OK	Semble OK /patient ?		NON	<u>Ins</u> SB	Proposer surveillance <u>Ins</u> à chaque changement dose furosémide
Urapidil 30mg po : 1-0-1	HTA	Oui RCP	NON	<u>Hypot* orthost</u> , chute	D tamsulosine (PD)	OUI liée hypotension	Liste Laroche STOPP v2	Proposer l'arrêt, si besoin d'un anti-HTA envisager IEC contexte <u>Ins</u> cardiaque et éventuel diabète (START A6)
Sotalol 160mg po : 1-0-0	FA	Oui RCP	<u>Ins card non contrôlée ?</u> FC <45 BPM	<u>Hypot* orthost</u> , chute /arythmie ?	CI (TDP) hydroxyzine	OUI sur avis Cardio		Proposer l'arrêt non brutal avec réévaluation rapide par cardiologue sur hypotension et insuffisance cardiaque ( <u>digoxine</u> dose adaptée DFG ? puis <u>diltiazem</u> quand <u>Ins</u> cardiaque contrôlée ?)
Pravastatine 20mg po : 0-0-1	Prévention <u>cardioy.</u> primaire	Oui RCP	NON	Semble OK /patient ?		OUI liée au grand âge		Proposer l'arrêt, à discuter selon tolérance et espérance vie
Kardegic 75mg po : 0-1-0	Prévention <u>cardioy.</u> primaire	Oui RCP	NON	Semble OK /patient ?		NON	<u>Surv.</u> hémorragie	info CAT patient
Gliclazide 60mg po : 1-0-0	<u>Diabète ?</u> HbA1c <7%, <u>hypoglycémie</u>	RCP pas 1 <sup>ère</sup> intention	DFG < 30mL/min	Hypoglycémie, chute		OUI liée non tolérance	STOPP-J1	Proposer l'arrêt, réévaluer le diagnostic avec suivi glycémies et HbA1c, cf. médecin traitant MT
Allopurinol 100mg po : 0-1-0	Pas de signes cliniques, pas <u>Ins</u> <sup>d</sup>		NON	Semble OK/ patient toxidermie ?		OUI proposer arrêt	<u>Surv.</u> cutanée	Proposer l'arrêt, réévaluer le diagnostic avec MT et patient ATCD clinique, tophus ?
Rabeprazole 10mg po : 1-0-0	Pas de signes cliniques, pas <u>Ins</u> <sup>d</sup>		NON	Semble OK/ patient		OUI proposer arrêt		Proposer l'arrêt, réévaluer le diagnostic et durée avec MT et patient ATCD clinique, RGO modéré sévère ?
Tamsulosine LP 0.4mg po 1-0-0	HBP	Oui RCP	Oui <u>Hypot* orthost.</u>	Semble OK /patient ?	D urapidil (PD)	OUI	Suivi <u>hypot* orthost</u>	Déplacer la prise au soir pour limiter risque <u>hypot* orthost</u> (en + de l'arrêt de l'urapidil), réévaluer si poursuite <u>hypot* orthost</u>
Hydroxyzine 25mg po : 0-0-1	Pas de signes d'anxiété/ urticaire		FR allong. QT (FC <45BPM)	Désorientation	CI sotalol (TDP)	OUI proposer arrêt	Liste Laroche STOPP-N1	Proposer l'arrêt, réévaluer l'indication en lien avec MT et patient : origine de la plainte de fatigue ? tr. du sommeil ? anxiété ? syndrome dépressif ?
Lamaline po : 1 gél 4 fois/j	polyarthrose			Désorientation		OUI proposer arrêt	STOPP-N1	Proposer l'arrêt, réévaluer l'origine de la douleur et son intensité, lien MT, patient voire rhumatologue
Check O-B-Cv5	Ostéoporose documentée, fracture à faible traumatisme, chutes répétées							START E5 : initier vit D + calcium
	BPCO du stade modéré à sévère							A priori NON / à réévaluer avec le MT et patient si toux, essoufflement, épisodes bronchites aiguës
	Athérosclérose cliniquement parlante ou [diabète + <u>fd</u> , CV] /Coronaropathie / Post-infarctus du myocarde/ Insuffisance cardiaque/ Fibrillation atriale							Réévaluation cardio : insuffisance cardiaque décompensée ? Réévaluer traitement FA : proposer arrêt sotalol +/- statine + intro anticoagulant START A1 +/- <u>digoxine</u> puis <u>diltiazem</u> . Réévaluer HTA : arrêter <u>urapidil</u> , si besoin proposer IEC

Patient autonome dans la gestion de ses traitements : difficultés de préparation des prises ? de préhension (polyarthrose) ? d'auto-administration (tr. déglutition ?) ?

Couverture vaccinale ? Etat nutritionnel ? lien avec la conciliation médicamenteuse et bilan partagé de médication, lien avec les autres intervenants à domicile, choix des priorités...

# Choisir les priorités

Patient autonome dans la gestion de ses traitements :

- difficultés de préparation des prises ?  
difficultés de préhension (polyarthrose) ?
- difficultés d'auto-administration (tr. déglutition ?) ?
- couverture vaccinale ?
- état nutritionnel ?
- difficultés sociales ?

Lien avec la conciliation médicamenteuse et bilan partagé de médication

Lien avec les autres intervenants notamment à domicile

Choix des priorités en pluri-professionnel et avec le patient/les aidants

## Cas clinique

### En lien avec la bradycardie :

- Arrêt Sotalol et demande avis cardiologique  
(critère *STOPP B4*)

### En lien avec l'hypotension orthostatique et les chutes :

- Arrêt Urapidil (TA 128/73)  
(critère *STOPP K3*)
- Modification de l'heure de prise de la Tamsulosine : 1 cp le soir au coucher

### En lien avec l'hypoglycémie :

- Arrêt Gliclazide  
(CI : DFG < 30ml/min), contrôle Hba1c à 3mois

### En lien avec la désorientation :

- Arrêt Hydroxyzine  
(critère *STOPP N1*)
- Arrêt Lamaline® : réévaluation de la douleur
- Arrêt IPP : indication à rediscuter

### Autres :

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

### En lien avec la FA paroxystique :

- Débuter anticoagulation  
(critère *START A1*)

### En lien l'ostéoporose et chute:

- Débuter supplémentation en vitamine D et en calcium  
(critère *START E3*)

Merci pour votre attention

# Urgences en EHPAD, comment réduire les hospitalisations non programmées ?



Isabelle Crinière, médecin coordonnateur EHPAD  
Résalia-MS Groupe

# Historique

- Réflexion nationale pour la réduction des hospitalisations non programmées
- Séance plénière : Organisation des groupes de travail
- Médecin ARS responsable : Dr Laynat Héléne
- 2 co-pilote Dr Leroux Catherine Chef de Service Chu Caen /Dr Crinière Isabelle Médecin coordonnateur EHPAD représentante AMG2C
- Répartition des 4 groupes entre les co pilotes
- Suivi des recommandations HAS : Comment réduire les hospitalisations non programmées

# Grands axes de la recommandation juillet 2015

- Quelques chiffres : Hospitalisation potentiellement évitable 19 à 67 % selon les études ( anticipation EHPAD)
- Hospitalisation inappropriées (utilisation d'un autre recours à l'hospitalisation que les urgences)
- Motifs H urgences :
  - Chutes (1/3 des hospi dont la ½ avec fractures)
  - Décompensation cardio pulmonaire
  - Problèmes uro digestifs
  - Troubles comportements
  - Soins Palliatifs : 20 décès /an en EHPAD, 59 % relèveraient de soins palliatifs. 23 % hospitalisés en urgences dans les 2 semaines qui précèdent décès.

# 1<sup>er</sup> axe : Intervention visant à améliorer qualité des soins en EHPAD

- Améliorer gestion des urgences (DLU/protocoles de soins/régulation)
- Augmentation de la vaccination anti grippale des résidents
- Diminuer les hospitalisations liées aux pneumopathies (vaccination / déglutition/H bucco dentaire) et traiter pneumopathies sur site (DBU).
- Renforcer soins palliatifs et de support en EHPAD (identifier/directives anticipées/réunion collégiale/prescriptions anticipées/communication) (DBU)

## 2eme axe : Interventions visant les causes les plus fréquentes d'hospitalisation

- Diminuer les chutes en EHPAD
- Diminuer la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD (antihypertenseurs /diurétiques, hypoglycémiants/AVK/Psychotropes)



## 3eme : Interventions visant à optimiser ressources en interne et en externe

- Renforcer la qualité des soins en EHPAD
- Renforcer les ressources soignantes en EHPAD
- Renforcer expertises gériatriques
- Renforcer expertise en soins palliatifs
- Renforcer les HAD
- Développer la télémédecine en EHPAD.

# Groupe de travail Normandie

- 4 groupes :
  - Groupe 1 : Anticiper
  - Groupe 2 : Savoir reconnaître une urgence vitale, un besoin de soins non programmé et identifier les ressources nécessaires
  - Groupe 3 : Quelles informations communiquer ?
  - Groupe 4 : Maintien des résidents EHPAD
- Objectifs : proposer une conduite à tenir (documents / ressources normandes existantes) afin de fournir des outils pratico-pratique du territoire
- Modalités de diffusion : Livrables avec conduite à tenir et contacts

# Anticiper

1. Préventions des maladies infectieuses hivernales :
  - Augmenter la vaccination antigrippale des Résidents et du personnel de l'EHPAD
  - Promotion de la vaccination anti grippale des soignants, formation
  - Outil de formation en ligne : Jasper volet 1 avec soutien ARS /CPIAS/QUALVA/CEMU
  - Formation en interne grippe et maladies infectieuses / Précautions standards et complémentaires
  - Equipe Mobile Hygiène/formation dans les EHPAD

# Anticiper

## 2. Prévention des pneumopathies et des détresses respiratoires :

- Prévention des troubles de déglutition : travail avec orthophonistes, ORL , médecin physique et réadaptation de la région
- Assurer une bonne Hygiène bucco dentaire : en cours (formation /grille de dépistage etc )
- Soins bucco dentaires Mobident , Centre de santé dentaire etc

# Anticiper : Diminution des chutes en EHPAD

- Rappel sur les recommandations prise en charge multifactorielle (iatrogénie/dénutrition etc.)
- Promotion activité physique des résidents : appels à candidature ARS

# Anticiper : Diminuer la iatrogénie

- Politique de gestion autour du Médicament : travaux Omédit /audit Croisé /Crex
- Groupe de travail anticoagulant : plateforme de gestion Anticoagulant
- Axe clef réduction iatrogénie
- Liste préférentielle
- Dotation pour besoins urgents

# Renforcer expertise gériatrique

- En cours Cartographie des filières gériatriques
- **Mobiliser une équipe mobile gériatrique pourquoi /comment ?**

# Télémédecine à froid/ à chaud

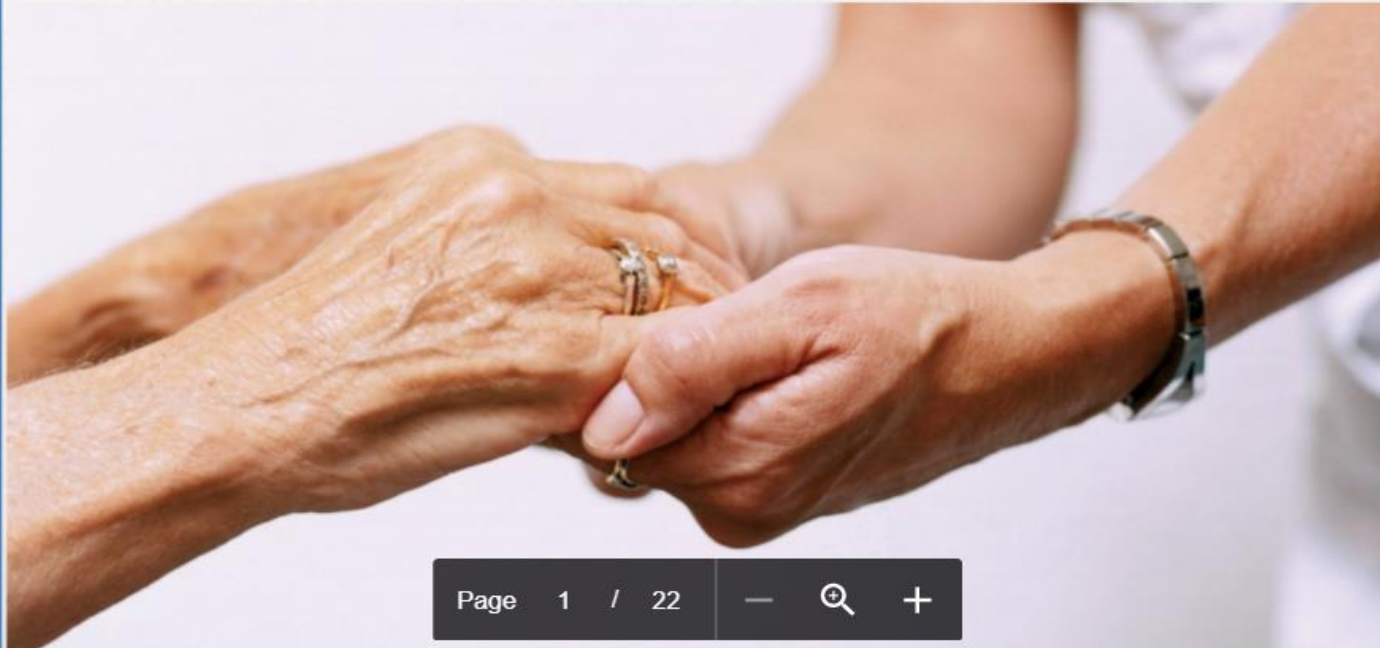
- Télémédecine à froid : consultation cardio / neuro / psychiatre / dermato pour avis
- Projet télémédecine à froid et EHPAD listing à disposition dans livrable
- Quels médicaments (DPU) évolutive



# Groupe 2 : Savoir reconnaître une urgence vitale et un besoin de soins non programmé

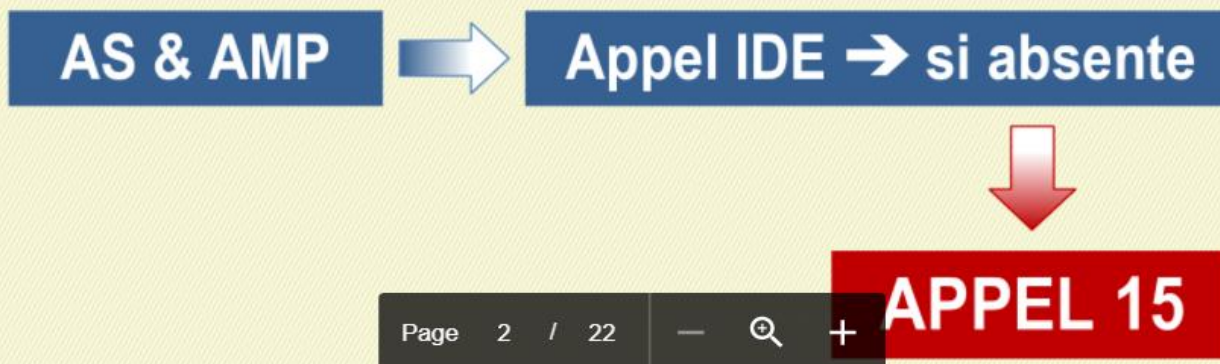
- Retravaillé à partir des fiches ARS Ile de France
- Rédigées et validées en collégialité
- Cf document

# Comment identifier une urgence et/ou un besoin en soin non programmé en EHPAD ?

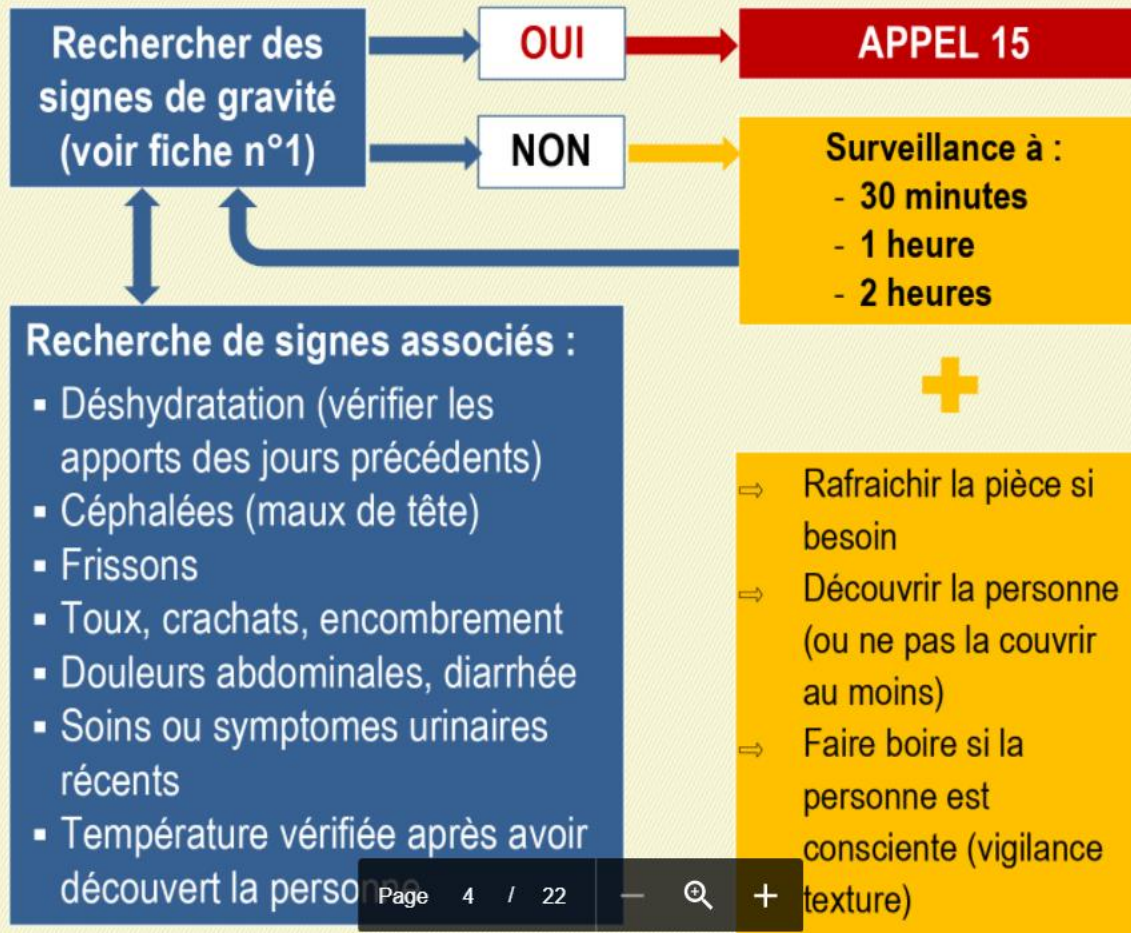


# REPÉRER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Pouls <50/minute ou >120/minute
- Pression artérielle systolique <100 ou >200 aux deux bras
- Fréquence respiratoire <10/minute ou >25/minute
- Saturation en O<sup>2</sup> <90% hors insuffisance respiratoire chronique
- Sueurs, marbrures, somnolence
- Difficultés respiratoires (cyanose, ventilation bruyante, tirage, parole difficile)
- Douleurs aiguës et intenses (ALGOPLUS >3 ou EN ≥6)
- Modification de la conscience
- Convulsions (mouvements involontaires saccadés)
- Paralysie ou impotence d'apparition BRUTALE (face, membre, moitié du corps)
- Fièvre (>39°C), frissons
- Agitation
- Dextro (si pratique possible): <0,8 et >3



# FIEVRE > 38,5°C



# Groupe 3 : Quelles informations communiquer?

- Coordinateur principal : Dr Leroux Catherine
- Cf document

# FICHE DE LIAISON D'URGENCE

Document de transfert de l'EHPAD vers un service d'urgences

**Nom de l'établissement :**

Adresse :

Téléphone :

Date et heure de départ :

## PERSONNE ADRESSANT LE RÉSIDENT

**Nom :**

Médecin traitant

Infirmier(e)

Cadre de santé / IDEC

**Prénom :**

Médecin coordonnateur

Aide-  
soignant(e)

Autre :

**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 :**

Poids :

Taille :

**Nom Prénom du médecin traitant :**

**Protection juridique :**  oui  non

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

**Personne de confiance désignée ou référent(e) familial(e) :**

Nom et prénom :

Téléphone :

**Directives anticipées :**  oui  non

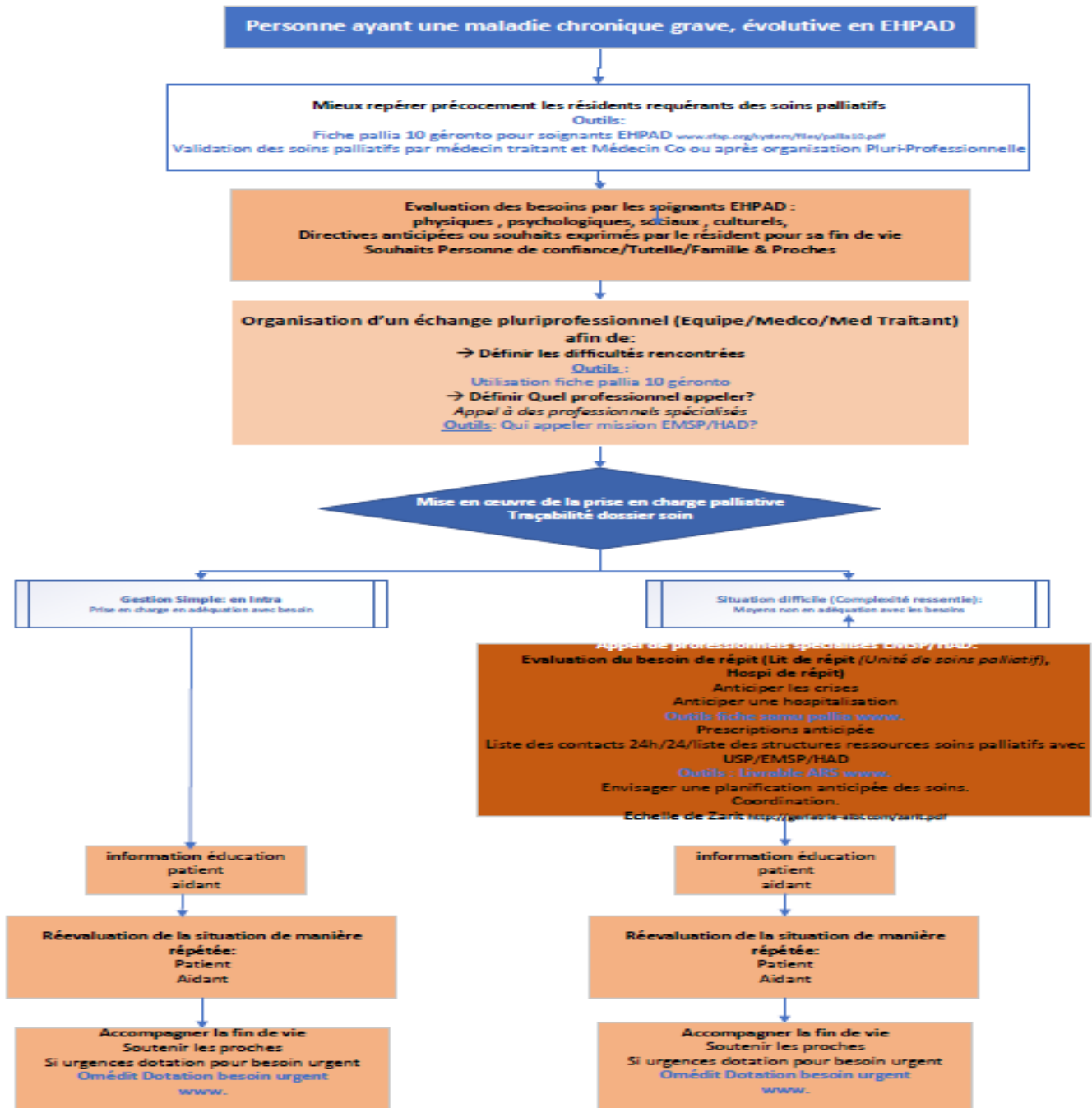
Page 1 / 3



# Groupe 4 : Maintien dans EHPAD avec soins palliatifs

- 2 coordonnateurs : Dr Anne Leprieur EMSP/Abiven /Dr Crinière
- S-Groupe 1 : comment peut on identifier une situation palliative en EHPAD?
- S-Groupe 2 : Dès lors qu'une situation palliative est identifiée qui appeler :EMSP/HAD en EHPAD quel rôle /quelle mission cf tableau + cartographie Normandie des EMSP/HAD
- S-Groupe 3 : Formation en soins palliatifs (formation minimum /formation complémentaire)
- S-Groupe 4 : quel outil de traçabilité et diffusion des informations palliatives pour urgentistes
- S-Groupe 5 : Médicaments et soins palliatifs : dotation pour besoins urgents et protocole PCA

# Algorithme général





# Sous groupe 1 : Validation de l'outil Pallia 10 géronto

Cet outil a pour objectif d'aider les professionnels d'EHPAD et médecins généralistes à identifier une situation palliative

Fiche Pallia 10 géronto →

	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 23g/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'aide naturelle	
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.	

# Sous groupe 2

- Fiche EMSP/HAD

## LÉGISLATION

- 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
- 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

## SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

- Qui appeler si vous rencontrez une situation palliative en EHPAD ?
- Les EHPAD peuvent avoir l'aide des EMSP (équipes mobiles en soins palliatifs) et de l'HAD (hospitalisation à domicile).
- Les EMSP ne couvrent pas tout le territoire normand. Pour trouver votre structure référente (lien)
- Les HAD couvrent tout le territoire normand. Pour trouver votre HAD référente (lien)



**SOINS PALLIATIFS  
EN EHPAD**

**EMSP ET/OU HAD**

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

**POURQUOI? QUAND?  
COMMENT?**

Version 1



- 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 et de soutien auprès des équipes. Elle apporte une expertise en douleurs et soins palliatifs.

## QUOI ? *Définition*

- Une aide à la réflexion, à la prise de décision, elle facilite la réflexion éthique en favorisant les procédures collégiales et pluridisciplinaires.
- Évaluation des différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique et spirituelle), propositions thérapeutiques ou non pour le soulagement des symptômes physiques et psychiques
- Prévention des situations de crises
- Soutien de l'entourage
- Prévention et accompagnement de la souffrance des soignants
- Mission de formation
- L'EMSP travaille 5 j/7 et sauf exception n'est pas joignable la nuit et les jours fériés.

## POURQUOI ? *Missions et fonctionnement*

- Toute personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale
- Domiciliée sur le secteur géographique de l'équipe mobile
- Avec l'accord du patient/de son entourage et du médecin généraliste référent.

## POUR QUI ? *Critères d'admission*

- Tout professionnel de santé **ou usager**

## PAR QUI ? *Qui peut appeler*

- Service de soins composé d'une équipe de coordination associée à une équipe soignante.
- Sa composition et son organisation (professionnels hospitaliers, libéraux, mixtes) peuvent différer selon son statut juridique.
- 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 »
- Elle peut intervenir dans les ESMS avec hébergement dont les EHPAD, sous réserve d'une convention. Elle vient alors en complément et en soutien de l'équipe (en apportant une expertise hospitalière).

### 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, dont psychologique et/ou sociale renforcée, du patient et de son entourage, adaptée au contexte de la fin de vie et pouvant être poursuivie après le décès
- Continuité des soins, adaptée à l'évolution du patient
- 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
- Personne nécessitant des soins fréquents, complexes, intensifs et/ou techniques, et coordonnés, selon les critères PMSI en HAD (ATIH – Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile en vigueur depuis le 1er mars 2017 [Fascicule spécial n° 2017/7 bis](#))
- Domiciliée sur le secteur de l'HAD
- Avec l'accord du patient/de son entourage et du médecin généraliste référent.
- Tout professionnel de santé **ou usager**

# Sous groupe 3

- Quelle formation en soins palliatifs pour les EHPAD
- Socle : formation de 2 référents EHPAD à l'algorithme et aux outils
- Pour aller plus loin :
  - Maquette nationale Elaboration DPC Soins Palliatifs en ligne et référence dans le livrable , en cours de réflexion

Tableau 1 : Compétences acquises ou à acquérir dans les situations de soins palliatifs

	Contenu (de base, non exhaustif)	Objectifs pour le public cible
<b>Définition Cadre réglementaire Textes législatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définitions – clarification sémantique</li> <li>- Textes de loi (loi du 6 juin 1999-circulaire de 2008 – loi du 2 février 2016, etc...)</li> <li>- HAS décembre 2016 : Organisation des parcours : « l'essentiel de la démarche palliative »</li> <li>- Textes de recommandations des sociétés savantes dans le cadre des soins palliatifs.</li> </ul>	<p>Se mettre d'accord sur les termes et leur signification : définition des soins palliatifs et de la démarche palliative</p> <p>Connaître les textes concernant les droits des patients afin de mettre en place les procédures d'information, de recueil des documents, démarche collégiale, personne de confiance et directives anticipées</p> <p>Savoir rechercher une information juste et actualisée</p>
<b>Approche clinique Bases physiopathologiques Options thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur</li> <li>- symptômes digestifs (occlusion, ascite)</li> <li>- anxiété, angoisse, confusion</li> <li>- dyspnée et détresse respiratoire</li> <li>- soins de bouche,</li> <li>- plaies et troubles trophiques</li> <li>- Symptômes de l'agonie</li> </ul>	<p>Savoir élaborer une démarche clinique en phase palliative et en phase terminale: évaluation, traitement et soulagement.</p>
<b>Accompagnement du patient et des proches</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffrance du patient – des proches</li> <li>- Approche relationnelle - Écoute active</li> <li>- Approche sociale</li> <li>- Approche spirituelle</li> </ul>	<p>Savoir proposer un accompagnement adapté, incluant la liaison avec les bénévoles</p> <p>Savoir élaborer un projet en fin de vie faisant appel à l'interdisciplinarité et à la collégialité.</p> <p>Savoir faire une synthèse médico-psycho-sociale.</p>
<b>Approche éthique Interdisciplinarité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail sur les valeurs individuelles et collectives</li> <li>- développement du travail en équipe</li> <li>- travail en transversalité avec les ressources locales et /ou territoriales</li> <li>- Émergence des questionnements éthiques - analyse et réflexion éthique</li> <li>- Connaître les différentes étapes de la démarche de réflexion éthique : repères, questionnements, délibération, décision, réévaluation)</li> </ul>	<p>Être capable de participer – <i>et/ou d'animer une réunion ou groupe de réflexion éthique</i></p> <p>Être capable d'élaborer en interdisciplinarité des décisions dans le respect de la volonté connue ou présumée des patients et en vue de l'amélioration des pratiques et de l'accompagnement</p> <p>Être capable de mettre en place un groupe de parole, un groupe d'analyse de la pratique ou une supervision d'équipe en fonction des besoins.</p>

\* animation : mettre en place - assurer les conditions de la fréquence, la pérennité - animer dans le respect de la parole de chacun - responsabilité de la traçabilité

\*\* participation : oser prendre la parole - transmettre les informations utiles - participer à la délibération éthique

**Tableau 3 : besoins spécifiques par lieux de soins** (à compléter par l'évaluation en contexte lors de l'élaboration DPC)

**Recommandation :**

Associer si possible au sein du parcours DPC les structures et professionnels impliquées dans le parcours de soins de vos patients

	Service hospitalier	EMSP	HAD	EHPAD - MAS	Service de soins infirmiers à domicile (SSIA D - CSI)	Centre régional de lutte contre le cancer (CRL CC)	Acteurs du domicile Salariés ou libéraux	Service d'urgence	Réseau de soins palliatifs - plateforme de proximité santé	Service avec lits identifiés de SP
Reconnaitre une situation de fin de vie et ses différentes phases afin de mieux définir le projet de soin	■	■	■	■	■	■	■	■		■
Redéfinir le projet thérapeutique en fonction du rapport bénéfice /risques / souhait / besoins du patient	■	■	■	■		■	■	■	■	■
Reconnaitre une situation relevant d'une démarche éthique ou présentant une problématique d'ordre éthique	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Anticiper une réorientation du patient : hospitalisation, retour à domicile et/ou structures alternatives	■	■	■	■					■	■
Accueil /accompagnement de la famille et des proches	■	■	■	■			■	■	■	■
Information du patient de ses droits	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Savoir quand et pourquoi faire appel à une EMSP (ou réseau)	■	■	■	■	■	■	■	■		Collaboration avec EMSP
Savoir quand et pourquoi orienter vers une USP	■	■	■	■			■	■	■	■
Mettre en place une approche collaborative avec le service demandeur et les différents acteurs impliqués dans le parcours du patient		■	■		■			■	■	
Coordination - facilitation du parcours patient	■	■	■					■	■	■
Animation / participation aux RCP	■	■	■	■	■	■			■	■

# Sous groupe 4 : quel outil de transmission/information situation palliative pour urgentiste

- Le document (fiche Samu pallia) ci joint permet :
  - d’inciter à une concertation collégiale afin de le remplir
  - d’identifier la pathologie ou la problématique qui amène à évoquer les soins palliatifs
  - de tracer les résultats d’une discussion collégiale
  - d’anticiper les complications , évolution à venir et de proposer des soins.

# 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** : Dr  **Joignable la nuit**  Oui  Non  NA<sup>1</sup> **Tél** :   
**Médecin hospitalier référent** : Dr  **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  
si extrême, l'écrire en majuscules  Encombrement  Anxiété majeure  
 Agitation  Convulsions  Occlusion  
 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 aigüe 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** :





## 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 :

# Sous groupe 5 : Maintien dans EHPAD

- Dotation pour besoins urgents
- PCA
- Expérimentation sur l'organisation des soins (Ide/Télémédecine?)

# Dotation pour besoins urgents

- Eviter rupture de traitement
- Permettant traitement sur site
- Stockée dans une armoire fermant à clef
- Établie , modifiable par médecin coordonnateur en collaboration avec pharmacien référent /médecins prescripteurs
- Quantités sont à ajuster en fonction taille de l'EHPAD
- Traçabilité (prescription/renouvellement/utilisation)
- Convention officine

# Proposition dotation

DOMAINE D'URGENCE	MEDICAMENT PROPOSE	QUANTITE EN STOCK
Allergologie	Epinephrine 0,3mg/ml solution pour auto-injection IM	2 seringues
	Methylprednisolone 40mg injectable	3 flacons
	Prednisolone 20mg comprimé orodispersible	20 comprimés
	Cetirizine 10mg/mL solution buvable ou Desloratadine 0,5mg/mL solution buvable	1 flacon
Antalgie - Antipyréxie	Paracétamol 500mg sachet ou orodispersible	24 unités
	Tramadol 100mg/mL solution buvable	1 flacon
	Chlorhydrate de morphine 10mg/mL injectable	10 ampoules
	Chlorhydrate de morphine 1mg/mL injectable	10 ampoules
	Sulfate de morphine 20mg/ml solution buvable	1 flacon
Antidote	Vitamine K 10mg/mL injectable/buvable	3 ampoules
	Naloxone 0,4mg/mL	10 ampoules
	Flumazenil 0,1mg/mL	10 ampoules
Cardio-vasculaire	Adrénaline 1mg/mL injectable	10 ampoules
	Atropine 0,5mg/mL injectable	10 ampoules

	Furosémide 20mg/mL injectable	6 ampoules
	Enoxaparine 4000UI/0,4mL injectable	6 seringues
	Héparine calcique 5000U/0,2mL injectable	6 seringues
	Trinitrine 0,15mg/dose solution sublinguale	1 flacon
	Nicardipine 20mg comprimé	30 comprimés
	Acide acétylsalicylique 75mg	30 sachets
	Polystyrene de sodium 15g/dose poudre orale ou rectale	1 flacon
Endocrinologie	Glucagon 1mg/mL injectable	1 flacon
	Glucose 30% 10mL ampoule	10 ampoules
	Insuline d'action rapide	1 stylo
Gastro-entérologie	Vogalène Lyoc 7,5mg, comprimés	16 comprimés
	Vogalène suppositoire sécable 5 mg	10 suppositoires
	Métoclopramide 10mg/2ml ampoule, injectable	12 ampoules
	Racecadotril 100mg gélule	20 gélules
	Phloroglucinol 80mg comprimé orodispersible	20 comprimés
	Omeprazole 20mg gélule	7 gélules
	Normacol lavement	2 flacons 130 ml
	Diosmectite 3G sachet	24 sachets
	Macrogol 10G sachet	20 sachets

# Proposition dotation suite

	Alginat/bicarbonate de sodium sachet	24 sachets
--	--------------------------------------	------------

<b>Hémostase</b>	Acide tranexamique 1g/10mL ampoule buvable	10 ampoules
------------------	--	-------------

<b>Infectiologie</b>	Amoxicilline 1g comprimé orodispersible	14 comprimés
	Amoxicilline/Acide clavulanique 1G sachet	12 sachets
	Ceftriaxone 1G injectable	6 flacons
	Fosfomycine 3G sachet	2 sachets
	Pristinamycine 500mg comprimé	16 comprimés

<b>Neurologie</b>	Diazepam 10mg/2mL injectable	6 ampoules
	Loxapine 25mg/mL solution buvable	1 flacon
	Oxazepam 10mg comprimé	30 comprimés
	Risperidone 0,5mg comprimé orodispersible	28 comprimés
	Alprazolam 0,25 mg comprimé sécable	30 comprimés
	Lysanxia 15 mg/ml solution en gouttes <i>A utiliser uniquement dans le cadre de soins palliatifs</i>	1 Flacon

<b>Ophtalmologie</b>	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
--	-----------------------	----------

<b>Oxygénothérapie</b>	Oxygène 1m3 bouteille	1 bouteille
------------------------	-----------------------	-------------

<b>Pneumologie</b>	Salbutamol 100µg/dose spray 1 chambre d'inhalation	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

<b>Solutés</b>	Chlorure de potassium 20% 10mL	10 ampoules
	Chlorure de sodium 10% 10mL	10 ampoules
	Chlorure de sodium 100mL	8 flacons
	Chlorure de sodium 500mL	8 flacons
	Glucose 5% 500mL	8 flacons

## Pour approfondir

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

# Prise en charge de la douleur chez le sujet âgé



**Claire Delorme, médecin coordonnateur du Réseau Régional Douleur (RRDBN)**

# La douleur chez le sujet âgé

## Propositions / Focus sur :

- Fiches Omedit
- Actualités sur opioïdes
- Traitement non médicamenteux : La Neuro Stimulation trans-cutanée (NST) en EPHAD

# Fiche dotation pour besoins urgents « antalgie – antipyrexie »

## Choix motivé par :

- Réponse à des douleurs nociceptives modérées à sévères
- Facilité de dispensation

Paracétamol oro dispersible en sachet

Tramadol solution buvable

Sulfate de Morphine solution buvable

Chlorydrate de Morphine injectable



# Fiche opioïde fort

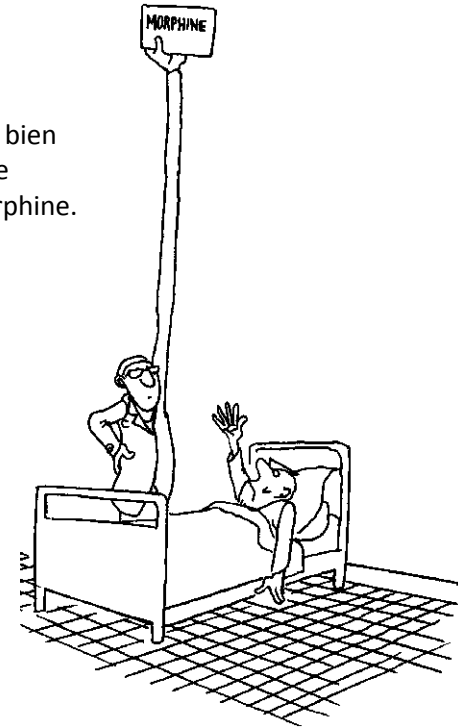
## Répertorier :

- Les enjeux
- Les spécialités
- Les délais d'action
- Les points clefs
- La surveillance
- Le surdosage

## Attention

- TITRATION
- EVALUATIONS
  - **Initiale** : Intensité, mécanismes, composantes, retentissement
  - **Répétées** pour réajustement Et efficacité dose minimale efficace

Lorsque l'indication est bien posée, rien ne justifie de priver le malade de morphine.



# Actualités sur opioïdes

## Rappels :

- Des **molécules** différentes
  - Opioides faibles : Codéine, Tramadol, Poudre d'Opium
  - Opioides forts : Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Sophidone
- Des **voies d'abord** différentes
  - Intranasal, transmuqueux (ADP en cancérologie uniquement )
  - Per os
  - IV
  - (SC)
- Des **contextes** différents et des **recommandations** différentes
  - Douleur cancéreuse
  - Douleur non cancéreuse
- Des **effets indésirables** à connaître, prévenir, traiter, surveiller

# Quoi de neuf

**SOR (SFETD SFAP AFSOS) : douleur du cancer :  
changement d'opioïdes ou de voie d'administration**

# Conditions d'un changement d'opioïdes

Motif du changement	Situations concrètes	Exemples
<b>Traitement non efficace</b>	Majoration OF adaptée avec prise en compte composante neuropathique, inflammatoire et émotionnelle	- Majoration > 50% de posologie chaque jour depuis 3 j sans effet antalgique
<b>Effet indésirable limitant et persistant imputé à l'OF</b>	Effet indésirable, non corrigible, altérant la qualité de vie, que le soulagement soit obtenu ou non	- Sédation excessive > 7j malgré adaptation posologie - Nausées, vomissements persistants
<b>Traitement en cours ne peut plus être administré</b>	Voie d'administration utilisée n'est plus possible	- Voie digestive peu fiable ou impossible - Troubles vigilance et déglutition / PO - Voie IV inutilisable (SIV...)
<b>Traitement en cours devient risqué</b>	La situation du patient a changé	- Insuffisances rénale, hépatique, cognitive - Nouveau médicament avec interaction
<b>Traitement doit être simplifié</b>	Circonstances ou lieu de vie conduisent à changer le traitement	- Relais oral ou transdermique d'une PCA IV - Diminution du nombre de médicaments PO IV - Galénique plus adaptée à la posologie...
<b>Demande du patient</b>	Antalgie et effets secondaires acceptables mais souhait du patient	

# Modalités de changement d'opioïdes

- Aucun critère validé pour le choix ou l'ordre des opioïdes (reco, accord)
- Stop and go selon cinétique et galénique des Of (opioïdes forts) (reco grade B)
- **Pas d'équiantalgie** : importantes variations **inter et intra-individuelles**

Notion de ratios de changement **sécuritaire** (fourchette basse) et nécessité d'une **nouvelle titration** du nouvel OF (accord)

# Table pratique d'équivalence des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale)

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine LI : Per os : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.  
 1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.  
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.  
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équivalence est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle).

Version 7 - Septembre 2014  
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble (38)  
 coordinationsupport@chu-grenoble.fr - soinspaliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en mg									Oxycodone en mg						Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg	
PO			SC			IV			PO			SC - IV			PO		Transdermique	Transmuqueux
Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus	
	1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6			1/10	1/6						1/10
Moscontin cp LP	Actiskénan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg		Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	OxyContin cp LP 5 - 10 - 15 - 20 30 - 40 - 60 - 80 120 mg		Targinact® (oxycodone / naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg	OxyNorm cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg		OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	Sorkalone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogesic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Matrifen patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg	Actiq appl. buccale 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg	
Skénan gel LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	Dramorph sol buv unidose LI 10 - 30 - 100 mg/5ml			Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg			OxyContin cp LP 5 - 10 - 15 - 20 30 - 40 - 60 - 80 120 mg				OxyNorm cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg							OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	10	1	1,5	6,5	0,5	1			
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	15	1,5	2,5	10	1	1,5	12		
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	30	3	5	20	2	3	8	25	
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	45	4,5	7,5	30	3	5		37	
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	60	6	10	40	4	7	16	50	
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	80	8	13	53	5	9			
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	80 + 10*	10	15	60	6	10	24	75	
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	80 + 20*	10	17	67	7	11			
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	80 + 40*	12	20	80	8	13	32	100	
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	80 + 60*	14	23	93	9	16			
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	80 + 70*	15	25	100	10	17	40	125	
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	80 + 100*	18	30	120	12	20	48	150	
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	80 + 120*	20	33	133	13	22			

**Basee sur 1 coefficient de conversion unique**  
**Attention au surdosage !**

Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie.


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

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

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

**Le tableau se lit de gauche à droite**

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

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



# Quoi de neuf

## Douleur nociceptive

- Palier I OMS :
  - Paracétamol
  - Néfopam = Acupan
- Palier II OMS :
  - Codéine
  - Tramadol
  - Buprénorphine
- Palier III OMS :
  - Morphine
  - Hydromorphone
  - Oxycodone
  - Fentanyl
  - Méthadone

## Co-antalgiques

- AINS
- Corticoïdes
- Myorelaxant
- Antispastique
- Antispasmodique
- Antisécrétoire
- Anxiolytique
- Antidépresseur
- Biphosphonate

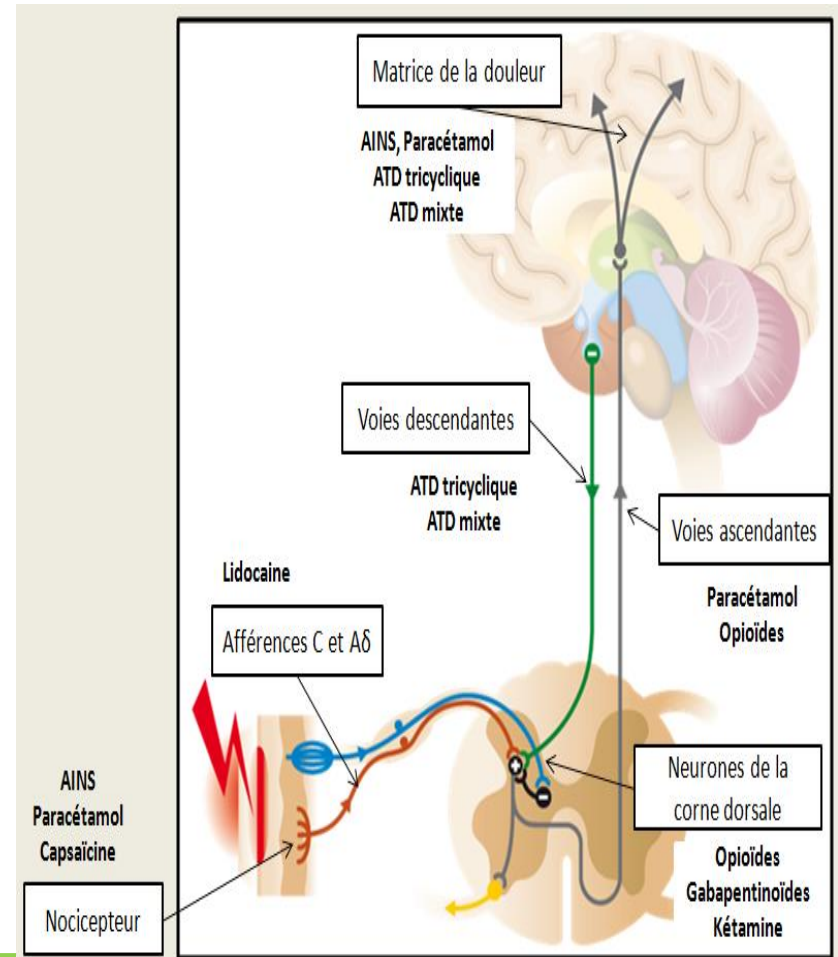
## Douleur neuropathique

- Antiépileptique :
  - Gabapentine (Neurontin)
  - Prégabaline (Lyrica)
- Antidépresseur :
  - Tricyclique (Laroxyl)
  - IRSNA (Effexor, Cymbalta)
- Tramadol / Morphine / Oxycodone
- Kétamine / Lidocaïne / Cannabinoïdes
- Topiques :
  - Lidocaïne (Versatis)
  - Capsaïcine (Qutenza)

# Classification de Beaulieu

- Anti-Nociceptifs :
  - Non Opiïdes (paracétamol – AINS)
  - *Opiïdes faibles et forts*
  - Cannabinoïdes
- Modulateurs Transmission et sensibilisation périphérique :
  - Anesthésiques locaux
  - Capsaïcine
- Anti-Hyperalgésiques :
  - Anti-NMDA (Kétamine)
  - Gabapentinoïdes
  - Nefopam
  - Coxibs
  - NO
- Modulateurs des contrôles descendants :
  - Antidépresseurs tricycliques
  - Antidépresseurs mixtes

## Rational taxonomy of analgesic drugs : *Beaulieu, Lussier - 2010*



# Pourquoi des traitements non médicamenteux

- Indispensables dans le traitement de la douleur quel que soit le contexte : aigu, soins, chronique
- Logique et d'autant plus pertinent chez la personne âgée
- Liste non exhaustive...

## Pourquoi la Neurostimulation transcutanée ?

- Innocuité
- Efficacité
  - Indication respectée
  - Modalités d'utilisation
- Facilité d'utilisation

# La neurostimulation transcutanée (TENS)

## Les indications

- Douleurs chroniques neurologiques :
  - Atteinte radiculaire (nerf périphérique),
    - amputation (membre fantôme...),
    - neuropathie périphérique (mono ou polynévrite),
    - Zona...
  - Atteinte Douleurs chroniques non neurologiques : notamment rhumatologiques (lombalgies, lombosciatalgies, arthrose) ...
- Douleurs aiguës :
  - Post-traumatiques, post- chirurgicales
- Céphalées, nausées chimio induites...

# La neurostimulation en pratique (TENS)



## Les conditions requises pour la prise en charge à domicile

Une prescription faisant suite à une consultation dans une structure douleur chronique (Consultation ou Centre)

- Avec ordonnances de location du matériel (pour une période de six mois)
- Puis un achat possible à six mois si la technique est toujours efficace et nécessaire  
(remboursement par la CPAM uniquement dans ce cadre de prise en charge)

Des séances “test” pour la mise en œuvre de la technique

Un suivi infirmier et médical

- Évaluation de l'efficacité
- Réajustement si besoin

# Actions possibles

## Partenariat EHPAD/OMEDiT/Réseau douleur

- Formation
- Mise à disposition de documents
- Partenariat avec Structure Douleur Chronique de proximité et IDE douleur

DVD de formation

# La douleur de la personne âgée : comment la prendre en charge?



Vous êtes professionnel de  
santé : Comment vous le  
procurer ?

Tél : 02 31 10 29 20

Email :

[reseau.douleur@ch-ab.fr](mailto:reseau.douleur@ch-ab.fr)



# Recommandations autour de la PCA dans la prise en charge de la douleur dans le cadre des soins palliatifs en EHPAD



Marie Lefebvre-Caussin, pharmacien OMEDIT de Normandie

# Rappels PCA

- «Patient Controled Analgesia» : système sécurisé d'administration d'analgésiques morphiniques
- Administration d'une dose continue d'antalgique accompagnée, en fonction des douleurs du patient, de doses unitaires supplémentaires (bolus)
- Période réfractaire = délai minimal entre deux bolus
- Voie d'administration : IV ou SC
- Molécules : opoïdes forts (morphine, oxycodone, fentanyl, alfentanyl, sufentanyl, buprénorphine et tramadol), kétamine et Midazolam
  - Morphine : disponible en ville
  - Autres médicaments : rétrocédables dans le cadre de soins palliatifs

# PCA en EHPAD

- Intérêts pour les résidents en EHPAD :
  - Rapidité et efficacité du soulagement
  - Moins de manipulation par jour pour les IDE
  - Confort pour anticiper la douleur lors des actes thérapeutiques
- Prescription par le médecin traitant, peut s'appuyer sur l'avis de l'EMSP, en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe de l'EHPAD
- Mise en place par un établissement d'HAD le plus souvent : fourniture du matériel et médicaments par l'HAD, mise en place par l'HAD (remplissage du réservoir, paramétrage de la pompe et connexion au patient)
- Mise en place par l'EHPAD si :
  - IDE de l'EHPAD formés à la manipulation et surveillance d'une PCA
  - ET IDE d'astreinte ou présent la nuit pour l'EHPAD

# Fiche PCA en EHPAD

- Objectifs :
  - Rappeler les points clés du bon usage des pompes PCA
    - Prescription, préparation, administration, surveillance
    - Formation des professionnels de santé
    - Information du personnel et du résident/entourage
  - Définir les rôles et responsabilités des acteurs
    - Prescripteur
    - HAD, IDE de l'HAD
    - EHPAD, IDE et AS de l'EHPAD
    - EMSP
    - Prestataires de service
  - Proposer une solution cadrée pour la prise en charge de la douleur la nuit en l'absence d'IDE

# Points clés

- Prescription : responsabilité du prescripteur
  - Comprend :
    - Prescription de la PCA : médicament et matériel
    - Prescription des paramètres de surveillance et conduite à tenir en cas d'EI ou de surdosage;
    - Prescription ou protocole précisant les conditions d'administration des bolus lorsque le patient n'est pas autonome ainsi que les modalités d'appel de l'IDE d'astreinte et/ou du médecin traitant
- Préparation : Responsabilité de l'IDE de l'HAD/ de l'EHPAD (si pas d'HAD)
  - Préparation du réservoir, paramétrage de la pompe et connexion au patient
  - Double contrôle des calculs de doses, débit...
  - Formation ++++

# Points clés

- Administration : responsabilité de l'IDE
  - Par le résident si autonome
  - Si résident non autonome, après évaluation de la douleur et selon la prescription/protocole :
    - Par l'IDE
    - Par l'AS en l'absence de l'IDE (notamment la nuit), sous responsabilité de l'IDE et dans des conditions précises, notamment :
      - Protocole de collaboration IDE/AS et évaluation des AS
      - AS formée à l'évaluation de la douleur et PCA (surveillance)
      - Prescription ou protocole précise :
        - Indication de l'administration d'un bolus
        - Modalités d'administration du bolus
        - Eléments cliniques à surveiller et durée de surveillance
        - Situations pour lesquelles un appel systématique de l'IDE d'astreinte est nécessaire

# Points clés

- Surveillance du résident
  - Efficacité de l'antalgie/ Surveillance apparition d'EI ou de surdosage
  - Prescription/protocole des paramètres de surveillance
  - Prescription/protocole conduite à tenir en cas d'EI ou de surdosage
- Gestion des alarmes
- Information du personnel de l'EHPAD, professionnels de santé, résident et entourage
- Formation : prérequis pour la mise en place de PCA en EHPAD
  - Rôle HAD et EMSP
  - Outils :
    - Guide « Bon usage des pompes PCA utilisées dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse »
    - Module de formation e-learning [« Analgésie contrôlée par le patient »](#)
  - Formation équipe Unité de médecine palliative du CHU de Rouen – OMEDIT (4 décembre – MTC)

# Antibiothérapie en EHPAD - Film d'analyse de scénario : Guide pédagogique d'analyse du film « C'EHPAD toujours une infection urinaire »



Elise Fiaux, infectiologue CHU de Rouen

Doreya Monzat, pharmacien OMÉDIT





## Objectifs :

- Présenter sous forme de diaporama l'analyse de l'erreur principale, les dommages associés aux soins, les facteurs contributifs et les barrières qui auraient pu éviter cet évènement.

# Analyse

---

Nous sommes le 6 décembre 2017.

Mme Dupont, incontinente et insuffisante rénale, est une résidente de 82 ans dans un EHPAD sans pharmacie à usage intérieur.

# Projet régional de télésurveillance des résidents sous AVK, recommandations et organisations



Jan Cédric Hansen médecin coordonnateur EHPAD Pacy sur Eure,  
Céline Bouglé, pharmacien OMÉDIT

# Projet régional de télésurveillance des résidents sous AVK, recommandations et organisations

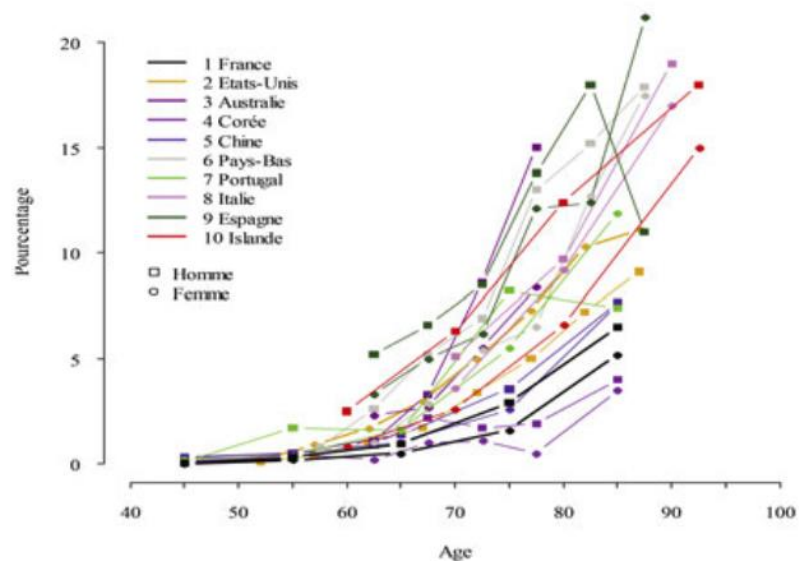


Jan Cédric Hansen, médecin coordonnateur CHAG Pacy sur Eure  
Céline Bouglé, pharmacien OMÉDIT

# Contexte

- AVK : traitement anticoagulant de référence pour pathologies fréquentes telles que :
  - fibrillation auriculaire, valvulopathies et maladies thromboemboliques veineuses
- *La fibrillation atriale : problème de santé publique (entre 600 000 à 1 million de patients en France - 2/3 ≥ 75 ans.*
  - *FA majeure risque de mortalité, représente un facteur majeur de risque AVC ischémique*

Prévalence de la fibrillation auriculaire par âge et par sexe dans différentes études publiées depuis 1991



# FA et mortalité du SA

- La FA majeure de risque de mortalité (augmentation risque de décès de 50 à 90% en cas de FA)
- AVC : complication principale de la FA (85% des accidents emboliques de la FA.
  - incidence annuelle des AVC est de 1,5 à 3,3%,
  - principaux facteurs de risque de survenue d'AVC en cas de FA (41) sont intégrés dans le score CHADS2

# Score CHA2DS2-VASc : évaluation du risque thromboembolique de la FA

Items	CHADS <sub>2</sub> (points)	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc (points)
Age ≥ 75 ans	1	2
Age 65 à 74 ans		1
Hypertension artérielle	1	1
Diabète	1	1
Insuffisance cardiaque ou dysfonction VG	1	1
Antécédent d'AVC ou d'AIT	2	2
Sexe féminin (si > 65 ans)		1
Maladie vasculaire (Antécédent IDM, AOMI, plaque aortique)		1

VG = Ventricule gauche ; AVC = accident vasculaire cérébral ; AIT = AOMI = artériopathie oblitérante des membres inférieurs, accident ischémique transitoire ; IDM = infarctus du myocarde ;

Score CHADS <sub>2</sub> (points)	Recommandé que tous les patients > 75 ans ayant une FA reçoivent un trt anticoagulant en tenant compte du risque hémorragique	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc (points)
0 : aspirine*		0 : pas d'antithrombotique
1 : aspirine* ou anticoagulation		1 : anticoagulation
2 et plus : anticoagulation		2 et plus : anticoagulation

\*75 à 325 mg/j. D'après Camm <sup>(43, 66)</sup>.

**Tableau 1 : Scores CHADS<sub>2</sub> et CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc.**

Table 1: CHADS<sub>2</sub> and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc scores.

# Schéma d'initiation de la Warfarine en gériatrie

Jour	INR fait le matin	Posologie quotidienne de Coumadine (dose de warfarine en mg)
1 <sup>re</sup> prise = J0	Ne pas faire	4 mg
2 <sup>me</sup> prise = J1	Ne pas faire	4 mg
3 <sup>me</sup> prise = J2	Ne pas faire	4 mg
J3 (= lendemain de la 3 <sup>me</sup> prise)	< 1,3	5 mg
	$1,3 \leq \text{INR} < 1,5$	4 mg
	$1,5 \leq \text{INR} < 1,7$	3 mg
	$1,7 \leq \text{INR} < 1,9$	2 mg
	$1,9 \leq \text{INR} < 2,5$	1 mg
	$\text{INR} \geq 2,5$	arrêter jusqu'à l'obtention d'un INR < 2,5 (INR tous les jours), puis reprendre à 1 mg
J6 ± 1	$\leq 1,6$	augmenter la posologie de 1 mg
	$1,6 < \text{INR} \leq 2,5$	maintenir la posologie proposée à J3 si posologie de warfarine $\geq 2$ mg : réduire la posologie de 1mg
J6 ± 1	$2,5 < \text{INR} \leq 3,5$	si posologie de warfarine 1 mg : maintenir idem (1mg)
	$\text{INR} > 3,5$	gérer selon les recommandations pour les surdosages (HAS 2008*)

Contrôle suivant 48-72 heures après jusqu'à obtention de l'équilibre

D'après Siguret et Gourin-Thibault \*\*).

\* [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008\\_09/surdosage\\_en\\_avk\\_situations\\_a\\_risque\\_et\\_accidents\\_hemorragiques\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations\\_v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008_09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf)

Tableau 4 : Schéma d'initiation de la Warfarine en gériatrie.

Table 4: Initiation of warfarin therapy in elderly people.



# Durée de traitements chez le coronarien > 75 ans en FA

Coronarien SANS STENT	
Situation clinique	Avis d'Expert
Coronarien STABLE	AC seul à vie
Coronarien INSTABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AC + aspirine + clopidogrel 2 à 4 semaines</li> <li>- Puis AC + aspirine ou clopidogrel jusqu'à 12 mois*</li> <li>- Puis AC seul</li> </ul>
Coronarien AVEC STENT†	
Situation clinique	Avis d'Expert
STABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AC + aspirine + clopidogrel 2 à 4 semaines</li> <li>- Puis AC + aspirine ou clopidogrel jusqu'à 12 mois*</li> <li>- Puis AC seul</li> </ul>
INSTABLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AC + aspirine + clopidogrel 4 semaines</li> <li>- Puis AC + aspirine ou clopidogrel jusqu'à 12 mois*</li> <li>- Puis AC seul‡</li> </ul>

- AC = AVK ou probablement nouveaux anticoagulants ; - AVK avec la double ou triple association : INR entre 2 et 2,5 ; - AVK seul : INR entre 2 et 3.

\* durée 1 à 12 mois en fonction du caractère stable ou instable de la maladie coronaire, du niveau de risque de thrombose du stent et du niveau de risque hémorragique.

**Tableau 5 : Traitement antithrombotique chez le coronarien de plus de 75 ans en fibrillation atriale.**

† la poursuite de la bithérapie au delà de 12 mois peut être discutée en fonction du risque hémorragique et thrombotique.

‡ Il faut privilégier le stent nu après 75 ans.

Table 5: Antithrombotic treatment in subjects aged ≥ 75 years with coronary heart disease and atrial fibrillation.

# Scores Risque hémorragique sous AVK

Items	Score
Age >75 ans	1
Cancer actuel	1
Antécédents d'accident vasculaire cérébral	1
Anémie (Hématocrite < 30%)	1
Antécédent d'hémorragie	2
Abus d'alcool	1
Insuffisance rénale ou hépatique	1
Thrombopénie ou thrombopathie ou anti-agrégant	1
HTA non contrôlée	1
Risque de chutes ou pathologie neuropsychiatrique	1
Facteurs génétiques (CYP 2C9)	1

Score HEMORR:HAGES total	Nombre d'hémorragie (/100 pts-années)
0	1,9
1	2,5
2	5,3
3	8,4
4	10,4
≥ 5	12,5

D'après Gage<sup>66</sup>.

**Tableau 6 : Scores HEMORR:HAGES évaluant le risque hémorragique chez les patients recevant des antivitamines K.**

Table 6: HEMORR:HAGES scores for bleeding risk assessment in patients receiving vitamin K antagonists.

## Consensus d'experts de la Société Française de Gériatrie et Gérologie et de la Société Française de Cardiologie, sur la prise en charge de la fibrillation atriale du sujet âgé

	Item	Points
H	Hypertension (PAS > 160 mmHg)	1
A	Anomalies fonction rénale* ou hépatique**	1 ou 2
S	Accident vasculaire cérébral	1
B	Hémorragie	1
L	INR variable	1
E	Age > 65	1
D	Médicaments avec risque hémorragique† ou alcool	1 ou 2

D'après Pisters<sup>67</sup>.

\*\* Maladies hépatiques chroniques (cirrhose) ou anomalies biologiques (bilirubine × 2N, ASAT ALAT × 3N...)

† Antiaggrégants plaquettaires, AINS.

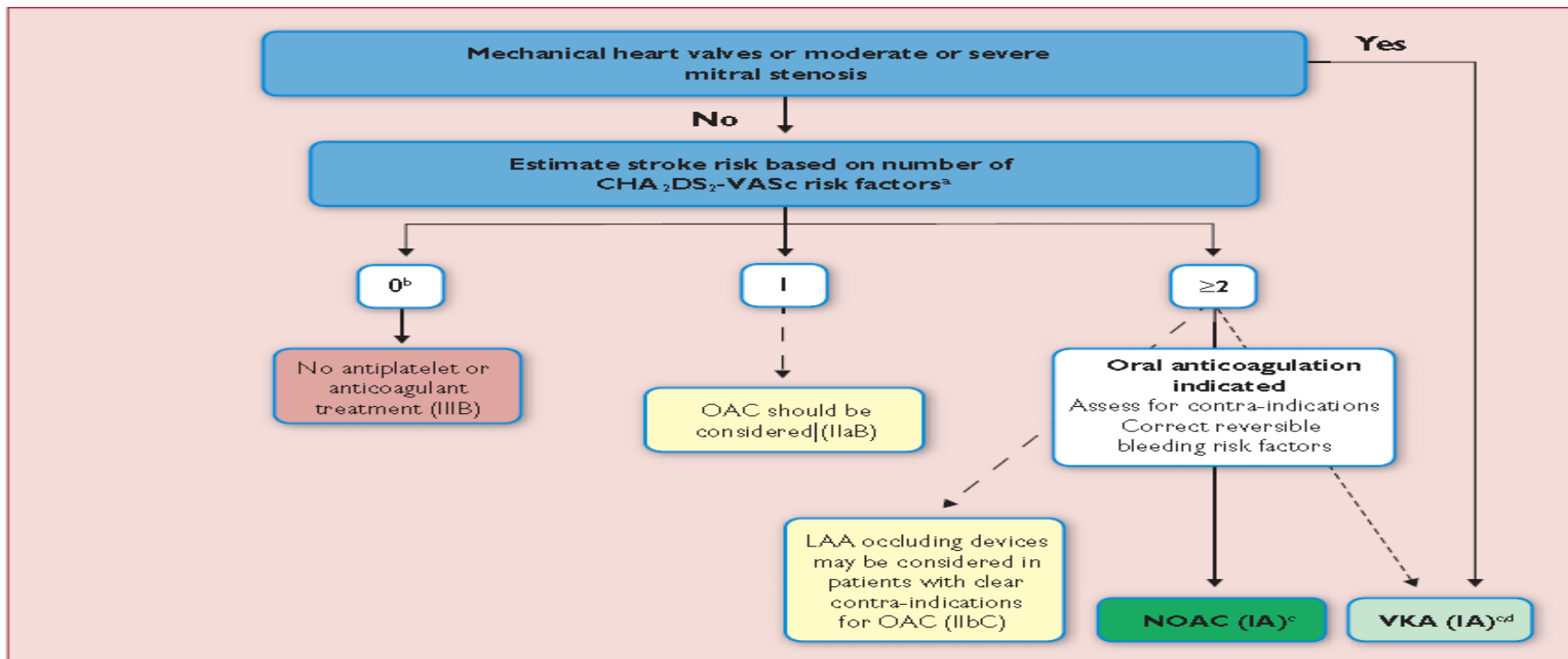
\* Créatininémie ≥ 200 µmol/l.

**Tableau 7 : Score HAS-BLED évaluant le risque hémorragique chez les patients recevant des antivitamines K.**

Table 7: HAS-BLED score for bleeding risk assessment in patients receiving vitamin K antagonists.

# AOD – ESC 2016 et avis CT janvier 2018

- Les recommandations européennes recommandent l'utilisation des AOD en 1<sup>ère</sup> intention compte tenu du bénéfice clinique / AVK
- Tout en se basant sur l'analyse du risque hémorragique et de la fonction rénale
- Rapport d'évaluation des anticoagulants oraux effectué par la commission de transparence en janvier 2018



AF = atrial fibrillation; LAA = left atrial appendage; NOAC = non-vitamin K antagonist oral anticoagulant; OAC = oral anticoagulation; VKA = vitamin K antagonist.

<sup>a</sup>Congestive heart failure, Hypertension, Age  $\geq 75$  years (2 points), Diabetes, prior Stroke/TIA/embolus (2 points), Vascular disease, age 65–74 years, female Sex.

<sup>b</sup>Includes women without other stroke risk factors.

<sup>c</sup>IIaB for women with only one additional stroke risk factor.

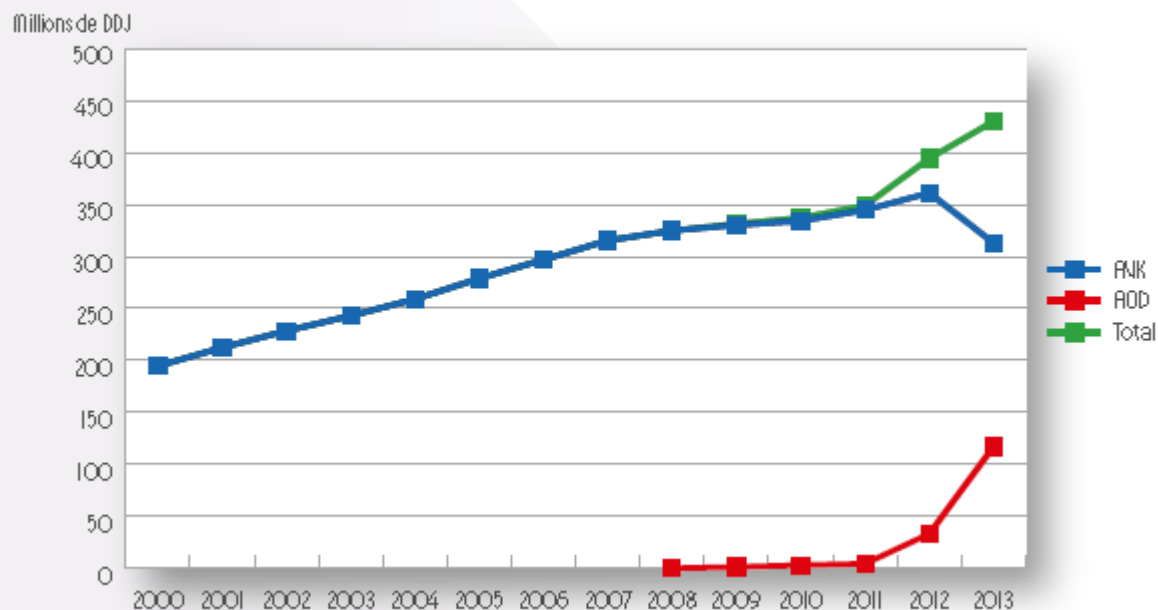
<sup>d</sup>IB for patients with mechanical heart valves or mitral stenosis.

# Evolution des prescriptions des AOD vs AVK

Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance - avril 2014



Figure 1 : évolution annuelle des ventes des AOD et des AVK en nombre de DDJ, données ANSM

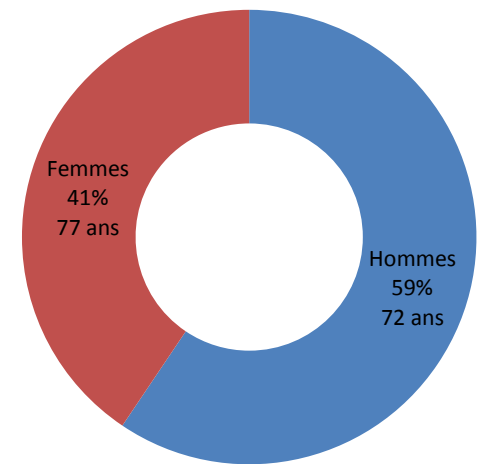


# AOD

- Bilan avant prescription
  - NFS bilan initial et 1 fois par an
  - Anomalie du bilan hépatique : CI si insuffisance hépatique
  - Créatinine :
    - CI ou déconseillé si CI créat < 30 mL/min
    - Suivi 3 fois / an minimum, épisode aigu
  - Hémostase : bilan initial

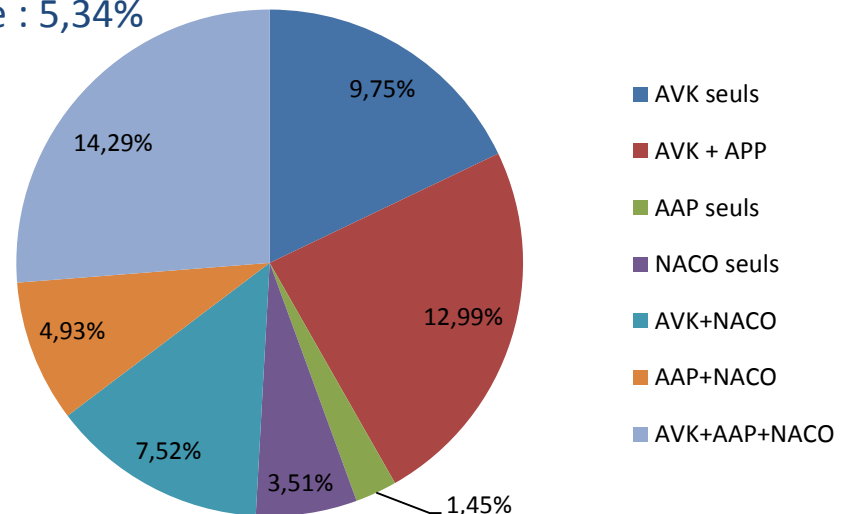
# Quelques données régionales

- > 1 % de la population française est traitée par AVK :
  - en Normandie : environ 90 000 patients sous AVK AAP ou AOD au long court (3 mois consécutifs 2014 DCIR)
    - AAP (seul) : 40 497 patients
    - AVK (seul ou associé) : 38 378 patients
    - AOD (seul) : 8 828 patients
  - Moyenne d'âge 75 ans
- Données 2017 :
  - 94 274 patients sous AVK / AOD



# Hospitalisations pour cause iatrogénique

- ENEIS : anticoagulants, dont les AVK, au 1<sup>er</sup> rang des EIG
  - 37 % en 2004 et 31 % en 2009
- EMIR en 2007 : la plus forte incidence d'hospitalisation pour effets indésirables pour AVK :
  - Incidence AVK : 12,3 %
  - Nb d'accidents mortels liés aux hémorragies sous AVK par estimé à 5 000 / an
- Normandie (données DCIR 2014) :
  - Taux d'hospitalisations pour hémorragie : 5,34%
    - Association la + « à risque » AVK + AAP
    - **AOD significativement moins « à risque »**
    - **Orne, Eure ++**
    - 423 séjours ont abouti à un décès (7,5 % des séjours - 0,5 % des patients traités)



# Hospitalisations AVK/AOD

- SNDS : étude janvier 2016 -> Avril 2017
  - 94 274 patients sous AVK / AOD : 35% sont hospitalisés au moins 1 fois
  - dont 16% pour cause iatrogène = 5,6%

## Nb patients (% patients hospitalisés et % patients hospitalisés pour cause iatrogène)

Primo-prescription :	AOD	FLUINDIONE	WARFARINE	ACENOCOUMAROL	Total
Aucune association	31931 (34% dont 10%) : <b>3,4%</b>	44660 (35% dont 17%) : <b>5,9%</b>	11655 (40% dont 20%) : <b>8%</b>	2263 (32% dont 17%) : <b>5,4%</b>	90509 (35% dont 15%) : <b>5,2%</b>
Associations avec au moins 2 fois :					
AOD		1559 (45% dont 22%)	442 (44% dont 27%)	63 (38% dont 21%)	2064 (45% dont 23%)
AOD & FLUINDIONE			10 (60% dont 33%)	1 (100% dont 0%)	11 (64% dont 29%)
AOD & WARFARINE		28 (50% dont 50%)		2 (50% dont 100%)	30 (50% dont 53%)
FLUINDIONE & WARFARINE	11 (55% dont 33%)			0 (0% hosp.)	11 (55% dont 33%)
FLUINDIONE & ACENOCOUMAROL	0 (0% hosp.)		1 (100% dont 0%)		1 (100% dont 0%)
FLUINDIONE	611 (43% dont 27%)		158 (58% dont 37%)	21 (52% dont 27%)	790 (46% dont 30%)
WARFARINE & ACENOCOUMAROL	0 (0% hosp.)	3 (33% dont 0% lié)			3 (33% dont 0%)
WARFARINE	289 (48% dont 30%)	453 (55% dont 39%)		52 (69% dont 50%)	794 (54% dont 37%)
ACENOCOUMAROL	24 (67% dont 31%)	20 (35% dont 29%)	17 (71% dont 33%)		61 (57% dont 31%)
<b>Total</b>	<b>32866 (34% dont 10%)</b>	<b>46723 (35% dont 17%)</b>	<b>12283 (40% dont 20%)</b>	<b>2402 (33% dont 19%)</b>	<b>94274 (35% dont 16%)</b>



# Objectif régional

- Capitaliser sur les cliniques des anticoagulants (CSCTA) : déployer une organisation normande
  - Améliorer le suivi et l'observance des patients sous AVK (outil d'orientation et de suivi des INR)
  - Diminuer le nombre d'évènements indésirables liés à la prise d'AVK
- Augmenter le nombre et la qualité des suivis de patients sous AVK
  - Créer et utiliser un outil de télésurveillance des patients sous AVK, sur le principe d'un parcours de Gestion de Cas
- Harmoniser les PEC en région : préconisations régionales

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



# Impact d'une clinique des anticoagulants ?

Revue de littérature: La tendance est que le « gold standard » à atteindre est d'un minimum de 70 % du temps dans la zone thérapeutique.

## Analyse des résultats en 2016

	Nombre de patients	Durée de suivi en années-patient	Temps passé au dessous de la ZT en %	Temps passé dans la ZT en %	Temps passé au dessus de la ZT en %	Fréquence des INR en jours
Thèse Sillé/NANTES	110	102,29	14,95	75,89	9,16	16,97
Maison médicale Sillé	358	341,45	14,54	74,47	10,99	16,04
CSCTA Rouen	1160	2122,53	16,31	71,59	12,10	15,87
Service Cardiologie Dôle	465	1541,31	12,62	75,76	11,62	14,9
Beaujon Paris	582	724,55	17,47	70,02	12,51	14,9
Thèse Agen	166	65,08	22,96	57,94	19,10	13,21

# Outil de télésurveillance

DMF



Gestion informatisée d'aide à la prescription/adaptation des AVK + Éducation patient

- Repérage et inclusion des patients sous AVK nécessitant un suivi des INR
- Récupération automatique des résultats de biologie comportant l'INR en provenance des laboratoires
- Partage d'informations et d'alertes (entre PdS et patients)
- Proposition d'un plan de soin (posologie et date prochain INR)
- Education, suivi du patient, de son environnement, habitudes de vie, traitements médicamenteux... (BPM, questionnaires périodiques et ciblés)
  - Amélioration de l'observance



Protocole individuel de gestion  
Collaboration Médecin / IDE



**Équipe opérationnelle régionale  
« tour de contrôle »**

Médecins et/ou IDE vacataires  
notamment pour le suivi des patients « complexes »



**Etablissements de santé**

Services de gériatrie, neurologie, cardiologie, médecine vasculaire et interne, pédiatrie +++

Lettre de liaison de sortie, carnet de suivi

**Partage et suivi des patients**



**Équipe de soins primaires**

Maisons de santé / PSLA / Cabinets de médecins généralistes, IDE libéraux, Pharmaciens d'officine



**EHPAD**

Exercice coordonné de PEC des résidents  
Convention MT/Médecin coordonnateur et EHPAD  
Engagements réciproques

**omedit**

Normandie

# Stratégie nationale de santé :

## Article 51 de la LFSS 2018

Expérimentations pour l'innovation dans le système de santé financées

- sur la **coordination du parcours de santé**, la **prise en charge de médicaments onéreux** et la **pertinence des prescriptions**

Cahier des charges déposé par URML/URPS pharmaciens, biologistes, infirmiers, CSCTA avec l'appui de l'OMÉDIT et l'ARS **pour l'organisation d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement, de technologies ou de services** (secteurs sanitaire, médico-social ou social) :

- améliorer l'accès aux soins, qualité, sécurité et efficacité du système de santé,
- appel à candidature auprès des équipes de soins primaires, EHPAD, ES sanitaires, pour la 1<sup>ère</sup> phase d'expérimentation
  - Affinage du paramétrage de l'outil numérique (règles de priorisation)
  - Modélisation de structuration pluriprofessionnelle de soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles : niveaux d'intervention (Médecin/IDE/bio/pharmacien)
  - Modélisation économique : indemnisation des équipes



# Merci de votre attention

