

Qualité de la prise en charge médicamenteuse sur le secteur du handicap

Foyers d'accueil médicalisés (**FAM**)

Maisons d'accueil spécialisées (**MAS**)

Etablissements pour enfants et adolescents
polyhandicapés (**EEAP**)

[Avril 2025]

Partie 1 : Organisation de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation du circuit du médicament

Fiche 1 : Management de la prise en charge médicamenteuse

Fiche 2 : Prise en charge médicamenteuse en FAM-MAS-EEAP

Fiche 3 : Prescription en FAM-MAS-EEAP

Fiche 4 : Dispensation, détention des médicaments

Fiche 5 : Préparation des doses à administrer et stockage

Fiche 6 : Administration des médicaments en FAM-MAS-EEAP

Fiche 7 : Dotation pour besoins urgents

Fiche 8 : Exemple de chariot de médicaments d'urgence

Fiche 9 : Gestion des stupéfiants

Fiche 10 : Formation du personnel

Partie 2 : Médicaments à risque

Fiche 11 : Opiacés forts

Fiche 12 : Benzodiazépines et apparentés

Fiche 13 : Neuroleptiques

Fiche 14 : Antibiotiques

Fiche 15 : Antiépileptiques

Partie 3 : Recommandations de prise en charge et protocoles

Fiche 16 : Prise en charge des crises d'épilepsies par Buccolam®

Fiche 17 : Prise en charge des troubles psycho-comportementaux

Fiche 18 : Prévention des chutes

Fiche 19 : Prise en charge de la douleur

Fiche 20 : Prise en charge de la constipation

Fiche 21 : Prévention de la dénutrition

Fiche 22 : Prise en charge des troubles de la déglutition

Fiche 23 : Sondes de nutrition entérale

Partie 1 : Organisation de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation du circuit du médicament

Fiche 1 : Management de la prise en charge médicamenteuse

Fiche 2 : Prise en charge médicamenteuse en FAM-MAS-EEAP

Fiche 3 : Prescription en FAM-MAS-EEAP

Fiche 4 : Dispensation, détention des médicaments

Fiche 5 : Préparation des doses à administrer et stockage

Fiche 6 : Administration des médicaments en FAM-MAS-EEAP

Fiche 7 : Dotation pour besoins urgents

Fiche 8 : Exemple de chariot de médicaments d'urgence

Fiche 9 : Gestion des stupéfiants

Fiche 10 : Formation du personnel

Ce guide est un outil pratique rassemblant des informations de différentes sources qui, pour certaines, ne sont basées que sur un accord d'experts. A ce titre, ce guide ne se substitue en aucun cas aux mentions légales du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP). Par ailleurs, ce guide n'a pas été conçu pour être un outil exhaustif faisant autorité et ne devrait, en aucun cas se substituer au jugement clinique.

Fiche 1 : Management de la prise en charge médicamenteuse : rôles et responsabilités

Principaux enjeux

Prévenir les événements indésirables graves évitables en sécurisant le processus de prise en charge médicamenteuse en FAM/MAS/EEAP.

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

Points clés

La personne en situation de handicap

La personne accompagnée est actrice de ses choix sur son état de santé, la stratégie thérapeutique et les soins qui lui sont proposés.

Elle est entendue au sens large et vise la personne elle-même, son représentant légal, le titulaire de l'autorité parentale, ou entourage.

Elle aura ainsi la possibilité de **désigner une personne de confiance pour l'accompagner et l'assister dans ses démarches concernant sa santé.**

Elle sera ainsi **informée des soins qui lui sont proposés**, selon des modalités adaptées; bénéficiera d'un **temps d'échange et de soutien autour de son état de santé, des soins possibles et de la stratégie thérapeutique proposée et d'un accompagnement adapté, en cas de refus de soins.**

Elle **devra toujours avoir accès aux informations relatives à son accompagnement à la santé** et devra être **associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour en assurer la continuité.**

Dans ce guide, elle est citée sous le terme de « résident ».

Le médecin traitant

Désigné par le résident, il assure le suivi et la prescription médicale du résident (hors situations d'urgence)¹. Il respecte les exigences en matière de prescription (libellé, support, règles)².

Il met en œuvre les bonnes **pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments.**

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

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

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

² Art. L. 5121-1-2 et R.5132-(3;4;5;21;29;30) du CSP

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

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

Il évalue le degré d'autonomie du résident et indique si l'administration doit être effectuée par une IDE. Dans le cas où l'aide à la prise d'un médicament est réalisée en tant qu'acte de la vie courante, il convient de s'assurer de l'aptitude de la personne qui en est chargée³.

Le médecin coordonnateur (quand présent sur la structure)

Il veille à l'application des bonnes pratiques et il contribue auprès des professionnels de santé à la **bonne adaptation des prescriptions de médicaments et des produits et prestations** aux impératifs de chaque résident.

Il élabore un livret thérapeutique, par classe, des médicaments à utiliser préférentiellement⁴, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien au cours d'une réunion de coordination dédiée.

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

Il élabore un dossier type de soins.

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

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

Le pharmacien

Certains établissements disposent d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), responsable de la dispensation des traitements médicamenteux et du circuit du médicament au sein de l'établissement. En l'absence d'une PUI, l'établissement peut conclure avec une ou plusieurs pharmacie(s) d'officine une (ou des) convention(s) relative(s) à la fourniture de médicaments.

La(es) convention(s) désigne(nt) un pharmacien référent pour l'établissement. La fonction de pharmacien référent est une mission du pharmacien d'officine⁵. La(es) convention(s) précise(nt) les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique, ainsi que le bon usage des médicaments⁶.

Les conventions doivent être transmises au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, à la Caisse primaire d'assurance maladie et au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

³ Art. L 313-26 du CASF

⁴ Art. D.312-158 6° du CASF

⁵ Art. L. 5125-1-1 A du CSP

⁶ Art. L.5126-10.II, L.4241-1 et L4241-10 du CSP

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

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

La préparation des doses à administrer peut être réalisée au sein de l'officine et relève alors d'un acte pharmaceutique mais n'est pas encore encadrée réglementairement.

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

Les résidents hébergés en FAM/MAS/EEAP conservent leur droit au libre choix de leur professionnel de santé. Dès lors qu'ils ne peuvent plus ou pas se déplacer, ils peuvent, directement ou par l'intermédiaire de l'établissement, demander la dispensation des médicaments par le [pharmacien d'officine de leur choix](#).

L'infirmier

L'administration des médicaments est de la compétence exclusive de l'infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE)⁷, notamment les administrations impliquant un acte technique (injection, aérosols, etc..). L'infirmier peut, sous sa responsabilité, **assurer certains actes avec la collaboration d'AS/AMP** qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation⁸.

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

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

En l'absence d'un médecin, l'IDE est habilité(e), après avoir reconnu une situation comme [relevant de l'urgence](#) ou de la [détresse psychologique](#), à mettre en œuvre des [protocoles de soins d'urgence](#), préalablement écrits, datés et signés par le [médecin responsable](#)⁹. Dans ce cas, l'infirmier(e) accomplit les actes conservatoires nécessaires [jusqu'à l'intervention d'un médecin](#). Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

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

L'acte d'administration doit être [tracé](#) et doit faire l'objet d'une [surveillance thérapeutique](#).

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

Le [besoin d'écraser les médicaments](#) doit être [prescrit par le médecin traitant](#) au regard de l'évaluation de la [déglutition](#). L'IDE vérifie systématiquement avant l'acte d'écrasement des comprimés ou d'ouverture des

⁷ Art. R.4311-7 du CSP

⁸ Art. R.4311-4 et 5 du CSP

⁹ Art. R4311-14 du CSP

gélules la possibilité de réaliser cet acte, au regard des données fournies par le pharmacien ou de la liste régionale/nationale des comprimés pouvant être écrasés ou gélules ouvertes.

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

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

L'IDE peut, sous sa responsabilité, assurer certains actes avec la collaboration d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques **dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation**¹⁰ notamment :

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

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

L'AS/AMP doit disposer d'un descriptif précis de son rôle et de sa responsabilité en rapport avec sa formation continue et son encadrement¹¹.

Sous ces conditions, les AS/AMP peuvent, sous la responsabilité de l'IDE et dans le cadre de l'aide aux soins réalisés par ces derniers, **aider à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable**. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers.

Les AS/AMP devront :

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

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

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

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

¹⁰ Art. R4311-4 et 5 du CSP

¹¹ Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant

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

Le **libellé de la prescription médicale** permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante¹².

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

Ces actes s'appliquent :

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

Outils

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

Pour approfondir

Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux (ARS Provence Alpes Côte d'Azur mars 2017)

Guide « Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour adultes handicapés sans PUI » (ARS Auvergne Rhône Alpes mai 2016)

¹² Art. L.313-26 du CASF

Fiche 2 : La prise en charge médicamenteuse en FAM/MAS/EEAP

Principaux enjeux

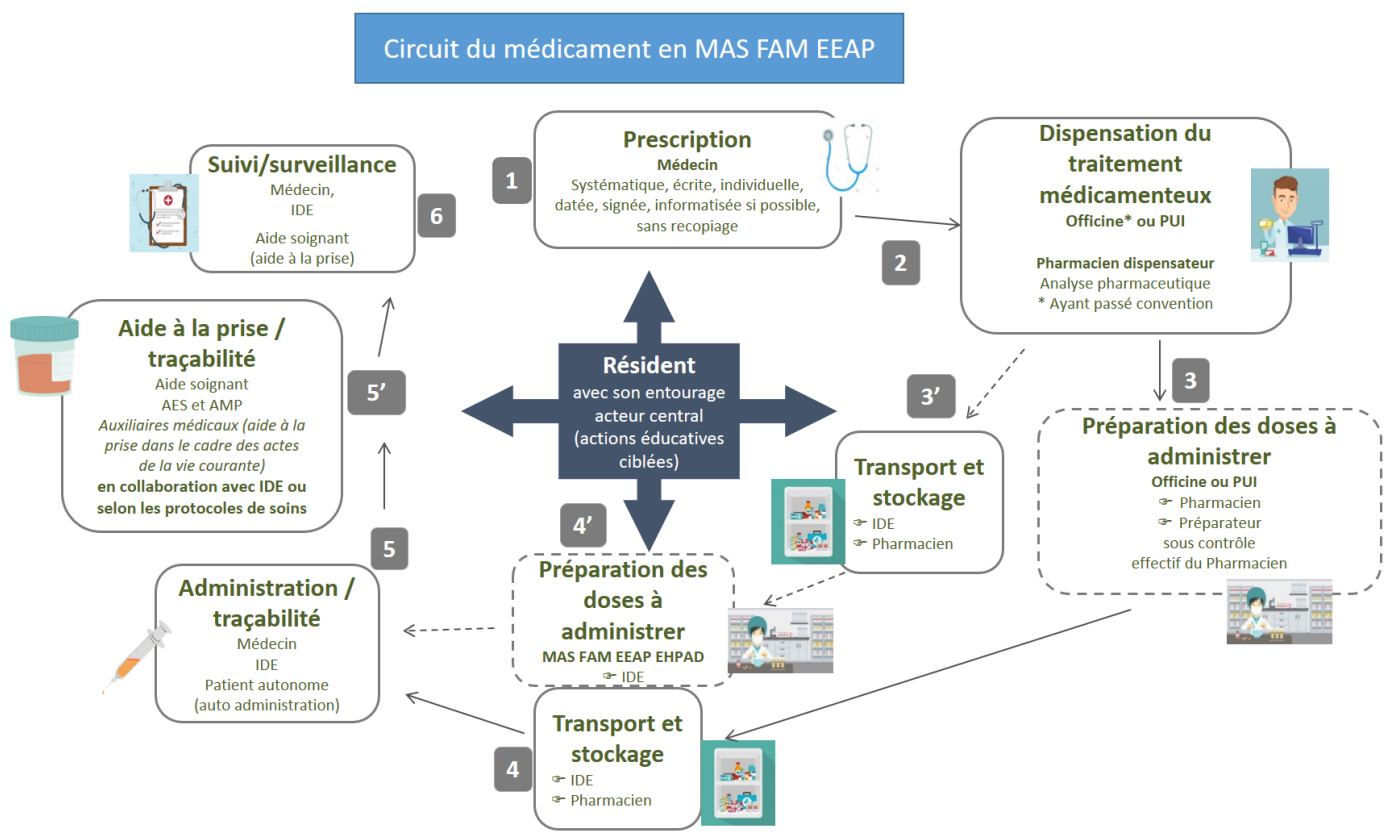
Améliorer l'efficacité de la prise en charge thérapeutique des résidents.

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

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

Points clés

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



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

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

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

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

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

Stratégie de gestion du risque médicamenteux

L'établissement définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux au regard de ses missions.

La gestion des erreurs liées au médicament fait partie de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces erreurs sont de deux natures. On retrouve d'une part les effets indésirables du médicament. Ils sont provoqués par un médicament pris seul ou en association avec d'autres, pouvant donner des interactions avec des conséquences potentiellement graves. On parle de « iatrogénie médicamenteuse » et ces effets relèvent de la pharmacovigilance.

Ces erreurs sont à distinguer des erreurs médicamenteuses, c'est-à-dire celles consécutives à l'organisation de la prise en charge médicamenteuse.

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la prescription, la dispensation, la préparation des doses à administrer, la délivrance, l'administration (57% des erreurs médicamenteuses déclarées), le suivi thérapeutique mais aussi ses interfaces telles que les transmissions entre les différents acteurs de la prise en charge médicamenteuse.

L'erreur médicamenteuse est à différencier de la faute, qui est intentionnelle et volontaire.

L'établissement doit ainsi favoriser la déclaration et sensibiliser ses équipes sur différents sujets : les modalités de déclarations des erreurs et des événements indésirables, la culture de l'erreur médicamenteuse et l'incitation à la déclaration. L'une des actions à mettre en place en priorité est la « Charte d'incitation et de non sanction pour toute déclaration d'un événement indésirable ».

Par ailleurs, l'interruption de tâche est un des facteurs favorisant les erreurs de prescription et d'administration. Ces risques devront être mesurés pour établir des actions adaptées.

La démarche de gestion des risques nécessite :

- Une démarche pluri-professionnelle
- L'identification des risques d'erreurs médicamenteuses
- L'analyse de ces risques

- Le traitement des risques
- Le suivi des actions correctives

Outils

Fiche 3 : « La prescription en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 4 : « La dispensation et la détention des médicaments »

Fiche 6 : « L'administration des médicaments en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 7 : « La dotation pour besoins urgents »

Fiche 8 : « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »

Pour approfondir

Outil Handicimed (auto-diagnostic du circuit du médicament), ARS Pays de la Loire

Guide « Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour adultes handicapés sans PUI », ARS Auvergne Rhône Alpes mai 2016

Outils OMÉDIT : [Fiche navette sur les risques d'erreurs médicamenteuses](#)

Outil d'auto-évaluation du circuit du médicament « ArchiMed Handicap » : [ARCHIMED Handicap - OMEDIT Ile de France \(omedit-idf.fr\)](#)

Outils HAS :

- [Haute Autorité de Santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé \(has-sante.fr\)](#)
- [Gestion des risques et protocoles](#)

Outils RREVA : [Comprendre, signaler, gérer un évènement indésirable médicamenteux](#)

Déclaration ANSM : [Comment déclarer si vous êtes professionnel de santé ? - ANSM \(sante.fr\)](#)

Fiche 3 : La prescription en FAM/MAS/EEAP

Principaux enjeux

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

Points clés

En dehors des situations d'urgence, la prescription émane le plus souvent du **médecin traitant désigné par le résident** et chargé de son suivi médical. Elle peut également provenir de médecins spécialistes libéraux, de praticiens hospitaliers ou d'autres généralistes¹³.

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

Toute administration de médicament doit avoir fait l'objet d'une **prescription écrite, qualitative et quantitative, datée et signée après l'évaluation médicale** du résident. Toutefois en cas d'urgence, d'autres modes de prescription peuvent être tolérés (téléphone, fax, messagerie)¹⁴ sous réserve d'un examen médical organisé dans un laps de temps réduit et d'une régularisation de la prescription dans les meilleurs délais.

Un livret thérapeutique de médicaments doit être défini par le médecin coordonnateur en lien avec l'éventuel pharmacien référent. Il s'agit de la liste des produits pharmaceutiques référencés dans l'établissement de santé, établie par la commission du médicament et des dispositifs médicaux.

Les prescriptions ainsi que toute modification et arrêt, doivent être renseignés dans le **dossier médical du résident**. Les modifications de traitement doivent être prises en compte afin d'adapter le traitement à administrer au patient.

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

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

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

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

¹³ Art. L. 1110-8 du CSP, L.311-3 du CASF, L. 162.2 du CSS

¹⁴ Art. R4312-42 du CSP

Recommandations HAS :

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

Les professionnels sont formés aux approches non médicamenteuses de l'accompagnement des personnes et les mettent en œuvre.

Outils

Fiche 1 : « Le management de la prise en charge médicamenteuse »

Fiche 2 : « La prise en charge médicamenteuse en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 7 : « Dotation pour besoins urgents »

Pour approfondir

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

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

Fiche 4 : La dispensation et la détention des médicaments

Principaux enjeux

Sécuriser le circuit des médicaments en réduisant les erreurs évitables liées à la dispensation et la détention des médicaments en FAM/MAS/EEAP.

Points clés

Dispensation et livraison

La dispensation et livraison des médicaments aux résidents de FAM/MAS/EEAP est assurée soit par une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) soit en cas d'absence de PUI par une ou plusieurs pharmacies d'officine¹⁵.

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

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

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

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

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

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

Stockage

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

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

¹⁵ Art. L. 5126-10 du CSP



Exemple d'armoire à pharmacie fermant à clé, à casiers nominatifs et identifiés

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

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

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

Dotation pour besoins urgents

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

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

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

Cas particulier des stupéfiants

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



Exemple de coffre dédié au rangement des médicaments stupéfiants avec dispositif de sécurisation

Ces médicaments font l'objet d'une vigilance particulière avec une [traçabilité de la prescription jusqu'à l'administration](#).

Les pharmaciens d'officine doivent disposer d'[ordonnances sécurisées](#) pour délivrer les stupéfiants, mais ces dispositions n'excluent pas la prescription informatique à condition que l'impression soit possible sur des ordonnances sécurisées pré-imprimées normées compatibles avec les logiciels médicaux. Les éditeurs de logiciel d'aide à la prescription en ambulatoire prévoient des dispositions pour répondre à l'exigence d'ordonnance sécurisée.

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

Outils

Fiche 2 : « La prise en charge médicamenteuse en FAM-MAS-EEAP »

Fiche 3 : « La prescription en FAM-MAS-EEAP »

Fiche 6 : « L'administration des médicaments en FAM-MAS-EEAP »

Fiche 7 : « La dotation pour besoin urgent »

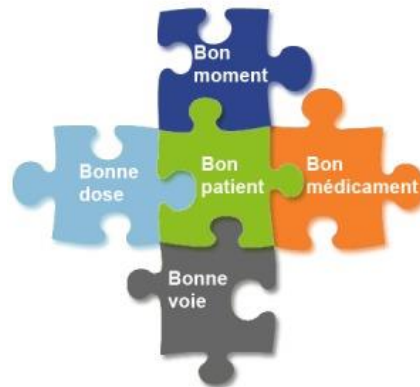
Fiche 8 : « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »

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

Fiche 5 : Préparation des doses à administrer et le stockage

Principaux enjeux

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



Points clés

Préparer les piluliers à un **moment calme dans le service** (fixer un planning avec un créneau horaire adapté).
Identifier un endroit dédié (éclairage, température, humidité et ventilation appropriés afin de ne pas affecter les conditions de stockage des médicaments ainsi que leur qualité).

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

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

Elle concerne les **formes orales sèches** à l'exception des spécialités soumises à la réglementation des stupéfiants et des antivitamines K (marge thérapeutique étroite).

Prescription

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

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

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

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

Elaboration du pilulier

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

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

Vérifier que le pilulier est vide et propre.

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

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

Le numéro de chambre n'est pas à préciser, il est souvent risqué d'erreur.

Préparer le pilulier **au regard de la dernière prescription** :

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

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

Réaliser la préparation des piluliers **résident par résident** afin d'éviter les risques d'erreurs et de contaminations croisées.

Nettoyer la paillasse entre la préparation de chaque pilulier.

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

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

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

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

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

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

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

Les **stupéfiants** ne doivent pas être mis dans les piluliers.

Les **antivitamines K** ne doivent pas être mis dans les piluliers.

Un **double contrôle** doit être effectué et ces contrôles doivent être tracés.



Exemple d'un casier identifié comportant un pilulier par jour de prise

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

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

Stockage des piluliers préparés

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

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

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

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

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

Pour approfondir

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

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

Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux.
 ARS PACA. 2017

Fiche 6 : L'administration des médicaments en FAM/MAS/EEAP

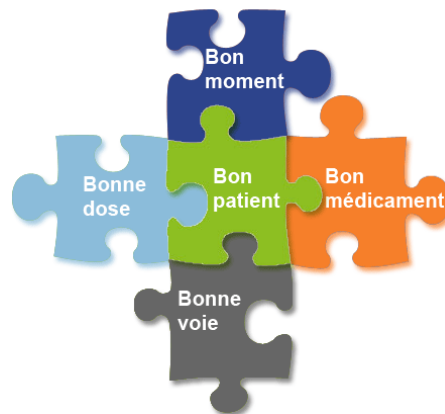
Principaux enjeux

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

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

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

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



Points clés

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

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

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

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

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

L'infirmier(e) peut assurer l'administration des médicaments non injectables en collaboration avec un(e) aide-soignant(e) (AS) ou aide médico-psychologique (AMP), mais toujours sous la responsabilité de l'IDE¹⁶.

¹⁶ Art. R4311-4 du CSP

Les principes à respecter lors de l'administration sont :

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

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

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

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

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

- organiser la collaboration avec les AS/AMP, en contrôlant leurs connaissances, compétences et pratiques ;
- transmettre les instructions nécessaires à l'administration ;
- coordonner les informations relatives aux soins (dossier médical du résident).

L'aide à la prise

Au sein d'un établissement FAM-MAS-EEAP, l'aide à la prise de médicaments par un AS ou un AMP est **possible lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules leur traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre** ¹⁷. Cette aide à la prise constitue une **modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante.**

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

- l'administration réservée aux IDE : actes d'injection ou de perfusion. Les termes de « administration de médicaments » impliquant un acte technique est de la compétence de l'infirmier et ne peut pas être réalisé par les AS/AMP ;¹⁸
- la préparation des doses à administrer qui est réservée aux IDE ¹⁹ ou aux pharmaciens ²⁰.

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

¹⁷ Art. L.313-26 du CASF

¹⁸ Art. R.4311-7 du CSP

¹⁹ Art. R.4311-5 du CSP

²⁰ Art R.4235-48 du CSP

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

- le circuit du médicament est sécurisé ;
- le médecin a prescrit le traitement et il n'a pas mentionné sur la prescription la nécessité d'un IDE pour l'aide à la prise du médicament ²² ;
- un test de déglutition a été réalisé par un IDE en amont de l'aide à la prise médicamenteuse per os (souvent à l'entrée du résident dans la structure) ;
- l'aide à la prise doit être évaluée régulièrement par le médecin et être tracée dans le dossier du résident ;
- l'IDE évalue, dans le cadre de sa collaboration avec l'AS/AMP, que le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni apprentissage particulier, compte tenu de la nature du médicament ²² ;
- l'AS/AMP dispose d'un descriptif précis de son rôle et de sa responsabilité dans l'aide à la prise des médicaments en rapport avec sa formation initiale continue et son encadrement ²¹ ;
- l'AS/AMP transmet à l'IDE les informations importantes (refus de prise, nausée, etc.) ;
- la traçabilité des actes et de leurs surveillances sont réalisées par les professionnels ayant effectué l'aide à la prise médicamenteuse ;
- l'appel possible et systématique de l'AS/AMP vers l'IDE ou le médecin en cas de doute ou de question complémentaire.

Les professionnels de santé (médecins coordonnateur, médecins traitants, IDE et AS/AMP) **doivent évaluer au préalable et formaliser dans un protocole de soins infirmiers** ²¹ le degré de participation de chaque aide-soignant à l'aide à la prise de médicaments au regard des critères suivants :

- Le **niveau de responsabilité de l'aide-soignant** selon son ancienneté et ses formations continues relatives à l'aide à la prise de médicaments. L'aide-soignant assure la traçabilité de la surveillance du patient et des actes réalisés ;
- La **forme du médicament** (formes orales prêtes à l'emploi et sans difficultés techniques, formes orales à préparer, formes externes à appliquer sur la peau, formes externes autres, collyres, bains de bouche, formes rectales, suppositoires, autres formes (ex. transdermique) et à l'**exception des formes injectables et sauf cas particulier des médicaments injectables administrés par pompe PCA** (Analgésie Contrôlée par le Patient) ;
- La **nature du médicament** : pour les médicaments stupéfiants, l'aide à la prise par les aides-soignants est envisageable, uniquement en l'absence d'infirmier la nuit et si l'aide-soignant a bénéficié d'une formation spécifique et si l'aggravation potentielle de l'état du résident est en permanence anticipée.

²¹ Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant

Cas des aidants de la vie courante

L'aide à la prise des médicaments peut être assurée par **toute personne** (et pas seulement les IDE, AS et AMP) chargée de l'aide aux actes de la vie courante. Une personne qui ne serait ni IDE, ni AS, ni AMP peut donc aider à la prise si l'ensemble des conditions suivantes sont réunies :

- La personne ne dispose pas d'une autonomie suffisante pour prendre seule le traitement ;
- Ce traitement est prescrit par un médecin ;
- La prescription ne vise pas expressément l'intervention d'auxiliaires médicaux ;
- La nature du médicament ne pose pas de problème. Sont donc exclus tous les médicaments stupéfiants ou assimilés et les médicaments liés à l'urgence (dérivés nitrés, etc.) ;
- Le mode de prise ne présente pas de difficulté. Sont donc exclus tous les médicaments administrés par voie parentérale, rectale et certains aérosols (à définir dans les protocoles de soins) ;
- Le mode de prise ne nécessite pas un apprentissage particulier ;
- Des protocoles de soins ont été élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise soient informées des doses prescrites et du moment de la prise ;
- Une IDE doit superviser l'aide à la prise ;
- Une formation initiale et continue adaptée est dispensée à ces personnes ;
- La fiche de poste mentionne cette activité (jurisprudence de la cour de cassation et d'un arrêt rendu en 2014).

Il est souhaitable qu'une liste actualisée des personnes habilitées à l'aide à la prise soit tenue. De surcroît, les médicaments doivent préalablement avoir été préparés par du personnel infirmier.

Compte tenu des organisations déjà existantes dans les FAM/MAS/EEAP et de la nécessité de disposer de procédures simples et sécurisées touchant au circuit du médicament, il apparaît souhaitable de confier prioritairement à l'équipe soignante (IDE, AS, AMP), l'administration et l'aide à la prise des médicaments.

Dans le cas où l'aide à la prise d'un médicament est réalisée en tant qu'acte de la vie courante, il convient de s'assurer de l'aptitude de la personne qui en est chargée.

Cas des médicaments la nuit

Il convient de distinguer 2 cas : les besoins urgents et ceux qui ne sont pas. Dans le 1^{er} cas nous vous invitons à vous référer aux fiches 7 et 8.

Dans le second cas, l'administration de médicament la nuit ne doit en aucun cas devenir une règle notamment en l'absence d'IDE. Toutes les solutions devront être explorées avant de recourir à une administration la nuit. Dans le cadre de la gestion de la douleur il convient, si le besoin d'administration de stupéfiant la nuit est exprimé, d'envisager :

- La réévaluation du traitement notamment l'articulation traitement de fond/traitement de crise ;
- La modification du traitement (rotation des opioïdes par exemple) ;
- L'assistance d'une structure spécialisée dans la douleur (HAD ou à une équipe de soins palliatifs le cas échéant,...)

En l'absence d'IDE les stupéfiants ne pourront être administrés que sous certaines conditions décrites ci-dessous (cas des stupéfiants par voie orale).

Le recours aux hypnotiques devra être régulièrement être réévalué. Leur administration en soirée ou en début de nuit par des AS/AMP est possible dans le cadre d'une collaboration avec une IDE mais doit être strictement et spécifiquement encadrée.

Outils

Fiche 1 : « Le management de la prise en charge médicamenteuse »

Fiche 2 : « La prise en charge médicamenteuse en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 3 : « La prescription en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 4 : « La dispensation et la détention des médicaments »

Fiche 8 : « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »

Fiche 9 : « Gestion des stupéfiants »

Pour approfondir

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

Guide de bon usage des pompes PCA – OMÉDIT Normandie – Juin 2014

Fiche 7 : Dotations pour besoins urgents

Principaux enjeux

Afin d'éviter toute rupture de traitement, une dotation de médicaments destinés à des soins urgents doit être détenue dans un FAM/MAS/EEAP lorsqu'il ne possède pas de pharmacie à usage intérieur²².

Elle n'est pas obligatoire lorsque l'établissement possède une pharmacie à usage intérieur. Néanmoins, si elle existe, elle doit suivre les mêmes obligations que dans les établissements sans pharmacie à usage intérieur.

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 établi, modifiable et ajusté 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 ajuster en fonction de la taille de l'établissement.

Les stupéfiants de la dotation pour besoins urgents doivent être stockés dans un lieu séparé et fermé à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Ils doivent être prescrits sur une ordonnance sécurisée et l'administration doit être tracée.

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

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

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

Une convention avec une ou plusieurs officines précise les modalités de gestion de cette dotation. Ces organisations peuvent être décrites dans la(es) convention(s) relative(s) à la dispensation des traitements nominatifs²³.

Pour approfondir

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

²² Art. R.5126-112 et R.5126-113 du CSP

²³ Art. L.5126-10 du CSP

Fiche 8 : Exemple de chariot de médicaments d'urgence

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 et scellé.

Il incombe à chaque établissement de définir le contenu du chariot d'urgence. Ce contenu doit être établi et argumenté en fonction de l'analyse des risques, des besoins spécifiques de la structure et de la typologie des patients.

La liste du chariot d'urgence est établie, modifiable et ajustée chaque année par le médecin coordonnateur et tenue à disposition dans une pochette placée à l'extérieur du chariot. Un schéma peut être joint afin de visualiser le lieu exact de stockage dans le chariot.

Le contenu du chariot d'urgence est vérifié chaque mois pour contrôle de son contenu et des dates de péremption.

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

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

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

DOMAINE D'URGENCE	MEDICAMENT PROPOSE
Allergologie	Bétaméthasone, injectable
	Methylprednisolone, injectable
	Polaramine
Gastrologie	Métoclopramide, injectable
	Phloroglucinol, injectable
Neuropsychiatrie	Tiapride
	Diazépam, injectable
	Clonazepam, injectable
Pneumologie	Salbutamol aérosol-doseur
	Terbutaline, injectable
	Bouteille(s) d'oxygène (nombre à adapter en fonction de la taille de la population à risque)
Endocrinologie	Glucose 30% hypertonique

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

Exemple sur le matériel à ajouter à un sac d'urgence :

Matériel	Masque haute concentration
	Sonde à oxygène
	Canule de Guédel
	Abaisse langue
	Lunette à oxygène
	Raccord oxygène/éole
	Nez avec raccord oxygène
	Embout adaptateur oxygène
	Ospite
	Canule rectale
	Garrot
	Cathéters (18G, 20G, 22G)
	Seringue 10 mL
	Tubulure avec robinet
	Kit de prélèvement
	Aiguilles (18G, 21G, 30G)
	Aiguille à ailette

Fiche 9 : Gestion des stupéfiants

Principaux enjeux

Les stupéfiants font l'objet d'une vigilance particulière avec une **traçabilité de la prescription jusqu'à l'administration**, notamment en raison des mésusages et trafics dont ils sont l'objet.

Points clés

Prescription (cf. fiche 3)

Les stupéfiants doivent être prescrits sur des **ordonnances sécurisées**, celles-ci pouvant être informatisées.

La prescription de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants doit indiquer en toutes lettres le **nombre d'unités thérapeutiques par prise**, le **nombre de prises** et le **dosage** s'il s'agit d'une spécialité, les **doses ou les concentrations de substances** et le **nombre d'unités ou le volume** s'il s'agit de préparations⁷. Il ne peut y avoir de chevauchement d'ordonnances.

Le prescripteur ne peut rédiger une ordonnance pour un traitement d'une durée supérieure à **vingt-huit jours**. Cette durée peut être réduite pour certains médicaments désignés par arrêtés, notamment ceux de la voie injectable⁹. En outre, pour certains médicaments de cette catégorie dont la délivrance doit être fractionnée, le prescripteur peut, pour des raisons particulières tenant à la situation du patient, exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois »⁸.

Dispensation (cf. fiche 4)

La dispensation des stupéfiants est assurée par une **Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)** ou par une ou plusieurs **pharmacies d'officine**²⁴.

Les pharmaciens d'officine doivent disposer d'ordonnances sécurisées. Ceci n'empêche pas la prescription informatique à condition que l'impression soit possible sur des ordonnances sécurisées pré-imprimées normées compatibles avec les logiciels médicaux.

Toute entrée et sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites par le pharmacien sur un registre papier classique ou enregistrées par un système informatique¹⁰. Une balance et un inventaire doivent être réalisés.

²⁴ Art. L. 5126-10 du CSP

⁷ Art. L. 5132-29 du CSP

⁸ Art. L. 5132-30 du CSP

⁹ Durée maximale de prescription des médicaments classés stupéfiants ou soumis à une partie de la réglementation des stupéfiants ANSM – septembre 2015

Stockage (cf. fiche 4)

Les médicaments stupéfiants doivent faire l'objet d'un stockage dans un lieu séparé et fermé à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité.

Les médicaments non utilisés sont retournés à la pharmacie.

Tout vol ou détournement de médicaments classés comme stupéfiants doit être signalé sans délai aux autorités de police, à l'ARS et à l'ANSM⁹.

Cas du transport de stupéfiants dans l'espace Schengen

Tout patient transportant des stupéfiants doit se munir d'une autorisation de transport (afin de justifier la nature licite des médicaments) lors d'un déplacement dans un pays appliquant la convention.

Cette autorisation est délivrée sur demande du patient, au vu de l'original de la prescription médicale, par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région où le médecin prescripteur est enregistré.

Cette autorisation est valable 30 jours et les quantités transportées ne doivent pas dépasser la durée maximale de prescription.

Le patient doit la présenter, le cas échéant aux autorités de contrôle compétentes, accompagnée de son ordonnance originale.

En dehors de l'espace Schengen, chaque pays a sa propre réglementation. Il convient de contacter les ambassades des pays de destination.

Préparation

Les stupéfiants ne doivent pas être mis dans les piluliers, ils doivent être préparés séparément des autres médicaments, au moment de l'administration au patient. La préparation des doses à administrer est réservée aux IDE ou pharmaciens (et préparateurs sous la responsabilité du pharmacien).

Administration et aide à la prise (cf. fiche 6)

L'administration des médicaments stupéfiants est réalisée par un IDE et fait l'objet d'une traçabilité sur un état récapitulatif d'administration mentionnant notamment la date et l'heure de l'administration, la dénomination du médicament, sa forme et la dose ainsi que l'identification du prescripteur et de la personne ayant procédé à l'administration.

Cet état récapitulatif est daté et signé par le médecin responsable de la structure ou un IDE coordonnateur désigné et est adressé à la PUI pour renouvellement du traitement.

Cas des stupéfiants par voie orale la nuit

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

- Le médecin ne s'oppose pas à cette pratique, c'est-à-dire qu'il ne soit pas fait mention sur la prescription de la nécessité de l'intervention d'IDE et que l'aggravation potentielle de l'état du résident est en permanence anticipée;²²
- La préparation des doses à administrer soit effectuée en amont par l'IDE ou le pharmacien (et les stupéfiants sont séparés, hors piluliers) ;^{24, 25}
- Les doses à administrer soient détenues de manière individualisée dans un contenant spécifique au résident concerné et dans des armoires ou locaux sécurisés et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé²⁵.

AS-AES de nuit :

- Se forme en tant que de besoin au protocole d'administration des morphiniques la nuit en l'absence d'IDE (annexe).
- Met en œuvre la prescription médicale du patient, tout en respectant son confort (ex. : ne pas le réveiller, le médecin précisera l'intervalle de temps possible d'administration sur l'ordonnance).
- Vérifie l'identité du résident : nom, prénom, photo, n° de chambre au regard de la prescription.
- Retire du coffre à morphinique spécifique à la nuit le pilulier individualisé nominatif.
- Vérifie le nom du médicament, la dose et le moment de prise au vu de la prescription ou du protocole/ plan de soins.
- S'assure de la prise effective du médicament par le résident ou acte de la non prise (résident endormi ou qui refuse le traitement car suffisamment soulagé par exemple).
- Appelle un médecin ou IDE d'astreinte en cas de problème (résident insuffisamment soulagé, objectifé par l'EVA par exemple).
- Enregistre l'administration sur le support de l'établissement (plan de soins) et trace ses transmissions (ex : non prise /refus du médicament, évènement anormal ou difficulté rencontrée ...).
- Si non prise / refus, range le morphinique dans le coffre spécifique de nuit qui pourra être conservé 7 jours maximum, en notant que c'est une non prise de la veille et le motif (refus, patient endormi, etc.).
- Assure une surveillance régulière du résident et met en œuvre la conduite à tenir en cas de problème, surdosage notamment.

¹⁰Arrêté du 12 mars 2013

²¹ Art. R4311-4 du CSP

²² Art. L.313-26 du CASF

²⁴ Art. R.4311-5 du CSP

²⁵ Art R.4235-48 du CSP

²⁵ Arrêté du 22 février 1990

Outils

Fiche 1 : « Le management de la prise en charge médicamenteuse »

Fiche 2 : « La prise en charge médicamenteuse en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 3 : « La prescription en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 4 : « La dispensation et la détention des médicaments »

Fiche 6 : « Administration en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 8 : « Exemple de chariot de médicaments d'urgence »

Fiche 10 : Formation du personnel

Principaux enjeux

Chaque établissement doit définir un plan de formation du personnel afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Celui-ci doit permettre de définir le contenu de la formation ainsi que les **compétences** à acquérir.

Au sein de chaque établissement de santé ou médico-social, il convient d'avoir une formation adaptée à son poste. Pour cela, **on peut distinguer deux phases de formation en plus de sa formation professionnelle** :

- **La formation à l'arrivée dans un nouvel établissement** : permet de connaître les spécificités de fonctionnement et d'organisation ainsi que les responsabilités de chacun ;
- **La formation continue** : permet de rester informé des évolutions de pratique, qu'elles soient nationales ou spécifiques à l'établissement. Depuis janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé rend d'ailleurs le dispositif de développement personnel obligatoire pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité.

Il convient à chaque établissement de **définir dans son plan de formation la périodicité des formations**.

Points clés

Dans les structures médico-sociales, les accompagnants (AS/AMP mais aussi personnel non médical) peuvent être amenés à réaliser **l'aide à la prise** de certains médicaments, en **collaboration** avec les IDE.

L'aide à la prise est une pratique **encadrée**, soumise à de nombreuses **conditions** permettant de garantir la **sécurité** de la prise en charge thérapeutique des résidents. Un des prérequis et conditions est la **formation** et **sensibilisation** de l'accompagnant au médicament et circuit du médicament.

La formation est à destination des accompagnants amenés à réaliser l'aide à la prise, en collaboration avec les IDE, et exerçant dans des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (MAS, FAM, EEAP...). Aucun prérequis n'est nécessaire.

La formation peut s'articuler sur 2 grands thèmes :

- Généralités sur le médicament et bon usage ;
- **Circuit du médicament**, reprenant toutes les étapes du processus : prescription, dispensation, stockage, préparation, administration et aide à la prise, surveillance, gestion de risque.

Les séances de formation sont réalisées au sein d'un établissement pour des accompagnants exerçant dans ce même établissement.

Les formateurs sont des **professionnels de santé intervenant dans l'établissement** : médecin coordonnateur, IDE, pharmacien. Idéalement, un binôme (médecin-IDE, pharmacien-IDE...) assurera la formation.

Les points clés d'une bonne formation :

- Utiliser un langage « **démédicalisé** » (ne pas utiliser d'acronymes,...) ;
- Etre ouvert aux questions, **attentif** aux difficultés remontées ;
- **Responsabiliser** sans « faire peur » ;
- Insister sur les **notions essentielles** :
 - o Tout médicament administré doit être prescrit ;
 - o Conditions de mis en œuvre de l'aide à la prise ;
 - o Droit de refus de l'accompagnant de réaliser un acte particulier s'il évalue ne pas maîtriser la situation ou le contexte ou bien s'il estime ne pas avoir les connaissances suffisantes pour le cas précis ;
 - o Traçabilité de l'administration ou non administration.

Evaluation des connaissances et compétences et traçabilité de la formation

Une **évaluation des connaissances et compétences** sera réalisée suite à la formation du personnel afin de valider la capacité de l'agent pour l'aide à la prise. Cette évaluation doit être tracée dans le dossier de l'agent.

Outils

Omedit Pays de la Loire : [Sécurisation du circuit du médicament](#)

Formations OMÉDIT Normandie :

- [Handicap](#)
- [Films d'analyse de scenario](#)

Partie 2 : Médicaments à risque

Fiche 11 : Opiacés forts

Fiche 12 : Benzodiazépines et apparentés

Fiche 13 : Neuroleptiques

Fiche 14 : Antibiotiques

Fiche 15 : Antiépileptiques

Fiche 11 : Opiacés forts

Principaux enjeux

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

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

Les spécialités concernées:

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

Remarque : attention au Fentanyl très addictogène

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

Points clés

Recommandations:

L'évaluation de la douleur ainsi que sa réévaluation doivent être régulières, réalisées par une échelle validée et tracées.

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

Avant la prescription, un bilan addictologique peut-être recommandé.

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

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

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

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

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

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

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

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

Surveillances particulières :

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

Les **effets indésirables les plus fréquents** sont : Gastro-intestinaux (Constipation, Nausée, Vomissement, Sécheresse buccale), Urinaire (Rétention urinaire), Cutané (Prurit), Système nerveux (sommolence, hallucination, convulsion, dépression respiratoire, hypotension).

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

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

Une attention particulière doit être apportée quant à l'apparition de symptômes évoquant une dépendance.

Prise en charge d'un surdosage :

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

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

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

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

Attention aux opiacés à libération prolongée lors de l'utilisation de Naloxone : le réveil du patient est rapide mais il peut se rendormir rapidement. Une surveillance hospitalière est nécessaire.

Critères STOPP-START:

Critères STOPP

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

Critères START

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

Outils

Fiche 19 : « Prise en charge de la douleur »

Fiche 20 : « Prise en charge de la constipation »

Pour approfondir

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

Protocole Naloxone - Protocole Emla - Protocole Kalinox du Réseau Régional Douleur de Normandie - Site : [Boite à outils Réseau douleur \(omedit-normandie.fr\)](http://www.omedit-normandie.fr)

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

Mobiqual - Douleur chez la personne âgée - 2012

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

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

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

Douleur et soin de la personne en situation de handicap : un livret numérique à l'attention des professionnels de santé : [2018-10 livret douleur et handicap.pdf \(omedit-normandie.fr\)](http://www.omedit-normandie.fr)

Ce livret comporte 4 chapitres :

1. Prévention de la douleur liée aux soins « Comment faire ? » : Diaporama utilisable comme support de formation, plaquette comportant notamment un tableau listant les différentes molécules utilisables, quand, comment ?
2. Evaluation de la douleur : Echelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation chez l'adulte et chez l'enfant, avec les spécificités liées au polyhandicap, diaporama sur l'enfant en situation de polyhandicap
3. Soins infirmiers : Livrets de recommandations en soins infirmiers chez l'adulte et chez l'enfant
4. Moyens médicamenteux : Recommandations sur l'utilisation des opioïdes, du MEOPA, des solutions sucrées, de la crème lidocaïne-prilocaine

SFETD : Guide des Bonnes Pratiques des Structures Douleur Chronique (SDC) Structures Douleur Chronique en France (SDC) | Éditions Med-Line

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	

Fiche 12 : Benzodiazépines et apparentés

Les spécialités concernées

A PRIVILEGIER : FORMES A DEMI-VIE COURTE

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

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

A EVITER : FORMES A DEMI-VIE LONGUE

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

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

Principaux enjeux

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

Points clés

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

Si un traitement est réellement justifié :

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

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

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

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

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

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

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

Ex. : diminution initiale de l'ordre de 25 % de la posologie la première semaine.

En cas d'échecs d'arrêts antérieurs, démence, surconsommation régulière, d'alcool, dépression caractérisée, insomnie chronique, troubles anxieux caractérisés (trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux généralisés) retenir un plus faible taux de réduction.

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

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

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

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

Critères STOPP-START:

Critères STOPP

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

Critères START

- Aucun

Outils

Fiche 17 : « Prise en charge des troubles psycho-comportementaux »

Pour approfondir

Fiche sur les benzodiazépines. Améli. Mai 2012.

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

Mémo Benzo. Assurance Maladie. Octobre 2014.

Outils d'aide à la réévaluation des thérapeutiques médicamenteuses : <https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/optimisation-ou-reevaluation-des-therapeutiques-medicamenteuses/outils-existants,3696,4531.html>

Fiche 13 : Neuroleptiques

Principaux enjeux

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

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

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

Points clés

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

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

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

Utilisation des neuroleptiques chez le sujet en situation de handicap :

	Neuroleptiques classiques (1ère génération)	Neuroleptiques atypiques (2ème génération)
Modes d'action	Activité anti-dopaminergique (récepteur D2) Anti-adrénergique (récepteur α 1) Anticholinergique (récepteur muscarinique M1) Antihistaminique (récepteur H1)	Activité anti-dopaminergique (récepteur D2, D3, D4) Antagoniste des récepteurs à la sérotonine (5-HT ₂ , 5-HT ₃) Anti-adrénergique (récepteur α 1) +/- Anticholinergique (récepteur muscarinique M1) +/- Antihistaminique (récepteur H1)
Principales indications	Troubles psychotiques (délires, hallucinations) Symptômes maniaques - agitation - agressivité	
Effets indésirables	Effets extrapyramidaux Syndrome parkinsonien Dyskinésies Effets anticholinergiques Syndrome malin Troubles cardiaques Hypertension artérielle Syndrome métabolique Prise de poids Effet psychique (dépression, somnolence, anxiété, indifférence, etc...)	Syndrome métabolique Prise de poids Syndrome métabolique Effets anticholinergiques moindres
Exemples de molécules	Cyamémazine, Chlorpromazine, Haloperidol, Sulpiride, Flupentixol, Amisulpride	Loxapine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole, Clozapine
Effets spécifiques de certaines molécules		Clozapine : troubles hématologiques (agranulocytose +++) et anticholinergique mais très peu d'effets neurologiques Olanzapine : effet anticholinergique +/- sédatif Quetiapine : très peu d'effets neurologiques, pas d'effet anticholinergique mais sédatif et anxiolytique
Interactions médicamenteuses	Antiparkinsoniens, Benzodiazépines, Antidépresseurs tricycliques, IMAO	

Règles de prescription :

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

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

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

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

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

Privilégier une monothérapie.

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

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

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

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

Lors d'un switch entre deux molécules, prendre en compte le délai d'action de la nouvelle molécule prescrite.

En prévision d'une grossesse, il est nécessaire de réévaluer le bien-fondé du traitement et de le réajuster si besoin. A contrario, en cas de pathologie psychiatrique déséquilibrée ou de traitement psychotrope lourd, le projet de grossesse doit être réévalué.

En cas de découverte d'une grossesse, ne pas arrêter brutalement le traitement par neuroleptiques, refaire un point sur la prise en charge (modifications pharmacocinétiques possibles, augmentant ou diminuant l'efficacité du traitement) et limiter autant que possible les associations.

Surveillances :

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

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

Critères STOPP-START:

Critères STOPP

- La prescription d'un neuroleptique à effet anticholinergique « modéré » à « marqué » (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphenzine, pipothiazine, promazine, zuclopenthixol) en présence d'un prostatisme ou d'un antécédent de globe vésical est inappropriée [risque de globe vésical].
- La prescription d'un neuroleptique chez un patient présentant des symptômes psycho-comportementaux associés à une démence, à moins que ces symptômes soient sévères et que l'approche non pharmacologique ait échoué est inappropriée [risque accru de thrombose cérébrale et de décès].
- La prescription d'un neuroleptique pour insomnies (à moins qu'elles ne soient dues à une psychose ou une démence) est inappropriée [risques de confusion, d'hypotension, d'effets secondaires extrapyramidaux, de chute].
- La prescription d'une phénothiazine comme neuroleptique en première ligne est inappropriée (à l'exception de la prochlorpérazine pour nausées, vomissements et vertiges ; de la chlorpromazine pour hoquet persistant ; de la lévomépromazine comme antiémétique en soins palliatifs) [effets sédatifs et anticholinergiques sévères ; des alternatives plus sûres existent].

Critères START

- Aucun

Outils

Fiche 12 : « Benzodiazépines et apparentés »

Fiche 17 : « Prise en charge des troubles psycho-comportementaux »

Protocole de l'EPSM sur la surveillance du risque cardiologique (torsade de pointe) lié aux neuroleptiques : <https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/sante-mentale/sante-mentale,3723,4584.html>

Pour approfondir

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

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

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

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

Site du réseau PIC : www.reseau-pic.info

ANSM : Antipsychotiques, rappel des mesures de suivi cardio-métabolique

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

Nom et prénom du résident :

Date de naissance :

Service :

Transmissions AS/ASH
Identification AS/ASH :
Date et heure de passation :
Troubles du comportement constatés :
<ul style="list-style-type: none"> - A l'égard des soignants : - A l'égard des autres patients/résidents :
Lunettes et prothèses auditives fonctionnelles : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Douleur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Echelle type EVA...) Si oui, détaillez :
Température :
Selles : date des dernières selles : normales – dures – traces – diarrhées
Urines : normales – rares ou concentrées – malodorantes
Boissons : normales – diminuées – augmentées
Appétit : normal – diminué
Sommeil : normal – perturbé
Autre élément ayant pu provoquer le trouble du comportement : (modifications environnementales, visites, dissensions familiales, pose de contention récente...)

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

Fiche 14 : Antibiotiques

Principaux enjeux

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

Points clés

Recommandations générales : pertinence d'une antibiothérapie chez le sujet en situation de handicap en FAM/AMS/EEAP

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

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

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

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

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

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

Prévention des infections

Prévenir les infections du sujet en situation de handicap : favoriser l'hydratation et veiller à l'état nutritionnel.

Proposer aux résidents, ou via son/ses tuteur(s), la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière (selon les recommandations vaccinales).

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

Faire des rappels réguliers sur l'hygiène des mains : friction au soluté hydro alcoolique, port des bijoux, etc...

La gestion des excréta doit faire l'objet d'un circuit maîtrisé afin de ne pas favoriser l'émergence de nouvelles infections.

Certaines catégories de patients sont particulièrement à risque : diabétiques, insuffisants rénaux et patients sondés. Une surveillance particulière est donc à apporter à ces catégories de patients.

Bon usage des antibiotiques

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

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

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

Lors de chaque prescription, vérifier la règle des « 5B » : bon médicament, bon patient, bonne voie d'administration, bon dosage et **bonne durée**. La prescription doit être la plus courte possible et en cas de doute, il est préférable de surseoir et de réévaluer 48h plus tard.

Afin de limiter le développement de résistances, choisir **le spectre le plus étroit possible**. Attention notamment aux classes les plus génératrices de résistances : Amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporines de 3^{ème} génération et fluoroquinolones.

Effets indésirables - interactions médicamenteuses et surveillance

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

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

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

Tableau des effets indésirables fréquents ou « classiques » des antibiotiques et des interactions courantes (liste non exhaustive, se référer aux RCP de chaque médicament).

Antibiotiques	Effets indésirables	Surveillance de la tolérance	Interactions médicamenteuses
Aminosides	Néphrotoxicité Ototoxicité	Fonction rénale Audiogramme (si durée ≥ 5j)	Autres médicaments néphro- et oto-toxiques
Béta-lactamines (Pénicillines, C3G, C4G)	Troubles digestifs Impact sur la flore Allergie (cutanée ++)	Fonction rénale	Allopurinol MTX
Clindamycine	Troubles digestifs (diarrhée) Colite à <i>C. difficile</i>	NFS Fonction rénale Bilan hépatique	AVK
Cyclines	Photosensibilité Œsophagite de contact (à prendre en position assise)	clinique	Warfarine (AVK) Théophylline Antiacides
Fluoroquinolones (Ciprofloxacine, Lévofloxacine, ofloxacine)	Syndrome confusionnel Allongement du QT Convulsions Tendinopathies	NFS INR	AINS (↑risque convulsions) AVK
Fosfomycine-trométamol	Troubles digestifs	clinique	-
Macrolides	Troubles digestifs Allongement du QT	Bilan hépatique INR	ATB inhibiteurs du CYP3A4 (AVK,...)* Association déconseillée : colchicine
Métronidazole	Neurotoxicité si durée > 3 sem Leucopénie	NFS INR	AVK Alcool (effet antabuse)
Nitrofurantoïne	Troubles digestifs (nausées) Complications graves si ATB prolongé (hépatiques, pulmonaires)	clinique	!! JAMAIS en traitement prolongé (durée max 7 j) Antiacides
Pristinamycine	Troubles digestifs (nausées, vomissements) Allergie	INR	Colchicine AVK
Rifampicine	Coloration orangée des liquides biologiques (urines, larmes) Troubles digestifs (nausées, vomissements) Hépatotoxicité Allergie	<u>Bilan hépatique</u> <u>INR</u>	!! JAMAIS en monothérapie ATB inducteur enzymatique (AVK,...)*
Sulfaméthoxazole-triméthoprim	Hématotoxicité Néphrotoxicité Allergie (rash, DRESS Syndrome)	NFS Fonction rénale	MTX AVK

MTX : méthotrexate ; AVK : antivitamines K

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

- Bactériurie asymptomatique ;
- Bronchite aiguë (syndrome grippal et contexte épidémique) ;
- Exacerbation d'une BPCO au stade 0 ou 1.

Autres remarques :

Les ATB critiques de réserve (carbapénèmes, linézolide,...) nécessitent l'avis d'un **infectiologue**.

Ne pas hésiter à demander un avis infectiologue pour les molécules ou situation peu connues.

Outils

Normantibio : Centre Régional de Conseil en Antibiothérapie en Normandie

Site internet : <http://www.normantibio.fr>

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

Pour approfondir

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

Bon usage des antibiotiques : recommandation HAS 2021 avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et le Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) : Fiches synthétiques préconisant le choix et les durées d'antibiothérapies les plus courtes possibles pour les infections bactériennes courantes de ville : [Haute Autorité de Santé - Lutte contre l'antibiorésistance : choix et durée de prescription des antibiotiques dans les infections bactériennes courantes \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/ga/actualites/antibiorésistance/2021/07/01/haute-autorite-de-sante-lutte-contre-l-antibiorésistance-choix-et-durée-de-prescription-des-antibiotiques-dans-les-infections-bactériennes-courantes)

Recommandations SPILF et GPIP : durées d'antibiothérapies, infections courantes, non compliquées, en évolution favorable Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations - ScienceDirect

MEMO durées antibiothérapie : MEDQUAL [ATBR Memo JUILLET2021.pdf \(medqual.fr\)](https://www.medqual.fr/medqual/ATBR_Memo_JUILLET2021.pdf)

Plan national antibiorésistance : Les antibiotiques : des médicaments essentiels à préserver - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)

Fiche 15 : Antiépileptiques

Les spécialités concernées

Barbituriques : phénobarbital

Dérivés de l'hydantoïne : phénytoïne, fosphénytoïne

Benzodiazépines : clonazepam, clobazam

Dérivés du carboxamide : **carbamazepine, oxcarbazepine**, rufinamide, eslicarbazepine

Dérivés d'acide gras : **acide valproïque**, vigabatrine, tiagabine

Autres : **lamotrigine, topiramate, gabapentine, levetiracetam**, zonisamide, pregabaline, lacosamide, perampanel, felbamate, ethosuximide

Antiépileptiques les plus couramment utilisés

Principaux enjeux

Le bon usage des antiépileptiques passe par un **respect de la posologie et du rythme** des prises. En effet, diminuer la posologie ou encore sauter ou décaler une prise peut exposer à la survenue d'une nouvelle crise.

Le rôle de l'éducation thérapeutique du patient est primordial.

Points clés

Le choix de l'antiépileptique dépend du type d'épilepsie à traiter. L'efficacité et les effets indésirables d'un antiépileptique peuvent varier d'un patient à l'autre. Les traitements à libération prolongée sont préférentiellement utilisés.

Une épilepsie ne justifie pas systématiquement la prescription d'un traitement de fond.

Chez l'enfant, en l'absence de galénique adaptée et d'études pédiatriques, la prescription d'un antiépileptique est souvent hors AMM.

Effets indésirables

Les antiépileptiques sont souvent à l'origine d'**effets indésirables** de type fatigue, somnolence, variation de poids, dépression, perte de la coordination motrice ou problèmes d'élocution...

Ces effets indésirables peuvent être très gênants au quotidien et le choix d'un traitement **adapté** prend en compte cette dimension du traitement.

Un traitement antiépileptique, aussi efficace soit-il, ne doit pas se faire au détriment de la **qualité de vie** du patient. Toute survenue d'effets indésirables gênants doit être signalée, **ne jamais interrompre ou modifier un traitement antiépileptique sans avis médical**.

Interactions médicamenteuses

Certains antiépileptiques, notamment les plus anciens, peuvent **interagir** avec des nombreux autres médicaments en diminuant leur efficacité ou en augmentant leur toxicité. A l'inverse, de nombreux médicaments sont également susceptibles de déséquilibrer le traitement antiépileptique.

Antiépileptiques **inducteurs enzymatiques** : phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine...

Antiépileptiques **inhibiteurs enzymatiques** : acide valproïque, topiramate, ...

Initiation du traitement antiépileptique :

L'initiation d'un traitement antiépileptique doit se faire sur recommandations d'un neurologue, d'un neuropédiatre ou d'un médecin formé à l'épileptologie.

La stratégie thérapeutique doit être individualisée en fonction des caractéristiques du résident (sexe, âge, etc.), du type de crise, du diagnostic syndromique, des médicaments et thérapeutiques existantes, des comorbidités et du mode de vie.

Le traitement débute habituellement en **monothérapie** dont la dose est progressivement augmentée par **paliers** de 7 à 15 jours jusqu'à la dose minimale efficace la mieux tolérée. Plusieurs essais peuvent être nécessaires avant de trouver la molécule qui aura la meilleure efficacité et la meilleure tolérance.

En cas de non contrôle de l'épilepsie par une monothérapie, une **bithérapie** peut être mise en place.

Tableau 1 Indication des médicaments antiépileptiques en fonction du diagnostic électro-clinique des crises d'épilepsie, du syndrome épileptique, de l'âge et du sexe du patient (établi à partir des avis de la commission de la transparence en avril 2019)

	Monothérapie		Association	
	Crises généralisées	Crises focales	Crises généralisées	Crises focales
Carbamazépine	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance
Clobazam	--	--	> 2 ans	> 2 ans
Clonazepam	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance
Eslicarbazépine	--	> 18 ans	--	> 6 ans*
Ethosuximide	Dès la naissance	--	Dès la naissance	--
Gabapentine	-	> 12 ans	-	> 6 ans
Lacosamide	--	> 4 ans	--	> 4 ans
Lamotrigine	> 13 ans (> 2 ans pour les crises absences)	> 13 ans	> 2 ans	> 2 ans
Lévétiracétam	--	>16 ans	>12 ans	>1 mois
Oxcarbazépine	--	> 6 ans	--	> 6 ans
Perampanel	--	--	> 12 ans	> 12 ans
Phénobarbital	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance
Phénytoïne	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance
Prégabaline	--	--	--	> 18 ans
Topiramate	> 6 ans	> 6 ans	> 2 ans	> 2 ans
Valproate de sodium	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance	Dès la naissance
Vigabatrin	De 1 mois à 7 ans uniquement pour les spasmes	De 1 mois à 7 ans uniquement pour les spasmes		De 1 mois à 7 ans
Zonisamide	--	> 18 ans	--	> 6 ans

* : voir l'AMM du produit

Recommandations HAS du 8 octobre 2020 : Epilepsies : prise en charge des enfants et des adultes

Le suivi de l'épilepsie :

Un **suivi régulier** est nécessaire. La fréquence de ce dernier va dépendre du **contrôle** de l'épilepsie. En cas d'épilepsie bien contrôlée, la consultation spécialisée peut être **semestrielle ou annuelle**.

Surveillance biologique : les dosages sanguins des médicaments ne sont pas recommandés de façon systématique et doivent être réalisés uniquement sur point d'appel clinique.

Que faire en cas d'oubli d'une prise ?

La réussite du traitement antiépileptique dépend très fortement du **respect et de la régularité** des prises. En cas d'oubli d'une dose, il est recommandé de prendre celle-ci dès le constat de l'oubli, à moins que l'on ne soit trop proche de la prise suivante. **Ne jamais doubler la dose.**

Arrêt du traitement

La décision d'arrêter ou de poursuivre un traitement doit être prise par le spécialiste, en accord avec le résident et/ou sa famille, en lien avec le médecin traitant. L'arrêt de traitement doit se faire progressivement, un médicament antiépileptique à la fois.

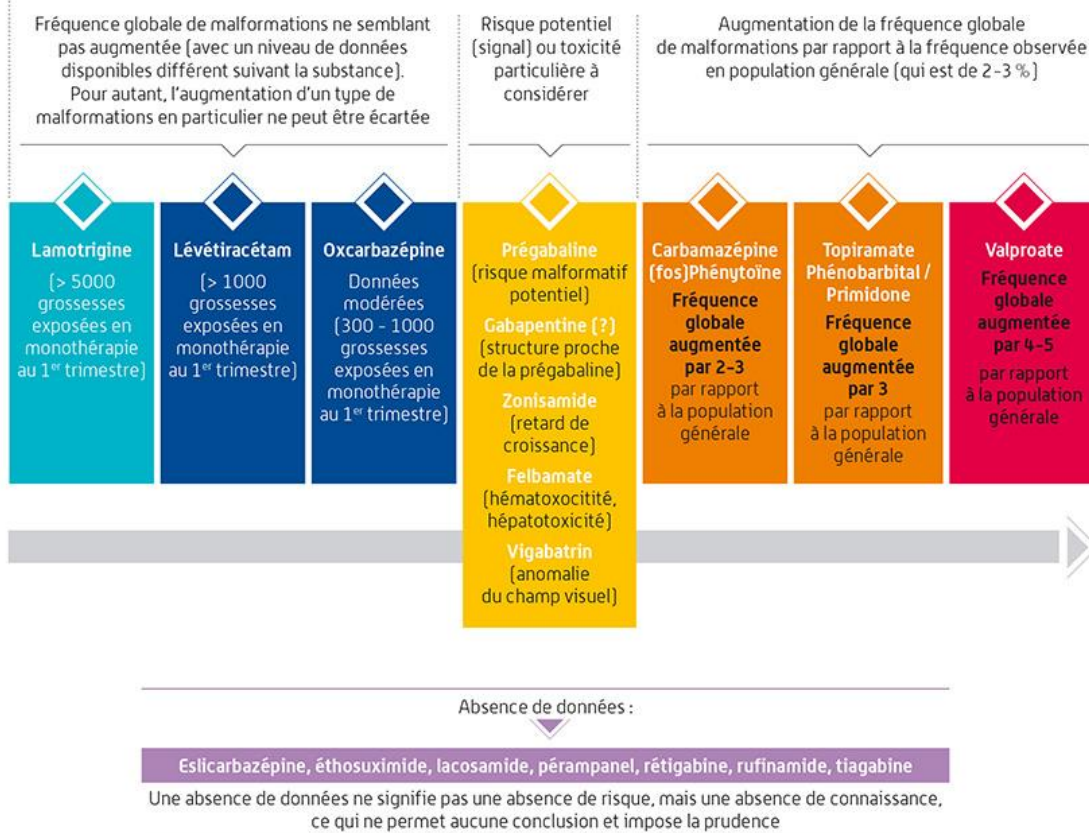
Antiépileptiques et grossesse

Le **valproate de sodium** est contre-indiqué en première intention pour toutes les filles, adolescentes, femmes en âge de procréer sauf en cas d'inefficacité ou d'intolérance des autres traitements indiqués. Dans ce cas, il est nécessaire d'utiliser une contraception efficace.

Les antiépileptiques induisent un risque global de malformations congénitales (traitements tératogènes). La contraception chez la femme ayant une épilepsie traitée doit tenir compte des interactions entre antiépileptiques et contraceptifs. Chez les patientes ayant une épilepsie traitée par un antiépileptique inducteur enzymatique, il est conseillé de privilégier une contraception par dispositif intra-utérin (contraceptif hormonal déconseillé).

Un Programme de Prévention des Grossesses pour les patientes sous Valproate a été mis en place. Il comporte notamment un guide destiné aux professionnels de santé et un feuillet destiné aux pharmaciens. De plus, des documents à visée éducative ont été développés, afin d'accompagner les patientes concernées. L'ensemble de ces documents est disponible sur le site de l'ANSM.

FIGURE 1 :
VUE D'ENSEMBLE SUR LE RISQUE GLOBAL DE MALFORMATIONS⁽²⁾



Dossier thématique ANSM sur « Antiépileptiques et grossesse »

Traitements associés

Il existe un risque de perturbation du métabolisme phosphocalcique et de déminéralisation osseuse en traitement au long cours. Une évaluation des facteurs de risque d'ostéoporose doit être effectuée afin de mettre en place une démarche préventive voire une supplémentation en vitamine D.

Outils

Recommandations HAS du 8 octobre 2020 : Epilepsies : prise en charge des enfants et des adultes
 Dossier ANSM : antiépileptiques et grossesse : Dossier thématique - Antiépileptique et grossesse - ANSM (sante.fr)
 Dossier ANSM : Valproate et dérivés <https://ansm.sante.fr/tableau-marr/valproate-et-derives>

Pour approfondir

Fiche 16 : Prise en charge des crises d'épilepsie par Buccolam

Partie 3 : Recommandations de prise en charge et protocoles

Fiche 16 : Prise en charge des crises d'épilepsies par Buccolam®

Fiche 17 : Prise en charges des troubles psycho-comportementaux

Fiche 18 : Prévention des chutes

Fiche 19 : Prise en charge de la douleur

Fiche 20 : Prise en charge de la constipation

Fiche 21 : Prévention de la dénutrition

Fiche 22 : Prise en charge des troubles de la déglutition

Fiche 23 : Administration des médicaments par GPE

Fiche 16 : Prise en charge des crises d'épilepsie par Buccolam

Principaux enjeux

BUCCOLAM solution buccale en seringue pré remplie pour administration orale (midazolam) est indiqué dans le traitement des crises convulsives aiguës prolongées chez les nourrissons, jeunes enfants, enfants et adolescents (de 3 mois à moins de 18 ans).

Point clés

Présentation et posologie

Couleur étiquette	Tranche d'âge	Dose de midazolam	Volume
Jaune	3 à 6 mois en milieu hospitalier	2.5 mg	0.5 mL
Jaune	>6 mois à 1 an	2.5 mg	0.5 mL
Bleue	1 à <5 ans	5 mg	1 mL
Mauve	5 à <10 ans	7.5 mg	1.5 mL
Orange	10 à <18 ans	10 mg	2 mL

Le midazolam s'administre en **dose unique**. Si la crise convulsive n'a pas cessé dans les 10min suivant l'administration, un service d'urgences médicales doit être appelé **immédiatement** et la seringue vide doit être remise au professionnel de santé afin qu'il soit informé de la dose administrée au patient.

Prescription

Liste I

Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée

Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en neurologie ou en pédiatrie

Renouvellement non restreint

Sauf mention expresse portée sur l'ordonnance, une nouvelle ordonnance ne peut être ni établie, ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance. Une copie de l'ordonnance est conservée pendant **3 ans** par le pharmacien.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux prescriptions exécutées dans les structures approvisionnées par une pharmacie à usage intérieur.

Contre-indications

Hypersensibilité à la substance active et/ou aux benzodiazépines et/ou à l'un des excipients
Myasthénie grave
Insuffisance respiratoire sévère
Syndrome d'apnée du sommeil
Insuffisance hépatique sévère

Mises en garde et précautions

Le Buccolam® doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant une **insuffisance respiratoire chronique** car il peut exacerber une dépression respiratoire.
Une **amnésie rétrograde** peut apparaître après l'administration du Buccolam®.

Réglementation

BUCCOLAM ne doit être utilisé par les parents/accompagnants que lorsqu'un diagnostic d'épilepsie a été fait.

Prise en charge d'un résident épileptique

Pré-requis

- Les résidents à **risque de crises épileptiques** sont **identifiés et connus** du personnel
- Les résidents bénéficiant d'une **prescription de Buccolam®** sont **identifiés et connus** du personnel
- Les seringues de Buccolam® sont **identifiées** au nom du résident
- Il existe un **protocole nominatif** pour chaque résident ayant une prescription de Buccolam®
- Le personnel est formé à la **prise en charge des troubles convulsifs**.

Protocole d'administration



En cas de crise convulsive, laissez le corps de l'enfant bouger librement dans un espace calme et sécurisé. **Prévenez immédiatement l'IDE ou le médecin sur place. En l'absence de l'IDE ou du médecin : sortez l'ordonnance + seringue Buccolam® et contactez le 15 pour avoir l'accord d'administration du Buccolam®.**



Vérifiez l'identité du résident (concordance avec la prescription)
Prenez le tube contenant le Buccolam® et brisez la bague d'invulnérabilité puis sortez la seringue.



Retirez et éliminez le capuchon de la seringue (risque d'étouffement). **NE PAS METTRE D'AIGUILLE**



Protégez la tête de l'enfant en la reposant sur un objet souple ou contre vous.



Tirez la joue de l'enfant. Insérez l'extrémité de la seringue sur le côté de sa bouche, entre la gencive et la joue en inclinant la seringue pour garantir l'insertion à l'intérieur de la cavité buccale.



Appuyez lentement sur le piston de la seringue pour délivrer lentement la dose complète. Chaque seringue contient la dose exacte pour un traitement. Buccolam® doit rester entre la gencive et la joue et le produit ne doit pas ressortir de la bouche. Si nécessaire, administrez la moitié d'un côté de la bouche, et l'autre moitié de l'autre côté.



Conservez la seringue vide dans le tube en plastique pour, si besoin, le montrer à un professionnel de santé afin de savoir quelle dose a été administrée. Notez l'heure d'administration et la durée de crise dans le carnet du patient. Après l'administration ne rien mettre dans la bouche du patient (ni eau ni autres médicaments) afin d'éviter les étouffements.



Installez le patient en position confortable et restez calmement auprès de l'enfant jusqu'à l'arrêt total de la crise. Surveillez-le. Si au bout de 10 minutes l'enfant est toujours en crise, contactez le 15.

Appelez immédiatement un service d'urgence si :

- Vous ne pouvez pas administrer BUCCOLAM[®]
- Vous ne pouvez administrer tout le contenu de la seringue
- La respiration du patient ralentit ou s'arrête
- La crise convulsive n'a pas cessé dans les 10 minutes après administration orale de la seringue de BUCCOLAM[®]

Pour approfondir

Instruction pour les accompagnants sur l'avertissement ANSM lié au risque d'inhalation / ingestion du capuchon de seringues pré-remplies

Information de sécurité - Buccolam : avertissement lié au risque - ANSM (sante.fr)

Fiche 17 : Prise en charge des troubles psycho comportementaux

Principaux enjeux

On distingue 2 grands types de troubles du comportement :

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

Les étiologies de ces troubles psycho-comportementaux sont diverses :

- **pathologies démentielle**s
- **causes somatiques** : confusion, douleur, fièvre, globe urinaire, iatrogénie, cancer, etc ...
- **causes environnementales** : environnement non familial, bruyant, stimulation insuffisante ou excessive, etc...
- **souffrance psychologique** : conflit familial, évènement douloureux ancien ou récent, etc ...

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

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

Points clés

1^{ère} étape: repérer et classer un trouble du comportement

Analyse des troubles et typage :

- où: dans quelle circonstance? Quelle situation?
- quand: facteur déclenchant? Changement récent? à quel moment de la journée? Fréquence ?
- comment: quel est ce trouble? depuis combien de temps ? Retentissement sur la dépendance ? Evolution des troubles?

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

2^{ème} étape : apaiser et rechercher les facteurs favorisants

Prévenir les troubles du comportement :

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

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

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

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

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

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

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

Éliminer une cause médicamenteuse ou iatrogénique :

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

3ème étape : prendre en charge les troubles du comportement

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

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

Privilégier une monothérapie.

L'initiation du traitement est à adapter au cas de chaque résident et il est nécessaire de procéder de façon régulière à une réévaluation des traitements.

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

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

Ne modifier qu'un traitement à la fois.

La (ré)évaluation du rapport bénéfice/risque est indispensable lors de chaque initiation/introduction de psychotropes et régulièrement par la suite.

Troubles du comportement		Stratégies thérapeutiques	Recommandations
Crise avec agitation et agressivité	Nature anxieuse	Benzodiazépines à ½ vie courte per os ou en IM selon la compliance du patient lorazepam (Temesta®) oxazepam (Seresta®) alprazolam (Xanax®)	Démarrer toujours à la dose la plus faible Traitement de courte durée, réévaluation régulière du traitement
	Nature psychotique	Neuroleptiques selon l'intensité du trouble Intensité modérée tiapride (Tiapridal®) Intensité forte olanzapine (Zyprexa®) haloperidol (Haldol®)	
Agitation avec signes psychotiques	Démence	Neuroleptiques atypiques à ½ vie courte risperidone (Risperdal®) olanzapine (Zyprexa®) anticonvulsivant (hors AMM) acide valproïque (Dépamide® ou Micropakine LP®)	olanzapine (Zyprexa®) : moins d'effet extrapyramidaux mais action sédatrice plus importante
	Démence à corps de Lewy	Neuroleptiques mais uniquement clozapine (Leponex®) quietapine (Xeroquel®)	Clozapine (Leponex®) : Surveillance hématologique et carnet de suivi (risque agranulocytose)
Agitation avec irritabilité		Antidépresseurs sans effets anticholinergiques (IRSS) sertraline (Zoloft®) citalopram (Seropram®) escitalopram (Seroplex®) Autres antidépresseurs mirtazine (Norset®) miansérine (Athymil®)	Proscrire les antidépresseurs tricycliques les benzodiazépines à longue ½ vie ainsi que l'hydroxyzine (Atarax®) A proscrire la paroxétine (Derogat®) car risque de survenue d'un syndrome extrapyramidal ainsi que la fluoxétine (Prozac®) car ½ vie très longue
Agitation avec anxiété		Benzodiazépines à ½ vie courte lorazepam (Temesta®) oxazepam (Seresta®) alprazolam (Xanax®) Autres buspirone (Buspar®)	Buspirone (Buspar®) attention au délai d'action prolongé (5 jours à 2 semaines) A éviter les antihistaminiques type hydroxyzine (Atarax®) en raison de leur effet anticholinergique
Agitation nocturne		Antidépresseurs sédatifs mirtazine (Norset®) miansérine (Athymil®) Hypnotiques à durée d'action courte zolpidem (Stilnox®) zopiclone (Imovane®)	Traitement de courte durée (1 à 2 semaines) A réévaluer régulièrement A éviter, les neuroleptiques hypnotiques de type alimemazine (Théralène®)

Outils

Fiche 12 : « Benzodiazépines et apparentés »

Fiche 13 : « Neuroleptiques »

Fiche 18 : Prévention des chutes

Principaux enjeux

Les personnes en situation de handicap ont un risque de chute plus élevé que la population générale.

Les chutes sont prédictives d'une perte d'autonomie.

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

Points clés

Les personnes en situation de handicap chutent principalement **au moment des transferts** (matin et nuit). Il convient de prévenir les conséquences des chutes (port de protection adaptée tel casque, caleçon renforcé,...) pour de nombreux résidents chuteurs à répétition.

L'intervention d'un **kinésithérapeute** et d'un **ergothérapeute** permet de limiter les risques.

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

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

- **polymédication** (> 4 médicaments par jour) avec parfois une automédication ;
- prise de **psychotropes** (incluant les benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques) ;
- prise de **médicaments cardio-vasculaires** (hypotenseurs, diurétiques, digoxine ou antiarythmiques de classe I) ;
- prise de **médicaments hypoglycémifiants** (sulfamides) ;
- présence d'un **trouble de la marche et/ou de l'équilibre** : évaluer à l'aide du test « timed up & go » (ou test de la chaise chronométré : anomalie si ≥ 20 secondes), la station unipodale (anomalie maintien < 5 secondes) ;
- **diminution de la force** et/ou de la **puissance musculaire** des membres inférieurs, **arthrose** des membres inférieurs et/ou du rachis, (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains) ;
- **dénutrition** : évaluer l'état nutritionnel par l'index de masse corporelle ($IMC = \text{poids [kg]} / \text{taille}^2 [\text{m}^2]$, une valeur < 21 étant retenue comme un critère de dénutrition) et en recherchant la notion de perte de poids récente (une perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois indiquant une dénutrition) ;
- **baisse de l'acuité visuelle** et **environnement inadapté** (marches, tapis, rebords,) ;
- **syndrome dépressif** (Mini GDS, GDS-15, GDS-30) ;
- **déclin cognitif**.

Il est recommandé de réaliser les **examens suivants** :

- o **ionogramme sanguin** à la recherche d'une hyponatrémie ou d'une déshydratation extracellulaire
- o **dosage sérique de la Vitamine D (25OHD)**
- o **hémogramme** en cas de signes d'appel d'anémie ;

- ECG en cas de signes d'appel cardiaques (bradycardie, hypotension) ;
- dosage de l'HbA1c chez les personnes diabétiques.

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

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

Noter ces éléments sur la fiche de chute dans les conclusions

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

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

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

- révision de l'ordonnance;
- correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux) ;
- port de chaussures adaptées;
- apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1.5g par jour ;
- correction d'une éventuelle carence en vitamine D ;
- traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée ;
- utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs ;
- pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique.

Fiche 19 : Prise en charge médicamenteuse de la douleur

Principaux enjeux

Les douleurs sont fréquentes chez le sujet en situation de handicap et sont un signal d'alarme utile.

Les personnes en situation de handicap sont particulièrement vulnérables surtout quand leurs capacités de communication sont altérées.

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

- **auto-évaluation** : échelle numérique (EN) ou échelle verbale simple (EVS). Chez l'enfant on peut utiliser également l'échelle des visages ou l'échelle visuelle analogique. L'auto-évaluation peut se révéler difficile voire impossible chez de nombreuses personnes en situation de handicap.
- **hétéro-évaluation** : douleur chronique (DOLOPLUS® ou ECPA), douleur aiguë (ALGOPLUS®). Chez l'enfant on peut utiliser également l'échelle FLACC ou l'échelle EVENDOL.

La douleur doit être **évaluée, traitée dès que possible et tracée**, pour éviter toute perte d'autonomie, tout trouble du comportement (parfois seul élément permettant d'identifier une douleur, ce trouble se calmant par la prise d'antalgique).

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

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

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

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

Points clés

Douleurs nociceptives

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

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

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

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

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

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

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

Douleurs neuropathiques

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

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

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

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

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

Privilégier les traitements locaux avant les traitements généraux.

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

Versatis® (emplâtre de Lidocaïne) pour les douleurs post zostériennes,

Qutenza® uniquement en consultation douleur, traitement pris en hospitalisation de jour, dans les douleurs neuropathiques périphériques.

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

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

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

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

Prégabaline (Lyrica®) : chez le sujet normorénal, démarrer entre 25 et 50 mg par jour, puis augmenter par palier de 25 à 50 mg, tous les 3 à 7 jours si nécessaire et en fonction de la tolérance.

Posologie usuelle : 150-300 mg/j (maxi 600 mg/j) en 2 prises par jour.

Gabapentine (ex. : Neurontin®) : chez le sujet normorénal, démarrer à 300 mg x 2 fois/jour (1er jour), puis à 300 mg x 3 fois/jour (2ème jour)

Augmenter par palier de 100 mg à 300 mg tous les 5 à 7 jours si nécessaire et en fonction de la tolérance. Posologie usuelle : 1200 mg/j (maxi 3600 mg/j).

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

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

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

Amitriptyline (Laroxyl®) : 5 à 10 mg par jour pendant 1 semaine, le soir au coucher

Augmenter par palier de 3 à 5 mg tous les 3 à 5 jours selon tolérance (1 goutte = 1 mg)

Rechercher la dose minimale efficace

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

Clomipramine (Anafranil®): palier de 10 mg par semaine en mono prise,

25-75 mg/j, dose maximale jusqu'à l'obtention d'une efficacité antalgique suffisante et selon la tolérance (max : 75 mg/j)

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

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

>>> Attention en cas d'association aux IRs, IRsNa, antidépresseurs tricycliques : risque de «syndrome sérotoninergique» (nausées, diarrhée, agitation, troubles du comportement, hallucinations, tremblements, rigidité musculaire, myoclonies, tachycardie, hyperthermie).

Titration progressive

Outils

Fiche 11 : « Opiacés forts »

Fiche 20 : « Prise en charge de la constipation »

Document du Réseau Régional Douleur de Normandie

Livret « Douleur et soin de la personne en situation de handicap » du RSVA et RRD

Pour approfondir

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

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

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

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

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

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques ou repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation nocturne)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

COPYRIGHT

Échelle DOLOPLUS®

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

Chaque item est coté de 0 à 3 [cotation à 4 niveaux]. L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. En cas d'item inadapté (ex item 7 pour un malade grabataire en position fœtale), il faut coter 0.

La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile.

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

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

LEXIQUE

PLAINTES SOMATIQUES

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

POSITIONS ANTALGIQUES

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

PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES

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

MIMIQUE

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

SOLLICITATION

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

TOILETTE / HABILLAGE

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

MOUVEMENTS

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

COMMUNICATION

Verbale ou non verbale.

VIE SOCIALE

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

TROUBLES DU COMPORTEMENT

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

CONSEILS D'UTILISATION

1. L'UTILISATION NÉCESSITE UN APPRENTISSAGE

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

2. COTER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE PRÉFÉRENCE

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence.

à domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier "soins" ou le "cahier de liaison".

3. NE RIEN COTER EN CAS D'ITEM INADAPTÉ

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

4. LES COMPORTEMENTS PASSIFS

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

5. LA COTATION D'UN ITEM ISOLÉ

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

6. NE PAS COMPARER LES SCORES DE PATIENTS DIFFÉRENTS

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

7. ÉTABLIR UNE CINÉTIQUE DES SCORES

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

8. EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À FAIRE UN TEST THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE ADAPTÉ

On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade ; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

9. L'ÉCHELLE COTE LA DOULEUR, ET NON LA DÉPRESSION, LA DÉPENDANCE OU LES FONCTIONS COGNITIVES

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

10. NE PAS RECOURIR SYSTÉMATIQUEMENT À L'ÉCHELLE DOLOPLUS®

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.

**ÉVALUATION COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

Échelle ECPA®

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

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

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

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

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

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

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

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

4/ RELATION À AUTRUI

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

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

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

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

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

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

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

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

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

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

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

SCORE

Échelle ECPA®

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

L'échelle comprend **8 items** avec 5 modalités de réponses **cotées de 0 à 4**.

Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item.
Le score total varie donc de **0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale)**.

CONSEILS D'UTILISATION

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

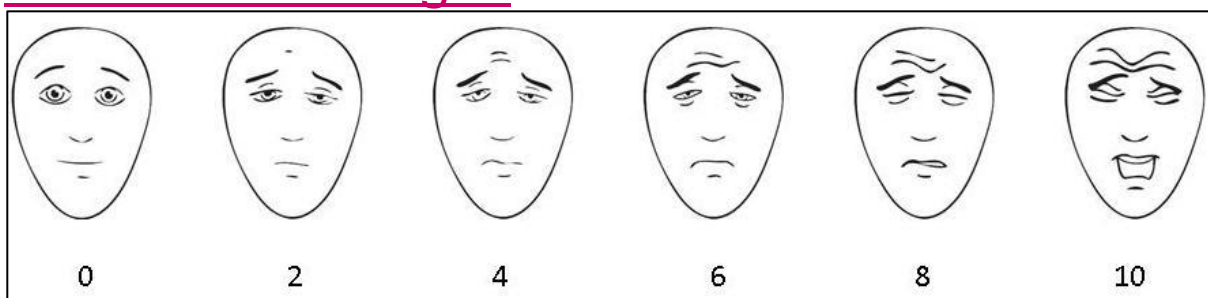
Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée.

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

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

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

Echelle des visages



Fiche 20 : Prise en charge de la constipation

Principaux enjeux

La **constipation** est définie par la présence de:

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

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

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

Les complications de la constipation sont nombreuses : douleur, syndrome confusionnel, maladies hémorroïdaires, fissure anale, prolapsus rectal, incontinence anale, occlusion intestinale (nécessitant une hospitalisation), ulcération rectale, changement de comportement etc ...

La constipation est un symptôme fréquent qui peut **retentir sur la qualité de vie de la personne en situation de handicap**.

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

Points clés

Facteurs favorisants :

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

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

Stratégie thérapeutique :

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

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

Mesures hygiéniques :

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

Mesures diététiques :

- apports hydriques suffisants; favoriser les eaux riches en magnésium, éviter les boissons gazeuses et sucrées.
- apports suffisants de fibres (fruits, jus de fruits, pruneaux, supplémentation en fibres, légumes verts, pain complet).
- Eviter certains aliments pouvant favoriser un ralentissement de transit : riz blanc, carottes cuites...

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

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

Fréquence des selles	Conduite à tenir
1-2 jour sans selles	Mesures hygiéno-diététiques
2-3 jours sans selles	Débuter un traitement par laxatif en fonction du type de constipation
Fécalome	Evacuation impérative par lavements +/- extraction manuelle Prévention systématique de la récurrence par laxatifs par voie rectale (tous les 7 à 10 jours) avec surveillance

Attention : La fréquence des selles est variable d'une personne à l'autre. Le type de selles selon l'échelle de Bristol est important à prendre en compte.

Cas particulier de la constipation sous traitement par dérivés morphiniques :

Toute prescription d'un traitement par dérivé morphinique doit s'accompagner d'un traitement par laxatif osmotique ou stimulant adapté au transit.

Les mesures hygiéno-diététiques doivent être renforcées.

Fiche 21 : Prise en charge de la dénutrition

Principaux enjeux

La dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance et favorise la survenue de comorbidités (infection, escarres, chutes en particulier).

La dénutrition **augmente le risque d'iatrogénie médicamenteuse** :

- un résident dénutri, donc fragilisé, est plus facilement exposé aux effets indésirables médicamenteux ;
- l'albumine fixe de nombreux médicaments qui une fois fixés sont inactifs. En cas d'hypoalbuminémie, la liaison des médicaments à l'albumine est moins importante. La forme active de ces médicaments est donc plus importante, pouvant entraîner un surdosage (ex : AVK).

Points clés

Diagnostic de la dénutrition chez l'adulte (≥ 18 ans et < 70 ans), selon la HAS :

Le diagnostic de dénutrition nécessite la présence d'au moins :

1 critère phénotypique et 1 critère étiologique.

Ce diagnostic est un préalable obligatoire avant de juger de sa sévérité. Il repose exclusivement sur des critères non biologiques.

- Critères phénotypiques :
 - Perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois ou ≥ 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
 - IMC < 18,5 kg/m²
 - Réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires ;
- Critères étiologiques :
 - réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
 - à la consommation alimentaire habituelle quantifiée,
 - ou aux besoins protéino-énergétiques estimés ;
 - absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
 - situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :
 - pathologie aiguë ou
 - pathologie chronique évolutive ou
 - pathologie maligne évolutive.

L'albuminémie doit être interprétée en fonction de l'état **hydro électrolytique et inflammatoire du patient**.

L'état d'hydratation influe sur ce paramètre biologique : la déshydratation donnera une fausse hyperalbuminémie.

L'IMC est parfois difficile à suivre en FAM/MAS/EEAP, avec une mesure de la taille **qui peut être difficile** : préférer dans ce cas le suivi du poids et de l'albuminémie.

Plus la prise en charge de la dénutrition est précoce, plus elle est efficace.

Il faut distinguer :

- la **dénutrition endogène ou le syndrome d'hypercatabolisme** : secondaire aux pathologies infectieuses, de destruction tissulaire (hypermétabolisme phagocytaire), de la cicatrisation et de la réparation tissulaire en cas d'escarres ou des fractures, dans ce cas de figure la CRP sera élevée ;
- la **dénutrition exogène** : liée à une diminution des apports alimentaires, la CRP est alors normale ;
- la **dénutrition mixte** : endo et exogène.

Prévoir au sein de la structure :

La formation de l'ensemble du personnel sur la dénutrition est fondamentale, pour créer une véritable politique d'établissement, afin de faciliter :

- la coordination des interventions des acteurs (choix de matériel adapté, comme les antidérapants au bord de l'assiette, rotation des menus adaptés aux envies du résident, en articulation avec le projet de vie des résidents, menus validé en commission avec les usagers, vigilance sur la qualité des textures etc.) ;
- la circulation de l'information entre ces acteurs.

Qualité du repas :

- favoriser un environnement agréable pour les repas ;
- aider la personne à mieux manger : respect des habitudes régionales alimentaires, surveillance de sa consommation, stimulation, laisser du temps, faire boire... ;
- repérer les difficultés à manger : difficultés motrices, cognitives, problèmes buccodentaires, difficultés de déglutition, ... ;
- éviter les multi sources d'animation pendant le repas, pour focaliser le résident sur son plat ;
- adapter la texture des aliments en fonction de l'état médical du résident, prévoir des menus de substitution si un des résidents « n'aime pas », ou change d'avis ;
- assurer une posture confortable et ergonomique (matériel ergonomique et d'installation au repas) : bénéfique pour limiter les risques de fausse route et favoriser l'autonomie.

Maintenir un rythme alimentaire quotidien de 3 repas + un goûter. Il est recommandé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée.

Il est recommandé de retarder l'heure du repas du soir, prévoir la possibilité de collation dans la nuit en cas de réveil précoce, sensation de faim, troubles du comportement...

Rechercher les autres facteurs influençant la prise alimentaire :

- présence d'une pathologie anorexigène (infection, cancer, insuffisance cardiaque, dépression, troubles cognitifs/démence...);
- l'activité physique, l'hydratation ;
- les traitements (polymédication, traitements entraînant une sécheresse de la bouche, une anorexie, des

troubles digestifs, ...);

- les régimes restrictifs (sans sel, diabétique, ...).

Surveiller les apports alimentaires de chaque résident.

Repérer et signaler tout changement de comportement alimentaire d'un résident.

Quels outils ?

Relever le poids, une fois par mois (et plus fréquemment si besoin).

Analyser la courbe de poids (discussion au cours d'un staff...)

Prise en charge de la dénutrition :

Assurer des apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j et des apports protéiques de 1,2 à 1,5 g/kg/j au minimum en cas d'absence de dénutrition. En cas de dénutrition modérée par hypercatabolisme ou si le résident ne termine pas ses repas, augmenter l'apport protéique de 1,5g/Kg/j à 1,8g/Kg/j :

>>> *enrichir l'alimentation : en ajoutant des produits riches en protéines et/ou en énergie adaptés au goût du patient (poudre de lait, gruyère râpé, œufs, crème fraîche...),*

En cas d'échec d'une alimentation enrichie naturelle bien conduite et coordonnée, ou en cas de dénutrition sévère d'emblée : recourir à des compléments nutritionnels oraux (CNO) en collation ou pendant les repas : soit des aliments fabriqués par les prestataires de restauration, soit des produits commerciaux.

Surveiller l'efficacité de la prise en charge de la dénutrition :

- réévaluation du poids et du statut nutritionnel ;
- estimation des apports alimentaires spontanés ;
- cahier de prises alimentaires : la surveillance des apports doit être faite : pendant 3 à 7 jours pour les « entrants » (nouveau résident) et après tout événement aigu (ex : hospitalisation) ;
- adaptation de la démarche thérapeutique à l'état clinique du résident et à l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) : faire un bilan régulier.

Quand la nutrition entérale est-elle indiquée?

- elle est réservée aux formes sévères de dénutrition ou de troubles sévères de la déglutition et en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle orale ;
- elle nécessite l'accord du malade et une hospitalisation ;
- elle nécessite une réflexion collégiale pluridisciplinaire et avec les proches lorsque la personne ne peut donner son consentement ;
- la nutrition entérale n'apporte aucun bénéfice au stade de démence sévère en fin de vie.

Pour approfondir

Ministère de la Santé : Deuxième Programme National Nutrition Santé (PNNS) - 2006- 2010.

Institut National de Prévention et d'Education pour le Santé (INPES).

Guide Nutrition à partir de 55 ans.

Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et des Services sociaux et Médicosociaux (ANESM)
Recommandation / Février 2009 : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médicosocial (Alimentation et repas P. 20 et 21).

Fiche 22 : Prise en charge des troubles de la déglutition

Principaux enjeux

Les troubles de la déglutition se rencontrent fréquemment chez les personnes en situation de handicap.

Les troubles de la déglutition peuvent entraîner des **complications infectieuses** (infections broncho-pulmonaires, pneumopathies d'inhalation) et **nutritionnelles** (dénutrition, déshydratation) souvent responsables d'une **altération de la qualité de vie** et d'une **augmentation de la morbi-mortalité**.

La prise en charge des troubles de la déglutition nécessite une **équipe pluridisciplinaire** (médecin, infirmier, aide-soignant, pharmacien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, orthophoniste, etc ...) pour pouvoir les détecter et proposer des mesures thérapeutiques adaptées.

Points clés

Symptômes et étiologies :

Les **symptômes des troubles de la déglutition** apparaissent généralement dans un contexte pathologique. Les symptômes les plus rencontrés sont :

- perte de poids, altération de l'état général ;
- modification du régime alimentaire, allongement de la durée des repas ;
- toux chroniques, encombrement bronchique, pneumopathie ;
- difficulté à avaler sa salive, difficulté à déglutir, régurgitation des aliments ou de salive par la bouche ou le nez.

Les **étiologies des troubles de la déglutition** sont très variées mais on retrouve principalement en cause :

- pathologies infectieuses (mycoses, œsophagites, mucites, etc ...) ;
- anomalies structurelles (tumeurs des voies aéro-digestives, édentation, etc ...) ;
- pathologies neurologiques (AVC, maladie dégénérative, démence, etc ...) ;
- pathologies métaboliques (diabète, hyperthyroïdie, etc ...)
- pathologies musculaires ;
- médicaments (psychotropes).

Dépister les troubles de la déglutition :

La **recherche systématique de difficultés de déglutition, même en l'absence de plainte, est recommandée**.

Le dépistage médical est orienté par l'observation des professionnels et repose sur une évaluation de l'état respiratoire, la recherche de problèmes neurologiques et buccodentaires ainsi que la recherche d'une iatrogénie.

Le V-VST (« Volume-Viscosity Swallow Test ») est à l'heure actuelle, le seul outil de dépistage spécifique validé.

Prendre en charge les troubles de la déglutition :

Adapter les conditions de repas :

- installation adaptée à la prise alimentaire (patient assis, hanches fléchies, tête dans l'axe du cou légèrement penchée vers le torse, pieds au sol) ;
- respect d'un rythme d'alimentation lent (environ 30 minutes pour le petit-déjeuner, 60 minutes pour le déjeuner et 45 minutes pour le dîner) ;
- fractionnement des prises alimentaires et hydriques ;

- maintien d'une hygiène bucco-dentaire optimale.

Adapter alimentation :

- assurer les apports énergétiques protéiques et hydriques optimaux malgré la restriction ;
- en cas de troubles de la déglutition, certains aliments sont à privilégier :
 - aliments correspondant au goût du patient
 - aliments « humides » (plats en sauce, crème, etc...)
 - aliments faciles à mastiquer (purée, viande hachée, flan, compote ; etc...)
 - aliments stimulant la sensibilité buccale (aliments salés, épicés, poivrés, acides, etc...)
 - boisson pétillante
- lorsque la mastication devient difficile, la texture des aliments doit être modifiée : texture mixée-lisse, texture hachée mouluée, boisson épaisse ;
- adapter les températures des plats et des boissons : privilégier des températures froides ou chaudes plutôt que tièdes.

Adapter la galénique des médicaments aux troubles de la déglutition :

Tout comprimé n'est pas écrasable : l'écrasement peut altérer l'efficacité des médicaments (risque de sur-sous-dosage, modification de l'absorption) et exposer à des risques de toxicité.

En cas de trouble de la déglutition :

- limiter la prescription aux médicaments indispensables ;
- chercher des alternatives galéniques (solution buvable, comprimé orodispersible, forme sublinguale) ou des alternatives thérapeutiques ;
- identifier le motif de l'écrasement et le renseigner sur la prescription. Ne pas oublier de prescrire l'acte d'écrasement des médicaments.

En cas de nécessité d'écrasement des médicaments, toujours vérifier que cela est possible. En cas de doute, contacter la pharmacie.

Bonnes pratiques d'administration :

- Respecter les règles d'hygiène des mains: lavage des mains ou friction avec un produit hydro alcoolique avant et après manipulation, nettoyage du matériel utilisé pour écraser entre chaque utilisation ou utilisation d'un contenu à usage unique.
- Préférer un broyeur avec des sachets à usage unique.
- Ne jamais broyer les médicaments cytotoxiques.
- Mettre des gants et un masque dans la mesure du possible (risque d'inhalation du produit).
- L'administration après ouverture des gélules ou broyage des comprimés doit toujours se faire immédiatement pour éviter toute altération du principe actif (les principes peuvent être instables à l'air, à l'humidité ou à la lumière). Sinon refaire la préparation.
- Écraser les comprimés le plus finement possible.
- Éviter de mélanger les médicaments entre eux à cause du risque d'interaction. Administrer les médicaments un à un.
- Éviter d'utiliser un récipient intermédiaire entre l'écrasement et le transfert dans la substance-véhicule. Sinon, en utiliser un sans relief, avec le nom du patient et du médicament.
- Utiliser un véhicule pour l'administration des médicaments le plus neutre possible. Ne pas utiliser de véhicule huileux pour l'administration des médicaments broyés, qui de plus sont contre-indiqués en cas de trouble de la déglutition.

- Pour l'administration par sonde: penser à rincer la sonde avant le début de l'administration et après le passage de chaque médicament. Vérifier que la granulométrie du comprimé écrasé est compatible avec le type de sonde (nasogastrique/GPE/jéjunale).
- Respecter les horaires d'administration par rapport aux repas.



Il peut y avoir des troubles de la déglutition aux solides liés à des troubles de la mastication ou de la motricité de la langue, qui n'impactent pas la déglutition aux liquides. D'où l'importance de faire un test de la déglutition complet.

Outils

Fiche 6 : « Administration des médicaments en FAM/MAS/EEAP »

Fiche 23 : « Administration des médicaments par GPE »

Liste préférentielle des médicaments en EHPAD de l'OMÉDIT Normandie

Pour approfondir

Liste nationale sur les médicaments per os concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules de la Société Française de Pharmacie Clinique

Guide de sécurisation de l'administration des médicaments de l'HAS, mai 2013

Fiche 23 : Sondes de nutrition entérale

Sondes naso-gastriques ou sondes « gastriques »

Définition

Ce type de sondes est généralement utilisé lorsque la nutrition entérale est nécessaire pour une période de courte durée (4-6 semaines).

Elle est introduite par le nez, passe ensuite dans l'œsophage, puis descend jusque dans l'estomac. La pose de cette sonde ne nécessite pas d'opération.

Acteurs de la sonde naso-gastrique

Pose d'une sonde naso-gastrique

L'article R4311-7 du CSP précise les actes que l'infirmier est habilité à pratiquer, en application d'une prescription médicale ou d'une prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée.

Au point numéro 14, est cité l'acte suivant « *Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique* ».

Les infirmiers sont habilités à poser une sonde naso-gastrique

Administration de l'alimentation par sonde gastrique et changement de sonde d'alimentation gastrique/rinçage et débranchement :

L'article R.4311-5 du CSP liste les actes et soins relevant du rôle propre de l'infirmier, que peut réaliser l'aide-soignant **dans la limite de ses compétences** et à l'initiative de l'infirmier.

L'article R.4311-5 cite au point numéro 7, l'acte suivant « *Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R.4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique* »

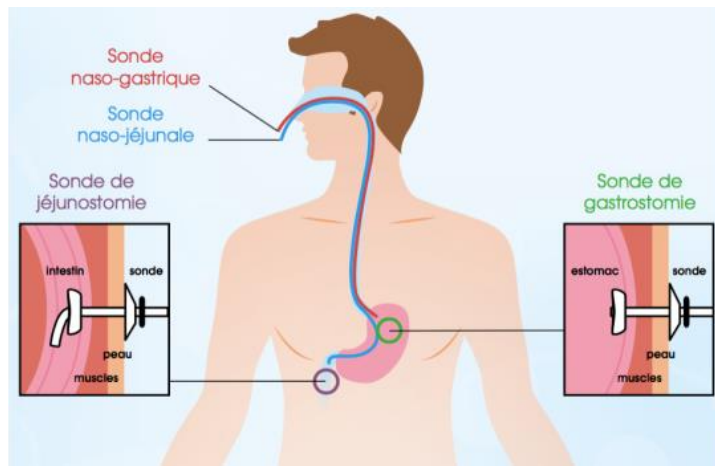
Néanmoins, l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux précise, en page 25 sous la mention « *Réalisation des soins liés aux dispositifs médicaux ou d'appareillage* », « **Surveillance de l'alimentation par sonde** » .

Les aide-soignants ne peuvent donc pas administrer l'alimentation par sonde gastrique, changer une sonde d'alimentation gastrique ou encore procéder au rinçage et au débranchement de la sonde naso-gastrique

Sondes de gastrostomie

Définition

La gastrostomie percutanée par voie endoscopique (GPE) est une méthode permettant la nutrition entérale et l'administration des médicaments chez les personnes atteintes de problèmes neurologiques (diminution du réflexe de déglutition, paralysie, coma), physiques (pathologies tumorales de la sphère ORL, traumatisme facial) ou de dénutrition (cachexie lors d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, mucoviscidose).



Acteurs de la GPE

Personnes concernées : Médecins, Pharmaciens, Cadre de Santé, IDE

Pose et changement de la sonde de la sonde de gastrostomie

L'article R4311-7 du CSP (actes que l'IDE est habilité à pratiquer en application d'une prescription médicale) précise au point numéro 14 : « Pose de sonde gastrique en vue du tubage, d'aspiration, de lavage, ou d'alimentation gastrique »

Cet article ne vise pas la pose de sonde de gastrostomie, qui est un **acte médical**.
Les IDE ne peuvent pas poser/changer une sonde GPE

L'arrachement d'une sonde constitue une situation d'urgence. L'orifice cutané risque de se refermer rapidement.
→ Appel du médecin coordonnateur ou transfert aux urgences pour changement de la sonde.

Rinçage, débranchement, alimentation entérale et administration des médicaments

L'article R4311-7 du CSP précise les actes que l'infirmier est habilité à pratiquer, **en application d'une prescription médicale** ou d'une prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée.

Au point numéro 19, est cité l'acte suivant : « **Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie** ».

Le rinçage, le débranchement, l'alimentation entérale et l'administration des médicaments par sonde GPE relèvent du rôle prescrit de l'IDE.

Les aides-soignants ne peuvent pas procéder au rinçage, au débranchement, à l'alimentation entérale, et à l'administration de médicaments par sonde GPE

Protocole d'administration des médicaments par sonde GPE

Le médecin :

Evalue les besoins du patient et prescrit le protocole d'alimentation (quantité journalière de poches nutritives, qualité du produit, hydratation)

Assure le suivi médical et adapte la prescription en fonction de la tolérance du patient

Prescrit également les médicaments en tenant compte de la stabilité et de la toxicité des principes actifs et de la galénique de la spécialité

Le pharmacien :

S'assure de la stabilité des principes actifs suivant la forme galénique choisie pour l'administration des médicaments par sonde

L'IDE :

Est responsable de l'alimentation entérale (=acte infirmier)

Assure les soins et la surveillance des patients

Administre les médicaments et en surveille les effets

Participe à l'éducation du patient et de son entourage

Encadre le professionnel de terrain

Intervient en cas de problème au moment du soin

Pré-requis

Pour chaque patient, un plan d'alimentation est établi conformément à la prescription médicale et affiché sur le lieu de vie.

L'administration des médicaments par sonde GPE n'est réalisée que par un IDE.

Schéma d'administration des médicaments

Stopper la nutrition entérale et rincer la tubulure avec 20 - 30 mL d'eau

Médicament à prendre à jeun strict: attendre au moins 30 minutes après l'arrêt de la nutrition

Médicament liquide

- Diluer (min 1:1)
- Bien agiter (suspension)

Comprimés effervescents/ oro-dispersibles

- Dissoudre dans 10-15 mL d'eau
- Remuer afin d'enlever le gaz carbonique

Comprimés

- Mettre des gants (éventuel. un masque)
- Ecraser dans un écrase comprimé propre
- Prélever avec 10-15 mL d'eau dans une seringue Baxa
- Ecrase comprimé propre.

Capsules

- Mettre des gants (éventuel. un masque)
- Récupérer la totalité de la poudre à l'intérieur et mettre dans un gobelet
- Prélever avec 10-15 mL d'eau

Administer en bolus

Administer chaque médicament seul (afin d'éviter les incompatibilités)

Prendre une seringue neuve par patient. Rincer la seringue après chaque médicament.

Rincer la tubulure avec 10 – 15 mL d'eau entre chaque médicament

**Après l'administration du dernier médicament:
Rincer la tubulure avec 20 - 30 mL d'eau**

Médicament à prendre à jeun strict: attendre au moins 30 minutes avant la reprise de la nutrition

Reprendre l'alimentation

Remerciements :

Abraham Frédéric; Aroux Marine; Barthelemy Fabrice; Benard Eulalie; Benoist Olivier; Berhe Anais; Bertrand Eric ; Boucherie Quentin; Bouglé Céline; Boulay Charlène; Bouvet Cécile; Burtin Sylviane; Carion Agnès; Catherine Mme; Chapdelaine Jacqueline; Cherel Albane ; Chesnais Blandine; Claverie Véronique; Decosse Lhoir Anne-Sophie; Delacourt Geneviève; Delbende Eulalie; Delorme Claire; Diop Salla; Dubois Anne Sophie; Emin Virvinie; Faure Pauline; Frago Elodie; Juteau Stéphanie; Leclercq Veronique; Lecoq Mr; Lecryt Gérard; Lefebvre Caussin; Lefrançois Sylvie; Lemaistre Astride; Lenoir Sylvie; Leroux Audrey; Loquin Cécile; Magnan Cyril; Mangeot R; Michaux Noémie; Moru Stéphane; Nedelec Françoise; Nobis Karine; Odinet Raulin Emmanuelle; Plaetvoet Noémie; Plessis Valentin; Pyck Sébastien; Rousselet Johanna; Sinodinos Anne Marie; Thouroude Patricia; Vienne Monique ; Waterlot Patrick



OMÉDIT Normandie

ARS Normandie

Esplanade Claude Monet
2 place Jean Nouzille
CS 55035
14050 Caen Cedex 4

www.omedit-normandie.fr

www.normandie.ars.sante.fr

