

URGENCES EN EHPAD

DOTATIONS EN PRODUITS DE SANTE



RECOMMANDATIONS RÉGIONALES CENTRE-VAL DE LOIRE

1ère édition
2025



La **dotation d'urgence vitale** (souvent nommée « chariot d'urgence ») permet d'assurer le traitement des défaillances vitales en attendant les secours et le transfert vers un service de soins adapté.

La **dotation d'urgence relative** vise à permettre une prise en charge rapide des résidents sur avis médical, en attendant une consultation médicale approfondie et ainsi à réduire les passages aux urgences et/ou hospitalisations.

*NB : **Dotation d'urgence** = liste qualitative et quantitative des produits de santé permettant de faire face aux besoins urgents.*

SOMMAIRE

| | |
|---|--------|
| SOMMAIRE | - 5 - |
| PREAMBULE | - 6 - |
| OBJECTIFS ET CONDUITES A TENIR | - 8 - |
| DEFINITIONS : URGENCES ET DOTATIONS D'URGENCE EN EHPAD..... | - 10 - |
| LA DOTATION D'URGENCE VITALE : CONTENU COMMUN | - 12 - |
| MÉDICAMENTS – URGENCE VITALE | - 12 - |
| DISPOSITIFS MEDICAUX ET CONSOMMABLES – URGENCE VITALE..... | - 13 - |
| EQUIPEMENT – URGENCE VITALE | - 16 - |
| LA DOTATION D'URGENCE RELATIVE : CONTENU COMMUN | - 17 - |
| MEDICAMENTS – URGENCE RELATIVE | - 17 - |
| DISPOSITIFS MEDICAUX ET CONSOMMABLES – URGENCE RELATIVE | - 19 - |
| EQUIPEMENT – URGENCE RELATIVE | - 21 - |
| ENTRETIEN ET VÉRIFICATION DES DOTATIONS D'URGENCES..... | - 22 - |
| DOTATION POUR CHARIOT OU TROSSE POUR LES URGENCES VITALES..... | - 22 - |
| DOTATION POUR LES SOINS PRESCRITS EN URGENCE RELATIVE..... | - 22 - |
| SYSTÈME D'ASPIRATION | - 24 - |
| BOUTEILLE D'OXYGENE | - 24 - |
| DEFIBRILLATEUR : PROCEDURE MENSUELLE DE CONTROLE | - 25 - |
| DEFIBRILLATEUR AUTOMATISE EXTERNE (DAE)..... | - 26 - |
| EXEMPLE - FICHE D'UTILISATION DU DEFIBRILLATEUR AUTOMATISE EXTERNE (DAE)..... | - 27 - |
| REAPPROVISIONNEMENT APRES UTILISATION DE LA DOTATION D'URGENCE (VITALE OU RELATIVE) | - 28 - |
| GESTION DES PERIMES..... | - 28 - |
| AUDIT DE PRATIQUES DE LA TROSSE D'URGENCE VITALE EN EHPAD | - 29 - |
| PROCÉDURE D'ALERTE EN CAS D'URGENCE | - 31 - |
| CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE..... | - 32 - |
| LES PREMIERS GESTES D'URGENCE | - 34 - |
| CADRE DE REFERENCE REGLEMENTAIRE..... | - 39 - |
| RESPONSABILITES ET COMPETENCES DU PERSONNEL D'EHPAD EN SITUATION D'URGENCE | - 40 - |
| TEXTES DE LOI SUR LE ROLE DU MEDECIN (COORDONNATEUR ET/OU PRESCRIPTEUR) | - 42 - |
| TEXTES DE LOI SUR LE ROLE DE L'IDE | - 42 - |
| UTILISATION DU DAE..... | - 44 - |
| REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE..... | - 45 - |
| ANNEXES : QUELQUES OUTILS DE BON USAGE ET DE BONNES PRATIQUES SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE D'URGENCE EN EHPAD | - 49 - |
| GESTION D'UNE SITUATION D'URGENCE | - 50 - |
| FICHE DE BON USAGE : MIDAZOLAM INJECTABLE POUR SEDATION EN SOINS PALLIATIFS | - 51 - |
| PROTOCOLE THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUX INFIRMIER : NALOXONE INJECTABLE SURDOSAGE AUX MORPHINIQUES – ADULTE | - 52 - |
| INF'OMEDIT – MEDICAMENTS EN EHPAD | - 53 - |
| PROTOCOLE EN CAS DE SURDOSAGE AUX AVK – RISQUE HEMORRAGIQUE | - 55 - |
| LES ANTICOAGULANTS A INDICER SYSTEMATIQUEMENT AU 15..... | - 56 - |
| CHECKLIST DE TRANSMISSION | - 56 - |
| PROTOCOLE EN CAS DE CHOC ANAPHYLACTIQUE..... | - 57 - |
| FLYER AIDE A LA PRISE | - 58 - |
| PLANNING PREVISIONNEL DE VERIFICATION DE LA TROSSE D'URGENCE VITALE ET DU DEFIBRILLATEUR | - 60 - |
| FEUILLE DE TRACABILITE MENSUELLE DE VERIFICATION EFFECTIVE | - 61 - |
| PLANNING PREVISIONNEL DE VERIFICATION DE LA DOTATION D'URGENCE RELATIVE | - 62 - |
| UTILISATION DU MATERIEL DE LA TROSSE D'URGENCE ET DU DEFIBRILLATEUR | - 63 - |
| PROCEDURE DE TRAÇABILITE APRES UTILISATION DU DEFIBRILLATEUR AUTOMATISE EXTERNE | - 64 - |
| VERIFICATION MENSUELLE GENERALE DOTATION D'URGENCE | - 65 - |
| DOTATIONS D'ANTIDOTES D'UTILISATION SPECIFIQUE ET RARE : OÙ LES TROUVER EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE ? | - 67 - |
| MODELE TYPE DE CONVENTION ESSMS/EHPAD ET PHARMACIEN D'OFFICINE | - 68 - |
| BIBLIOGRAPHIE ET RESSOURCES DOCUMENTAIRES | - 69 - |
| GLOSSAIRE ET CODE COULEUR | - 70 - |
| REMERCIEMENTS ET SOUTIENS | - 72 - |

PREAMBULE

Ce guide contient des recommandations régionales sur le contenu nécessaire et suffisant pour prendre en charge les urgences relatives et vitales en EHPAD. Il met également à disposition des professionnels des outils complémentaires d'intérêt (procédures, ressources, modèles d'audit...), afin d'optimiser ces prises en charge. Il a été rédigé à partir d'une recherche bibliographique disponible sur des situations d'urgence en EHPAD, du retour de terrain et le partage de procédures existantes des membres contributeurs du groupe de travail régional.

Ce travail émane d'un constat régional au travers d'une enquête sur la prise en charge médicamenteuse à laquelle 160 EHPAD volontaires en région ont répondu en 2022, complétée en 2023 par un questionnaire spécifique.

Des risques prioritaires à cibler sur le circuit des médicaments d'urgence ont été identifiés lors de cette enquête:

1. des dotations avec des contenus inadaptés ou non définis,
2. des absences de contrôles des trousseaux d'urgences,
3. des problèmes spécifiques de prise en charge liés au personnel présent selon le moment de la journée ou de la semaine,
4. des vacances de postes (médecins coordonnateurs, IDEC, IDE, etc.)
5. une absence ou méconnaissance des procédures d'utilisation et de suivi...

Parallèlement est apparue la nécessité d'avoir une liste de médicaments pour besoins urgents (urgences vitales et relatives) commune aux EHPAD et connue des **SAMU et hotlines** gériatriques en région.

Ce travail a été élaboré par le **groupe de travail régional (GTR) « Dotations d'urgence en EHPAD »** qui s'est réuni en 2023 et 2024. Ce GTR coordonné par l'OMéDIT Centre-Val de Loire, était ouvert à tous les professionnels de la région exerçant en EHPAD et/ou impliqués dans le parcours du résident en situation d'urgence (HAD, URPS, SAMU, DAC, ERVMA, ARS...).

Il a été soumis à relecture à une centaine de professionnels de terrain concernés par tout ou une partie du sujet : professionnels exerçant en EHPAD, à l'ARS Centre-Val de Loire, experts des commissions techniques régionales de l'OMéDIT.

Il a été validé par la commission régionale de l'OMéDIT « Gériatrie et Gérontologie » et mis à disposition en libre accès sur le site de l'OMéDIT (www.omedit-centre.fr) pour l'ensemble des EHPAD et professionnels impliqués dans ce parcours de soins.

Il a pour but d'améliorer la prise en charge des urgences médicales vitales et relatives des résidents d'EHPAD et de lutter contre les passages aux urgences évitables pour ces personnes fragiles.

Travailler sur les dotations de produits de santé pour situations d'urgence en EHPAD est crucial pour plusieurs raisons :

1. Sécurité des résidents

Les résidents des EHPAD sont souvent des personnes âgées polymédiquées, polypathologiques. Ceci les rend plus vulnérables aux urgences médicales. Détenir les produits de santé nécessaires à portée de main permet de répondre rapidement et efficacement à la plupart de ces urgences, réduisant ainsi les risques de complications graves ou de décès.

2. Réactivité face aux urgences

Les situations d'urgence, telles que les chutes, décompensation cardiaques, accident vasculaire cérébral, intoxications, allergies, ou les infections aiguës, nécessitent une réponse rapide. Disposer de dotations appropriées permet au personnel soignant de stabiliser les résidents en attendant l'arrivée de secours adaptés, du médecin coordonnateur, médecin traitant ou encore de l'ouverture de la pharmacie.

3. Conformité réglementaire

Les autorités de santé imposent des normes strictes concernant les dotations de produits de santé en EHPAD. Respecter ces normes est essentiel pour assurer que l'établissement est conforme aux exigences légales et éthiques.

4. Gestion des incidents

L'anticipation de la prise en charge en urgence des résidents est une barrière de sécurité permettant d'éviter des événements indésirables graves. Elle passe par la mise en place de dotations adaptées, conformes, une organisation et des recommandations sur les conduites à tenir au sein de l'établissement.

5. Formation et compétence du personnel

Disposer des dotations nécessaires permet également de former le personnel soignant sur l'utilisation correcte de ces produits, dans le respect du cadre réglementaire. La formation est essentielle pour la gestion des situations d'urgence. Elle doit garantir que les soins d'urgence sont prodigués de manière appropriée et sécuritaire (identification des situations d'urgence, gestes d'urgence et priorisation, pose de voie d'urgence et administration de médicaments par du personnel formé et habilité ...). Il est essentiel d'assurer au sein de l'établissement un recyclage régulier de l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) pour tout le personnel de l'EHPAD.

6. Qualité des soins

La disponibilité de produits de santé en quantité et en qualité suffisantes (ex : non périmés) assure que les soins prodigués en EHPAD sont continus et de haute qualité. Cela renforce la confiance des résidents et de leurs familles envers l'établissement.

Pour les résidents et leurs familles, et pour les soignants, savoir que l'EHPAD est bien équipé pour faire face aux urgences médicales réduit le stress et l'anxiété liés à la santé et au bien-être des résidents. Cela garanti la sécurité des résidents par l'accessibilité aux soins et la sécurité des soignants au travers d'un environnement propices à faire face aux situations d'urgences et à risque.

Au plus près de l'arrivée en EHPAD du résident et régulièrement au long de son séjour, il est essentiel de définir par anticipation les situations d'urgences et jusqu'où il faut aller, en recueillant auprès du résident et/ou de sa famille, les **directives anticipées**.

Remerciements des contributeurs et relecteurs à retrouver en annexe de ce guide.

Composition du groupe de travail régional « Dotations d'urgences médicales en EHPAD »

- **AUCHERES Guillaume** – Médecin responsable SMUR, CHU d'Orléans (45)
- **BARBAIRE Julien** – Pharmacien, CH de la Chatre (36)
- **BOUDET Adeline** – Pharmacien, référent du Groupe de Travail, OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **BURCKEL Christelle** – IPA, EHPAD de Marchenoir (41)
- **CAHOUËT Laetitia** – Pharmacien, CH Beaugency, EHPAD de Villante à Dry et EHPAD Le Champganier à Meung (45)
- **CARIOT Axelle** – Pharmacien, EHPAD de Bellevue (18)
- **DENEAU Pierre** – Médecin urgentiste SAMU 37, CHRU de Tours (37)
- **DELION Isabelle** – IDE Coordinatrice, EHPAD Jardin d'Iroise (41)
- **DOLO Jean** – Médecin anesthésiste réanimateur, CHU d'Orléans (45)
- **Du PORTAL Hugues** - Pharmacien DM coordonateur OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **FRANCOIS Angélique** – IDE, EHPAD de Marchenoir (41)
- **GAILLARD Jocelyne** – Cadre de santé, EHPAD La Croix Papillon (37)
- **GANA Wassim** – Médecin gériatre, ERVMA, Médecine Aigue Gériatrique, CHRU de Tours (37)
- **LECLERC Rémi** – Médecin conseil Soins Urgents & Soins Non Programmés, ARS Centre-Val de Loire
- **LEMAIRE Emmanuelle** – IDE Coordinatrice, EHPAD Notre Foyer (45)
- **MARIE Patrick** – Pharmacien retraité, CH de Beaugency (45)
- **RENONCE Florence** – IDE Coordinatrice, Résidence de la Mothe (45)
- **ROFORT GREGOIRE Amélie** - IDE Coordinatrice, Foyer Bois Soleil (37)
- **SOLANS Violaine** – Pharmacien DM, OMÉDIT Centre-Val de Loire
- **SORS-MIREUX Isabelle** - Médecin gériatre, ARS Centre-Val de Loire (DOMS)

Afin de rendre ce travail dynamique et pérenne, vous pouvez y participer en faisant remonter vos remarques, propositions d'optimisation (ou retours d'utilisation positifs), auprès de l'équipe de coordination de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire ➔ omedit-centre@omedit-centre.fr

OBJECTIFS ET CONDUITES A TENIR



OBJECTIFS régionaux

Harmoniser et sécuriser le circuit des médicaments d'urgence en EHPAD en mettant à disposition de l'ensemble des établissements de la région, des recommandations. Elles ont pour but d'améliorer la prise en charge des urgences médicales vitales et relatives des résidents d'EHPAD et de limiter les passages aux urgences de ces personnes fragiles.

Prise en charge optimale,
plus rapide.

Des équipes soignantes sécurisées
dans leur exercice.

OBJECTIFS et CONDUITES A TENIR en EHPAD

- Assurer un traitement en urgence des défaillances vitales, avec une prise en charge fluide et sereine, en attente d'un transfert vers un service d'urgence (si nécessaire) et selon les directives anticipées.
- Développer la capacité des équipes soignantes à identifier une situation d'urgence vitale, à connaître les premiers gestes et la procédure pour déclencher la prise en charge.

• Rendre disponible immédiatement du matériel et des médicaments nécessaires à la prise en charge de l'urgence vitale. Le matériel doit être prêt à tout moment et facile d'accès.

En aucun cas, la dotation d'urgence vitale est utilisée en dehors de l'urgence (après chaque vérification pose obligatoire d'un scellé qui sert de témoin de non-ouverture de la trousse d'urgence vitale).

- Limiter le risque d'erreur médicamenteuse en situation d'urgence :

Tout dysfonctionnement dans la prise en charge d'un résident doit être signalé par la rédaction d'une fiche de déclaration d'évènement indésirable (FEI), interne à l'établissement, relatant la nature de l'incident. Cette FEI doit être analysée au sein de l'établissement, par les professionnels référents, afin d'y apporter des solutions concrètes de sécurisation des pratiques.

- Définir une liste des médicaments et du matériel adaptés selon l'urgence, selon la typologie d'EHPAD (avec ou sans PUI, rattaché à un établissement sanitaire, isolé, accueil spécifique...)

La trousse d'urgence vitale peut être matérialisée par un sac à dos ou une valise (facilement transportable) ou un chariot d'urgence. Son lieu de stockage doit être clairement identifié et connu de tous les intervenants habilités à son utilisation au sein de l'établissement.

Préciser le lieu où le matériel complémentaire à cette trousse d'urgence est disponible (dotation d'urgence relative, salle de soin). Selon les besoins de chaque EHPAD, certains médicaments peuvent être ajoutés, sans surcharger la trousse d'urgence vitale inutilement.

- La dotation d'urgence VITALE dans un sac ou un chariot scellé doit être facilement accessible par l'ensemble des soignants (IDE, AS..). Il ne doit jamais être dans un local ou une unité fermé à clé, non accessible en urgence.

- Vérifier le contenu de la trousse d'urgence VITALE et remplacer dans les meilleurs délais le matériel utilisé ou à péremption proche (ex : ≤ 2 mois) :

- après toute utilisation,
- et idéalement une fois par mois (première semaine du mois par exemple)

Dater et signer la feuille d'émargement prévue à cet effet pour la tracabilité du contrôle et du scellé.

La vérification comprend *a minima*, le contrôle :

1. des **dates de péremption** : les produits **se périment dans les 2 mois minimum*** doivent être sortis de la trousse d'urgence et remplacés.
2. du **bon fonctionnement du matériel identifié comme étant à risque** : défibrillateur et aspirateur de mucosité prêts à servir (en conservant l'intégrité des emballages stériles), autonomie suffisante de la bouteille d'oxygène,...

* *En cas d'impossibilité au sein de l'EHPAD de vérifier ce contenu tous les mois, il convient d'assurer une organisation de contrôle régulier, permettant d'éviter toute situation à risque telles que l'absence de produit de santé ou la présence de produits périmés au sein de cette trousse d'urgence vitale. (ex : si contrôle tous les 4 mois, remplacement nécessaire des produits se périment dans les 5 mois).*

Le défibrillateur doit être facilement accessible, en bon état de fonctionnement en permanence (niveau de batterie suffisant). Il doit être nettoyé après chaque utilisation. Sa localisation doit être clairement identifiée sur la feuille d'alerte de l'unité et connue de tous. Il ne doit jamais être dans un local ou une unité fermé à clé, non accessible en urgence.

Dans les établissements ayant un défibrillateur entièrement automatisé (DEAE) ou un défibrillateur semi-automatisé (DSA), il est indispensable que les **électrodes de défibrillation** soient disponibles et systématiquement remplacées en cas d'utilisation ou de péremption. Toute utilisation du défibrillateur doit être signalée, afin d'assurer une remise à disposition des consommables.

- **Organiser un planning prévisionnel** pour que l'ensemble des soignants (IDE, AS..) participe à la vérification de la trousse d'urgence vitale et ait une bonne connaissance de son fonctionnement. Ce planning est **sous la responsabilité du cadre de l'unité** ou du référent médicaments de l'établissement selon l'organisation. Cette responsabilité est reconnue et inscrite au niveau institutionnel. Des vérifications en binome IDE/AS , et/ou des parcours d'habilitation sont à envisager selon l'organisation de l'établissement, dans le respect de la réglementation.
- **Vérifier régulièrement** (de façon hebdomadaire, mensuelle ou maximum tous les 4 mois) le contenu de la **dotation d'urgence RELATIVE**, afin d'éviter des manques, des surstockages inutiles ou des produits périmés.
 - Un contrôle a minima mensuel des dates de péremption doit être mis en place.
 - Le rangement doit être adapté pour éviter les risques de confusions entre 2 produits (code couleur, rangement bien séparé...), les risques de produits périmés (péremptions les plus courtes accessibles en premier...) ou tout autre risque identifié au sein de l'équipe en staff ou au travers de déclaration d'évènement indésirable.
 - La découverte de produits périmés doit enclencher une FEI pouvant conduire à des contrôles plus fréquents.
- **Valider et adapter les dotations selon l'établissement en interdisciplinarité :**
La liste des médicaments et du matériel des dotations d'urgences relatives et vitales doit être vérifiée et validée dans chaque établissement par le **médecin coordonnateur et/ou un médecin exerçant dans l'établissement, le pharmacien référent et le référent médicaments** (si distinct). Elle doit prendre en compte les recommandations relatives aux médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez le sujet âgé (ex : livret thérapeutique gériatrique région Centre-Val de Loire V2023), les préconisation de ce guide et la formation de l'équipe soignante.
- **Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)** correspond à l'ensemble des documents permettant de transmettre des informations utiles sur l'état de santé du résident à tout médecin intervenant en urgence dans l'établissement ou au service des urgences. Il contient notamment les ordonnances en cours et des informations sur les dernières prises de médicaments. Il doit être consultable à tout moment par tout soignant de l'établissement. (cf. support en annexe à intégrer au système informatique (LAP)).
- L'harmonisation de l'information et des documents sur un même territoire permet une lecture plus rapide et une intervention en urgence plus efficace.

DEFINITIONS : URGENCES ET DOTATIONS D'URGENCE EN EHPAD

De quoi parle-t-on ?

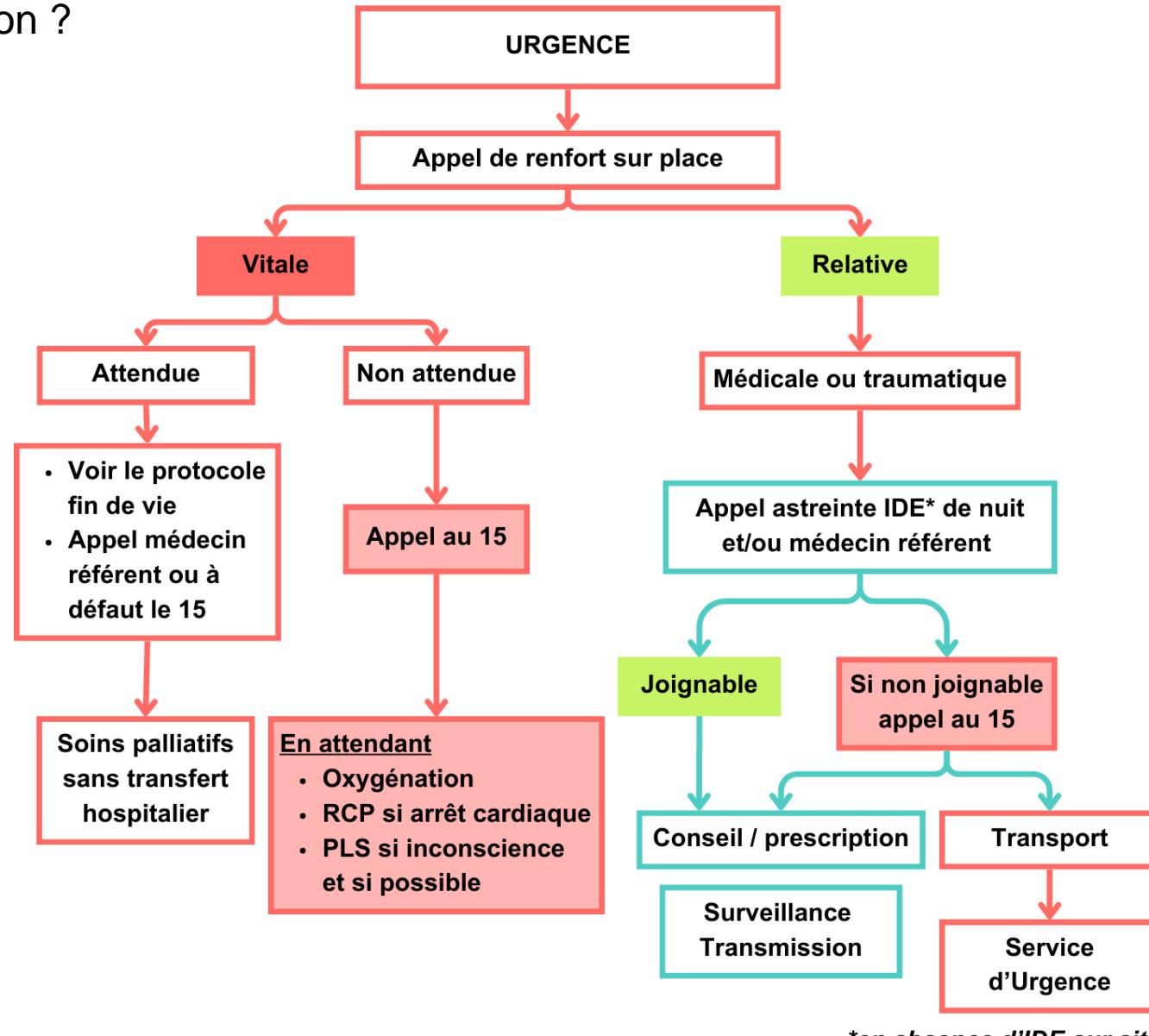


Image @OMéDIT Centre-Val de Loire – 2025
Source : Guide Auvergne Rhône Alpes urgence EHPAD mars 2021

Dans le domaine médical, l'urgence est une **situation d'un résident à soigner sans délai**. Elle nécessite une prise en charge rapide voire immédiate. Selon le dictionnaire de l'académie de médecine, il existe plusieurs typologies d'urgences. La dotation d'urgence des établissements doit pouvoir répondre à chacune d'elle.

Deux typologies d'urgences sont distinguées en EHPAD : l'urgence vitale et l'urgence relative.

Il est rappelé que le sujet âgé fragile, fréquemment rencontré en EHPAD, est une personne qui voit ses réserves diminuer en lien avec son vieillissement. Il peut présenter plus de difficultés à répondre à un stress. Cette réponse moins appropriée au stress est une source de décompensation fonctionnelle en série jusqu'à un état morbide incapacitant⁶.

| | |
|--|--|
| <p>Une urgence vitale = Toute situation de détresse pouvant aboutir à un arrêt cardiaque imminent, nécessitant 1 geste de réanimation immédiat (hors directives anticipées spécifiques, soins palliatifs...)</p> | <p>Une urgence relative nécessite une prise en charge, sans que le facteur temps soit prédominant. La vie du résident n'est pas en danger imminent. Elle va dépendre de l'organisation de l'établissement (ex : disponibilité médicale, présence IDE la nuit...) et des spécificités des résidents (ex : GIR ou âge moyen..) <i>L'urgence relative est le reflet d'une évaluation à un instant T. L'état du résident peut se dégrader brutalement et passer en urgence vitale. Ainsi, l'urgence relative nécessite une surveillance régulière de l'état clinique du patient⁷.</i></p> |
| <p> Dotation d'urgence vitale = chariot / valise / sac / trousse d'urgence vitale</p> <p>Ensemble des produits de santé indispensables pour prendre en charge efficacement un patient lors d'une urgence vitale en EHPAD.</p> <p>Nécessité d'avoir ces produits de santé rapidement disponibles, accessibles, en cas d'observation de signes cliniques de gravité, après avis médical (médecin sur site ou appel du médecin du centre de régulation du SAMU) ou dans le cadre de protocoles préétablis.</p> <p>Le contenu de cette dotation doit être stocké sous scellé, facilement accessible par l'ensemble des soignants (IDE, AS..). Il ne doit jamais être dans un local ou une unité fermé à clé, non accessible en urgence. Cette dotation ne doit servir qu'à l'urgence vitale et doit être distincte de la dotation d'urgence relative.</p> | <p> Dotation d'urgence relative</p> <p>Ensemble des produits de santé indispensables pour prendre en charge une urgence relative en EHPAD.</p> <p>Elle est connue des soignants de l'établissement, et des professionnels de recours aux urgences (SAMU, astreinte médicale ou IDE, hotline gériatrique...).</p> <p>Cette dotation pourra être utilisée sur demande médicale de prise en charge immédiate ou dans le cadre de protocoles préétablis.</p> <p>Elle peut accompagner les IDE/médecins extérieurs à l'EHPAD avec lesquels une convention est signée pour une intervention dans le cadre d'urgence relative en l'absence d'IDE et/ou de médecin sur site.</p> <p>Après évaluation médicale, cette dotation permet de répondre à des demandes de prise en charge nécessaires dans un délai court. Elle vise à réduire le risque d'évolution défavorable à court terme qui peut conduire au transfert en urgence à l'hôpital.</p> <p>Le contenu de cette dotation peut être stocké, soit dans la dotation de fonctionnement habituel de l'EHPAD, soit dans un stock à part (« trousse d'urgence relative »). Cette dernière solution permet un transport rapide, en totalité, à proximité du résident en situation d'urgence et de ne pas diluer cette dotation spécifique dans la dotation globale de l'établissement.</p> |

Ces définitions prennent en compte l'ensemble des réflexions portées sur les 5 premières réunions du groupe de travail régional. Version validée par le GTR le 22/04/2024.

LA DOTATION D'URGENCE VITALE : CONTENU COMMUN



MÉDICAMENTS – URGENCE VITALE

| MÉDICAMENTS Par ordre alphabétique de DCI (noms de princeps fournis à titre indicatif) | Quantité recommandée | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses |
|---|------------------------|--------------------------|--|--|
| Adrénaline 1 mg / 1 mL ampoule | 6 ampoules | <input type="checkbox"/> | Réactions allergiques graves (choc anaphylactique) Ou RCP | Stimulant cardiaque Forme injectable : cette solution en ampoule est à utiliser diluée dans le choc anaphylactique dans du chlorure de sodium 0,9% ou pure dans la RCP. Une forme prête à l'emploi est disponible : stylo auto-injecteur type EpiPen® ou Anapen® (cher++), en cas de choc anaphylactique |
| Antiseptique alcoolique (ex : Povidone iodée alcoolique 5% (Betadine®) ou Chlorhexidine alcoolique 0,5 %) 125 mL flacon | 1 | <input type="checkbox"/> | Préparation de la voie d'abord parentérale (Antisepsie cutanée avant pose de cathéter veineux) | Conseil : à ranger avec les dispositifs médicaux d'abord parentéral. |
| Clonazepam (Rivotril®) 1 mg / 1 mL ampoule | 2 | <input type="checkbox"/> | Crises convulsives | Forme injectable |
| Furosemide (Lasilix®) 20 mg / 2 mL ampoule | 5 | <input type="checkbox"/> | Œdème aigu du poumon | Forme injectable |
| Glucagon par voie nasale (Baqsimi®) | 4 | <input type="checkbox"/> | Hypoglycémie | Alternative : Glucose 30% ampoule 10 mL Coadministration avec 2g de NaCl 0,9 % - voie IV ou SC L'utilisation de G5% seul comme « garde-veine » doit être proscrite. Risque d'hyponatrémie et d'hypokaliémie sévère chez le SA fiche_bum_glucose.pdf (has-sante.fr) Vigilance : En cas d'utilisation de G5% comme solvant de médicament, il convient de s'assurer de sa compatibilité avec les autres médicaments. |
| Glucose 5 % poche 500 mL | 1 | <input type="checkbox"/> | Réhydratation | |
| Insuline d'action rapide par voie SC (ex: Novorapid®, Humalog® ou Lyumjev®) | 2 stylos + 6 aiguilles | <input type="checkbox"/> | Hyperglycémie | 1 seul stock pour les 2 situations d'urgence (vitale et relative). [Produit thermosensible – conservation idéale entre +2 et +8° C jusqu'à la date de péremption ; Possibilité 4 à 6 semaines à moins de 25°C ; ↗ maximum 2 à 3 jours au-delà de 30°C] Voie sous-cutanée – délai d'action : 10 à 15 minutes Les stylos prêts à l'emploi diminuent le risque d'erreur de préparation. |
| Méthylprednisolone (Solumedrol®) 40 mg / 2 mL poudre pour solution injectable flacon | 4 | <input type="checkbox"/> | Œdème de Quincke, dyspnée laryngée | Dilution pour reconstitution dans 2 ml d'eau ppi puis diluer dans 10mL de NaCl. Voie urgence IV lente (durée minimum : 20 à 30min) Equivalence anti-inflammatoire pour 5 mg de prednisone = 4 mg de méthylprednisolone |
| Midazolam (Hypnovel®) 5 mg / 5 mL ampoule | 4 | <input type="checkbox"/> | Soins palliatifs | cf. Fiche OMéDIT CVL dédiée en annexe |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais)

| MÉDICAMENTS Par ordre alphabétique de DCI (noms de principes fournis à titre indicatif) | | Quantité recommandée | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses |
|--|--|----------------------|--------------------------|---|---|
| Naloxone (Narcan®) 0,4 mg / 1 mL ampoule | | 2 | <input type="checkbox"/> | Surdosage aux morphinomimétiques | Voie IV directe (cf. Protocole thérapeutique médicamenteux infirmier PTMI dédié en annexe) |
| Oxygène - bouteille 1 m ³ | | 2 | <input type="checkbox"/> | En cas de détresse respiratoire | Idéal : avoir en complément un concentrateur en oxygène pour l'urgence relative |
| Prednisone (Cortancyl®) 5 mg cp | | 20 cp | <input type="checkbox"/> | | Prednisone 5 mg = 5 mg prednisolone (Solupred® - prednisolone alternative orodispersible). |
| Salbutamol (Ventoline®) 100 µg / 200 doses (ou spray pour inhalation) | | 1 | <input type="checkbox"/> | Crise d'asthme ou autres difficultés respiratoires | Inhalateur – formation requise à anticiper |
| Salbutamol (Ventoline®) 5 mg / 2,5 ml (ou Terbutaline (Bricanyl®) 5mg/2ml) unidose pour nébulisation | | 4 | <input type="checkbox"/> | Crise d'asthme ou autres difficultés respiratoires | Nébulisateur – formation requise à anticiper (+ équipement/DM) Pouvant être associé à Ipratropium (Atrovent®) 0,5mg/2mL unidose nébulisation |
| Soluté Eau ppi (pour préparations injectables) 10 mL ampoule | | 4 | <input type="checkbox"/> | Solvant pour dilution des médicaments injectables | Utilisation pour reconstitution de médicament injectable (ex : méthylprednisolone). !! Hypotonique : ne pas injecter seul sinon risque d'hémolyse. |
| Soluté sodium chlorure 0,9 % poche 500 mL | | 1 | <input type="checkbox"/> | Solvant pour dilution des médicaments injectables ou garde veine | Vigilance à l'utilisation du NaCl seul pour la réhydratation du SA : apport de sodium non négligeable et à risque. |
| Soluté sodium chlorure 0,9 % dosettes 5 mL | | 4 | <input type="checkbox"/> | Réhydratation (avec G5%), Solvant pour dilution des médicaments injectables | |
| Trinitrine spray (Natispray®) 0,15 mg / dose spray | | 1 | <input type="checkbox"/> | Douleurs thoraciques type angine de poitrine | Spray sublingual Moins de risque d'erreur chez le SA au dosage 0,15 mg/dose |

DISPOSITIFS MEDICAUX ET CONSOMMABLES – URGENCE VITALE

| Dispositifs Médicaux et consommables Par voie d'abord | Quantité recommandée | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses – voie d'abord |
|--|----------------------|--------------------------|--|--------------------------------------|
| Aiguilles hypodermiques pour voie SC | 3 | <input type="checkbox"/> | Voie SC : 25G (orange) ou 23G (bleue) | <i>Abord parentéral</i> |
| Aiguilles hypodermiques pour voie IV | 3 | <input type="checkbox"/> | Voie IV : 19G (rose) ou 20G (jaune) | <i>Abord parentéral</i> |
| Aiguilles hypodermiques pour voie IM | 3 | <input type="checkbox"/> | Voie IM : 21G (jaune) | <i>Abord parentéral</i> |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais

| Dispositifs Médicaux et consommables Par voie d'abord | Quantité recommandée | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses – voie d'abord |
|--|----------------------|--------------------------|--|--|
| Lecteur de glycémie + 10 lancettes et 1 stylo autopiqueur | 1 | <input type="checkbox"/> | Contrôle taux de glucose sanguin | <i>Abord parentéral</i> <i>Lorsque l'organisation interne ne permet pas un accès facilité au lecteur de glycémie du service en situation d'urgence</i> |
| Cathéter court veineux 16G (gris - débit 220 ml/min) | 3 | <input type="checkbox"/> | Urgence - remplissage, transfusion | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Cathéter court veineux 18G (vert - débit 100 ml/min) | 3 | <input type="checkbox"/> | Perfusion de gros volume | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Cathéter court 20G (rose - débit 60ml/min) | 3 | <input type="checkbox"/> | Perfusion courante | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Film semi-perméable adhésif transparent type Tegaderm® | 3 | <input type="checkbox"/> | Maintien du cathéter | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Garrot | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Perfuseur 3 voies avec robinet | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Seringue 2mL | 2 | <input type="checkbox"/> | Pour injection en bolus – petit volume | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Seringue 5mL | 2 | <input type="checkbox"/> | Pour injection en bolus | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Seringue 10mL | 2 | <input type="checkbox"/> | Pour injection en bolus | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Abaisse langue | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Divers</i> |
| Gants stériles | 2 x 3 Tailles | <input type="checkbox"/> | | <i>Divers</i> 2 paires par taille : 3 Tailles différentes = 6 paires |
| Gants non stériles | 2 x 3 Tailles | <input type="checkbox"/> | Pose de cathéter | <i>Divers</i> 2 paires par taille : 3 Tailles différentes = 6 paires |
| Masque de protection respiratoire FFP2 | 2 | <input type="checkbox"/> | Aspiration contexte reco. COVID | <i>Aspiration</i> |
| Masque chirurgicaux | 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| Oxymètre de pouls | 1 | <input type="checkbox"/> | Suivi du taux d'oxygène | <i>Divers</i> |
| Produits hydroalcoolique PHA 100 mL | 1 | <input type="checkbox"/> | Hygiène des mains | <i>Divers</i> |
| Scellés plastiques numérotés | 10 | <input type="checkbox"/> | Fermeture trousse d'urgence et Traçabilité d'utilisation | <i>Divers</i> |
| Sparadrap rouleau | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Divers</i> Préférer modèle siliconé, adapté à la peau fragile du SA |
| Compresses stériles | 10 | <input type="checkbox"/> | | |
| Thermomètre électronique | 1 | <input type="checkbox"/> | Contrôle température corporelle | <i>Divers - Tympanique ou sans contact</i> <i>Lorsque l'organisation interne ne permet pas un accès facilité au lecteur de glycémie du service en situation d'urgence</i> |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais

| Dispositifs Médicaux et consommables Par voie d'abord | Quantité recommandée | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses – voie d'abord |
|---|----------------------|--------------------------|---|--|
| Canule oropharyngée de Guedel (Taille N° 2 - verte ou N°4 - rouge) | 1 | <input type="checkbox"/> | Maintien de l'ouverture des voies aériennes à travers la cavité buccale et le pharynx | Aspiration Pour éviter la chute de la langue vers l'arrière (coma), faciliter l'aspiration pharyngée des mucosités et des liquides bronchiques ou ORL |
| Lunettes de protection ou masque de protection à visière | 1 | <input type="checkbox"/> | | Aspiration en contexte épidémie |
| Pince de Magill | 1 | <input type="checkbox"/> | Permet de retirer le corps étranger lors d'une obstruction des voies aériennes | Aspiration Formation requise à anticiper |
| Poche de recueil 1L UU pour appareil aspiration de mucosité | 1 | <input type="checkbox"/> | Pour désobstruer les voies respiratoires supérieures des corps étrangers, sécrétions, mucosités, caillots sanguins, débris alimentaires, susceptibles de les encombrer (fausses-routes, paralysie de déglutition) | Aspiration <i>A utiliser avec l'aspirateur de mucosité portable type LSU</i> <i>A monter à l'avance pour être opérationnel.</i> |
| Sonde d'aspiration trachéo-bronchique | 1 | <input type="checkbox"/> | Pour désobstruer les voies respiratoires supérieures des corps étrangers, sécrétions, mucosités, caillots sanguins, débris alimentaires, susceptibles de les encombrer (fausses-routes, paralysie de déglutition) | Aspiration <i>A utiliser avec l'aspirateur de mucosité portable type LSU</i> <i>A ne pas monter en avance pour conserver le caractère stérile du DM</i> Taille 26 CH |
| Raccord stop / vide pour aspiration | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Insufflateur manuel BAVU (ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle) | 1 | <input type="checkbox"/> | | Ventilation et inhalation |
| Filtre antibactérien (à fixer au BAVU) | 1 | <input type="checkbox"/> | <i>Filtre antibactérien à fixer au BAVU (recommandations COVID)</i> | Ventilation et inhalation <i>A ne pas monter en avance pour conserver le caractère stérile du DM</i> |
| Masque BAVU Adulte (à fixer au BAVU) | 2 tailles | <input type="checkbox"/> | | Ventilation et inhalation <i>Ne pas monter à l'avance pour ne pas perdre le caractère stérile du DM</i> <i>Tailles 3 ou 4 = adolescent, taille 5 = adulte</i> |
| Masque à oxygène haute concentration | 1 | <input type="checkbox"/> | (Livré avec sa tubulure) | Ventilation et inhalation <i>pour l'urgence utiliser un masque couvrant la bouche et le nez (délivre une FiO2 de 30 à 50% pour des débits supérieurs à 9L/min)</i> |
| Masque nébuliseur adulte | 1 | <input type="checkbox"/> | Administration médicament en nébulisation | Ventilation et inhalation |
| Lunettes à oxygène | 2 | <input type="checkbox"/> | | Ventilation et inhalation (+ bouteille d'Oxygène 1 m3 accessible au niveau de la trousse d'urgence vitale) |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais)

EQUIPEMENT – URGENCE VITALE

| EQUIPEMENT | Quantité recommandée | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses - recommandations |
|---|----------------------|--------------------------|--|---|
| Aspirateur de mucosité électrique portable | 1 | <input type="checkbox"/> | Aspiration corps étrangers | Type LSU branché en permanence sur secteur, à proximité de la trousse d'urgence |
| Boîte à DASRI (jaune) | 1 | <input type="checkbox"/> | Pour jeter les Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) (ex : aiguille) | |
| Couverture de survie | 1 | <input type="checkbox"/> | Maintien température corporelle | |
| Défibrillateur automatisé externe (DAE) | 1 | <input type="checkbox"/> | Arrêt cardiaque | Mode d'emploi facilement accessible |
| Electrodes de défibrillation externe adulte (sachets de 2) | 2 | <input type="checkbox"/> | | S'assurer de la compatibilité avec le connecteur du cordon du défibrillateur. |
| Mini-nébuliseur adulte | 1 | <input type="checkbox"/> | Nébulisation salbutamol (+/- ipratropium) | Création d'un aérosol à partir d'une préparation médicamenteuse liquide, à relier au masque naso-buccal fourni. |
| Paire de ciseaux | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Plan dur pour massage cardiaque externe (MCE) (planche ou autre dispositif identifié) | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Sac poubelle jaune 30L | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Tensiomètre + 2 brassards (normal + gros bras) | 1 | <input type="checkbox"/> | Contrôle tension artérielle | |
| Stéthoscope | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Lorsque l'organisation interne ne permet pas un accès facilité à un stéthoscope situation d'urgence</i> |

CONSEIL RANGEMENT PAR ZONE (zone médicaments/ DM ou 1/2/3) pour un contrôle rapide des péremptions et identification de la zone de rangement dans le listing dédié (colonne supplémentaire). Puis organiser le listing soit par ordre alphabétique, soit par zone de rangement puis ordre alphabétique de Dénomination Commune (DCI).

Proposition :

- 1. Tiroir/Zone 1 : Médicaments rangés par DCI
- 2. Tiroir/Zone 2 : Accès veineux et injection
- 3. Tiroir/Zone 3 : Perfusion + compresse + PHA et désinfectant
- 4. Tiroir/Zone 4 : Aspiration et ventilation
- 5. Tiroir/Zone 5 : Solutés massifs

Remarques complémentaires en l'absence de référencement (choix du GTR) au sein de ces recommandations :

- ⇒ Les antiarythmiques (ex : amiodarone) ne sont pas recommandés au sein d'une dotation d'urgence, particulièrement en l'absence d'ECG au sein de l'établissement.
- ⇒ Seringues 2 pièces suffisant pour injection d'urgence versus Seringues 3 pièces en luer lock = pour pousse-seringue

Un défibrillateur semi-automatique (DSA) nécessite une validation humaine pour délivrer un choc. Un défibrillateur automatique externe (DAE) ne nécessite d'autre intervention humaine que la pose des électrodes. Les défibrillateurs semi-automatique et défibrillateurs automatiques externes sont aussi appelés défibrillateurs automatisés externes.

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥ 2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais

LA DOTATION D'URGENCE RELATIVE : CONTENU COMMUN

MÉDICAMENTS – URGENCE RELATIVE



| MÉDICAMENTS Par ordre alphabétique de DCI (nom de princeps fournis à titre indicatif) | Quantité | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence relative | Informations diverses |
|--|-----------------|--------------------------|---|---|
| Silodosine 4mg (Urorec®, Silodyx®), gélules | 1 boite | <input type="checkbox"/> | Autres Rétention aiguë d'urine | Ne pas ouvrir, ne pas broyer. A avaler entier avec de l'eau. |
| Amphotéricine B (Fungizone®) 10% susp buv, flacon 40 mL Ou Nystatine (Mycostatine®) 100 000 UI /mL susp. Buv. | 1 flacon | <input type="checkbox"/> | Infections Antifongique – mycoses buccale | 1 ml = 100 mg Conservation après ouverture : 10 jours à température ambiante. 1 flacon = 1 patient (étiquette patient et date d'ouverture (J1) à ajouter en cas d'utilisation) Ne pas mélanger avec les bicarbonates ; les 2 bains de bouche doivent être faits séparemment. Bien agiter avant emploi. |
| Amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin® ou gé) 1g / 125mg | 12 sachets | <input type="checkbox"/> | Infections Infections bactériennes | Administration au cours du repas. Dissoudre le sachet dans un demi-verre. Si résident sous AVK, contrôle de l'INR 2-3 jours après l'instauration du traitement (reco. HAS 2008) |
| Ceftriaxone (Rocéphine®) 1g/3,5 mL sol. injectable IM | 3 ou 6 flacons | <input type="checkbox"/> | Infections Infections bactériennes | Voie IM. NE PAS ADMINISTRER PAR VOIE SOUS-CUTANEE (risque de nécrose) (ANSM octobre 2019 ¹⁷) |
| Desloratadine (Aerius®) 5 mg cp | 1 boîte de 30cp | <input type="checkbox"/> | Allergologie PEC des symptômes allergiques | Ne pas broyer. Alternative galénique : solution buvable desloratadine 5mg/ml. Remarque : les prurits rebelles aux anti-histaminiques de dernière génération peuvent être un signe de pemphigoïde bulleuse ; le recours à une consultation ou télé-consultation dermatologique est recommandé. |
| Diazépam (Valium®) 10 mg / 2mL ampoule | 2 | <input type="checkbox"/> | Neurologie Crises convulsives | Forme injectable Administration par voie intra-rectale à l'aide de canule rectale fixée sur une seringue. Vigilance : benzodiazepine de demi-vie longue (32-47h). |
| Econazole 1% crème, tube 30g | 1 tube | <input type="checkbox"/> | Infections Crème : mycoses non macérées | Adapter la forme galénique selon la localisation de l'infection. Remarque : risque de passage systémique en cas de phénomène d'occlusion locale (pli cutané) ou si application sur de grandes surfaces (précaution si association avec AVK ; possible interaction). Ne pas utiliser avec un savon à pH acide (favorise la multiplication de <i>Candida</i>) |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais)

| MÉDICAMENTS Par ordre alphabétique de DCI (nom de princeps fournis à titre indicatif) | Quantité | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence relative | Informations diverses |
|---|--|--------------------------|---|--|
| Enoxaparine sodique 4 000 UI /0,4 ml (Lovenox®) ou équivalent selon le choix de l'établissement | 1 boîte de 2 ou 6 seringues pré-remplies | <input type="checkbox"/> | Cardiologie Anticoagulant injectable en prophylaxie | Vigilance en cas de chute et risque de traumatisme crânien. |
| Furosémide 20 mg cp (Lasilix®) | 10 cp | <input type="checkbox"/> | Cardiologie Oedèmes | Administration immédiate après écrasement (si nécessaire), car photosensible. Peu soluble. |
| Halopéridol 1 mg cp (Haldol®) | 10 cp | <input type="checkbox"/> | Neurologie Crise d'agitation | Alternative galénique : Haldol® solution buvable 2mg/mL car cp non-écrasables ou solution injectable 5mg/1ml diluée dans du G5% |
| Insuline d'action rapide par voie SC ☀ (ex: Novorapid®, Humalog® ou Lyumjev®) | 2 stylo + 6 aiguilles | <input type="checkbox"/> | Endocrinologie Hyperglycémie | 1 stylo en stock servant pour les situations d'urgence vitale et relative. [Produit thermosensible – conservation idéale entre +2 et +8° C jusqu'à la date de péremption ; Possibilité 4 à 6 semaines à moins de 25°C ; △ maximum 2 à 3 jours au-delà de 30°C] Voie sous-cutanée – délai d'action : 10 à 15 minutes Les stylos prêts à l'emploi diminuent le risque d'erreur de préparation |
| Lavement hypertonique type Normacol® | 1 lavement ou 2 flacons 130 ml | <input type="checkbox"/> | Gastro-Entérologie Constipation | (cf fiche OMéDIT Prise en charge de la constipation chez le sujet âgé – arbre décisionnel en annexe) |
| Laxatif osmotique (Macrogol®, Lactulose®, Importal®..) | 10 sachets | <input type="checkbox"/> | Gastro-Entérologie Constipation | En deuxième intention après les règles hygiéno-diététique (apport hydrique 1,5L, augmenter périmètre de marche, et alimentation riche en fibre) (cf fiche OMéDIT Prise en charge de la constipation chez le sujet âgé – arbre décisionnel en annexe) |
| Métopimazine (Vogalène lyoc®) 7,5 mg cp orodispersible | 1 boîte de 16 cp lyoc | <input type="checkbox"/> | Gastro-Entérologie Antiémétique et antinauséeux | Prise 15 min avant le repas, à laisser dissoudre sur la langue sans croquer ou dans un demi-verre d'eau (alternative en suppositoire en cas de vomissements importants). Prescrire la durée la plus courte possible, en l'absence d'alternative. Expose à des troubles du rythme cardiaque, AVC et morts subites. |
| Morphine sulfate (Oramorph®) 20mg/ml | 1 flacon ou 3 unidoses | <input type="checkbox"/> | Douleur Douleurs très intenses ou rebelles | Médicament stupéfiant (accès sécurisé) Evaluation et traçabilité de la douleur avec échelle avant et après administration |
| Nicardipine LP 50 mg gélule (Loxen®) | 10 gélules | <input type="checkbox"/> | Cardiologie Urgence hypertensive | Inhibiteur calcique, Gélule à libération prolongée (LP). Attention à ne pas confondre avec les formes LI (immédiate) Ne pas ouvrir, ne pas broyer. A administrer avant le repas. |
| Paracétamol (Doliprane® / Dafalgan®) 500 mg (gélule ou suppositoire) | 2 boîtes de 16 | <input type="checkbox"/> | Douleur Fièvre >38,5 °C, Antalgique douleurs légères, antipyriétiques | Maximum 3g/24h, sans dépasser 1 g / 8h (max 500mg / prise si poids < 50kg) Evaluation et traçabilité de la douleur avec échelle avant et après administration |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais)

| MÉDICAMENTS Par ordre alphabétique de DCI (nom de princeps fournis à titre indicatif) | Quantité | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence relative | Informations diverses |
|---|-------------|--------------------------|---|---|
| Phloroglucinol (Spasfon®) 80 mg cp orodispersibles | 10 cp | <input type="checkbox"/> | Gastro-Entérologie Douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus. | A dissoudre dans un verre d'eau ou à laisser fondre sous la langue. |
| Phytomenadione (Vitamine K1®) 10 mg / 1mL sol. inj ou buv., ampoules | 1 ampoule | <input type="checkbox"/> | Antidote Surdosage avec un AVK en l'absence d'hémorragie grave | Voie orale selon protocole Sigret (cf livret thérapeutique gériatrique régional V2023) Si INR cible entre 2 et 3 - $6 < \text{INR} < 10$: 1 à 2 mg voie orale - $\text{INR} > 10$: 5 mg voie orale Si INR cible > 3 : avis spécialisé si surdosage |
| Picloxydine (Vitabact ®) 0,173 mg collyre, unidose 0,4 mL | 10 unidoses | <input type="checkbox"/> | Ophthalmologie Collyre antiseptique | A administrer avec 15 min d'écart si administration concomitante d'autres collyres ou d'autres médicaments locaux oculaires |
| Polystyrène sulfonate de sodium (Kayexalate®) 15 g / dose | 1 flacon | <input type="checkbox"/> | Endocrinologie Hyperkaliémie et hypophosphatémie | Médicament hypokaliémiant. Conservation 2 mois après ouverture. |
| Potassium chlrorure (Diffu K®) 600 mg gélules | 1 boîte | <input type="checkbox"/> | Endocrinologie Hypokaliémie | Le contenu de la gélule peut être ouverte, mais le contenu doit être administré sans être écrasé ou mâché |
| Racécadotril (Tiorfan®) 100 mg gélules | 1 boîte | <input type="checkbox"/> | Gastro-Entérologie Diarrées | Poursuivre l'hydratation ($> 2\text{L/jour}$). Alternative : Diosmectite (Smecta®) à prendre à distance des autres médicaments |
| Salbutamol spray pour inhalation (Ventoline ®) (ou ampoule 100 µg / 200 doses) | 1 flacon | <input type="checkbox"/> | Pneumologie Crise d'asthme ou autres difficultés respiratoires | Inhalateur – formation requise : 1 à 2 bouffées par crise, à renouveler si besoin. (1) Agiter le flacon, (2) demander au résident d'expirer, (3) placer l'embout dans la bouche du résident (cartouche vers le haut) + presser pendant l'inspiration, (4) Dire au résident de retenir sa respiration 10 secondes. Utiliser une chambre d'inhalation, si le résident n'arrive pas à réaliser ces différentes étapes. 1 flacon = 1 résident, à rincer après usage. |
| Salbutamol (Ventoline®) 5 mg / 2,5 ml (ou Terbutaline (Bricanyl®) 5mg/2ml) unidose pour nébulisation* | 4 | <input type="checkbox"/> | Pneumologie Crise d'asthme ou autres difficultés respiratoires | Nébulisateur – formation requise à anticiper (+ équipement/DM) Pouvant être associé à Ipratropium (Atrovent®) 0,5mg/2mL unidose nébulisation |
| Sulfadiazine argentique (Flammazine®) crème | 1 tube | <input type="checkbox"/> | Dermatologie Brûlure 2 ^{ème} degrés et/ou prévention d'infections locales sur plaies | Protocole spécifique de l'établissement à anticiper. Recouvrir la zone traitée par une compresse ou une bande (entraîne une coloration irréversible de la peau si exposition à la lumière) |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥ 2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais

DISPOSITIFS MEDICAUX ET CONSOMMABLES – URGENCE RELATIVE

| Dispositifs Médicaux, Consommables et solvants <i>Par voie d'abord</i> | Quantité | Conforme* | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses – voie d'abord |
|---|-----------|--------------------------|--|---|
| Aiguille pour injection IM 21G (verte) | 3 | <input type="checkbox"/> | Administration médicament | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Aiguille pour injection SC 25G (orange) | 3 | <input type="checkbox"/> | Administration médicament | <i>Abord parentéral - perfusion</i> |
| Bandelettes pour lecteur de glycémie | 30 | <input type="checkbox"/> | Contrôle taux de glucose sanguin | <i>Abord parentéral – perfusion</i> Piquez le côté du doigt (évitez le centre pour réduire la douleur). Appuyez doucement pour obtenir une goutte de sang suffisante |
| Canule intra-rectale | 1 | <input type="checkbox"/> | Crises convulsives | <i>Pour administration du Diazepam (valium®) par voie intra-rectale</i> |
| Compresse non tissées stériles 7,5x7,5 cm | 10 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord parentéral – perfusion</i> |
| Lecteur de glycémie | 1 | <input type="checkbox"/> | Contrôle taux de glucose sanguin | <i>Abord parentéral – perfusion</i> Piquez le côté du doigt (évitez le centre pour réduire la douleur). Appuyez doucement pour obtenir une goutte de sang suffisante |
| Stylo autopiqueur | 1 | <input type="checkbox"/> | Contrôle taux de glucose sanguin | <i>Abord parentéral – perfusion</i> Piquez le côté du doigt (évitez le centre pour réduire la douleur). Appuyez doucement pour obtenir une goutte de sang suffisante |
| Gants stériles | 2 x 3T | <input type="checkbox"/> | Pose de sonde urinaire | <i>Divers</i> 2 paires par taille : 3 Tailles différentes = 6 paires |
| Haricot | 5 | <input type="checkbox"/> | | <i>Divers</i> |
| Poche de froid | 2 | <input type="checkbox"/> | Douleur, traumastisme, hématomes | <i>Divers – à éviter chez les résidents atteints de troubles circulatoires, type Maladie de Raynaud.</i> |
| Thermomètre | 1 | <input type="checkbox"/> | Contrôle température corporelle | <i>Divers - Tympanique ou sans contact ni couvre sonde</i> |
| Eau stérile flacon | 1 | <input type="checkbox"/> | Nettoyage des plaies, du nez, des yeux | <i>Divers</i> Alternative : MINIVERSOL S irrig Eau purifiée 24Fl/45ml |
| Pansement hémostatique type Coalgan® | 5 | <input type="checkbox"/> | Epistaxis, saignements cutanés et muqueux | <i>Pansements et sutures</i> |
| Pansement non tissé stérile type Cicaplaie® | | <input type="checkbox"/> | Plaies superficielles, saignement mineurs | <i>Pansements et sutures</i> |
| Sparadrap de préférence siliconé | 1 rouleau | <input type="checkbox"/> | | <i>Pansements et sutures - Adapté à la peau fragile du SA (siliconé)</i> |
| Sutures cutanées stériles (Stéristrip®) | 5 | <input type="checkbox"/> | | <i>Pansements et sutures</i> |
| Lubrifiant stérile aqueux | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord urinaire – sondage urinaire</i> |
| Sonde Foley CH14 | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord urinaire – sondage urinaire</i> Longueur homme/femme au choix de l'EHPAD selon le profil des résidents |
| Sonde Foley CH16 | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord urinaire – sondage urinaire</i> Longueur homme/femme au choix de l'EHPAD selon le profil des résidents |
| Sonde pour sondage évacuateur n°14 | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord urinaire – sondage urinaire</i> |
| Sonde pour sondage évacuateur n°16 | 1 | <input type="checkbox"/> | | <i>Abord urinaire – sondage urinaire</i> |

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥ 2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais

EQUIPEMENT – URGENCE RELATIVE

| EQUIPEMENT | Quantité | Conforme | Situations cliniques principales d'utilisation d'urgence | Informations diverses |
|--|----------|--------------------------|--|--|
| Boîte à DASRI (jaune) | 1 | <input type="checkbox"/> | Pour jeter les Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) (ex : aiguille) | |
| Mini-nébuliseur* adulte (+ masque) | 1 | <input type="checkbox"/> | Nébulisation salbutamol | Création d'un aérosol à partir d'une préparation médicamenteuse liquide, à relier au masque naso-buccal fourni. Si équipement de la trousse d'urgence vitale séparé ou inaccessible. A l'appréciation de l'établissement de référencer cet équipement en doublon. |
| Oxymètre de pouls | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Paire de ciseaux | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Stéthoscope | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Tensiomètre + 2 brassards (normal + gros bras) | 1 | <input type="checkbox"/> | Contrôle tension artérielle | + Stéthoscope accessible |

Remarques complémentaires en l'absence de référencement (choix du GTR) ou doublon au sein de ces recommandations :

- ⇒ Chambre d'inhalation non référencée, non recommandée, car non adaptée au profil des résidents d'EHPAD présentant des difficultés d'utilisation.
- ⇒ RAPPEL - Cette composition de dotation d'urgence relative peut, selon l'appréciation de l'établissement, être stockée avec la dotation d'urgence vitale ou avec la dotation de pharmacie de l'établissement. Cette dernière dotation ne fait pas l'objet de recommandations régionales, car dépendante des besoins spécifiques de l'établissement. Elle doit néanmoins être revue régulièrement, afin d'éviter tout mésusage et non utilisation de produits de santé arrivant à péremption.
Selon le choix du stockage de cette dotation d'urgence RELATIVE, il ne sera pas nécessaire d'avoir en doublon les références retrouvées également dans les autres dotations (ex : nébulisateur, bouteille d'oxygène..)

*Nébulisation pouvant être la technique de choix selon profil des résidents, pour l'administration du Salbutamol.

*Colonne « conforme » = utilisable pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (Quantité et date de péremption ≥ 2 mois) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais

ENTRETIEN ET VÉRIFICATION DES DOTATIONS D'URGENCES

DOTATION POUR CHARIOT OU TROUSSE POUR LES URGENCES VITALES

- **Liste définie et restreinte**
- Organisation interne à l'établissement défini le rythme des vérifications (contenu + périmés) – rythme recommandé pour éviter tout erreur : mensuel
- Réapprovisionnement sur commande du médecin
- Interdiction de réintégrer les médicaments non-utilisés du résident
- Suivi des utilisations (traçabilité pour chaque médicament)
- Suivi du retrait des scellés

DOTATION POUR LES SOINS PRESCRITS EN URGENCE RELATIVE

- Le **contenu** de la **dotation** pour soins prescrits en urgence est **défini qualitativement et quantitativement par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent** en collaboration avec les médecins prescripteurs
- Une **convention** doit définir les **modalités d'approvisionnement et de renouvellement** de cette dotation (commande du médecin, pharmacien référent, état récapitulatif)
- Les médicaments pour besoins urgents sont détenus dans une **armoire identifiable fermée à clé**. L'EHPAD doit définir à l'aide d'une procédure interne les conditions et modalités d'accès à ce stock de produits de santé. Cette procédure anticipe les modalités d'accès pour le personnel soignant habilité extérieur à l'établissement (IDE d'astreinte, médecin urgentiste,...).
- La liste de cette dotation doit être disponible, garantie du maintien des informations indispensables à la **traçabilité** des utilisations pour réassort de la dotation.

Le groupe de travail vous propose en annexe de ces recommandations différents supports pratiques à retrouver à la fin de ce guide (dont des modèles types de grilles de vérification, affiches, protocoles, ...).

Ce référentiel vous propose de réaliser les vérifications directement au sein du listing proposé de chacune des dotations. Une colonne « conforme » a été insérée pour le contrôle régulier du contenu de la dotation (quantité suffisante et date de péremption conforme) – en cas de non-conformité respecter la procédure interne pour remplacement dans les meilleurs délais.

La vérification et l'ouverture de la trousse d'urgence doivent être tracées :

- Les 2 numéros de scellés sont identifiables (celui de l'ouverture et celui de la fermeture)
- La personne ayant effectué la vérification ou utilisé le chariot d'urgence est identifiée : nom, prénom, signature

SYSTÈME D'ASPIRATION

Le système d'aspiration portable type LSU, présent près de la trousse d'urgence vitale doit être branché sur secteur en permanence et être prêt à fonctionner.

Les sondes d'aspiration et le raccord STOP/VIDE doivent être immédiatement disponibles dans le réceptacle prévu à cet effet et ne doivent pas être montées à l'avance (sinon perte du caractère stérile du dispositif médical).

Une vérification de l'état de charge du système d'aspiration et un test de bon fonctionnement doivent être effectués lors de la vérification mensuelle de la dotation d'urgence vitale.

VERIFICATION MENSUELLE – Ci-dessous modèle type de support pour la vérification mensuelle du système d'aspiration :

| SYSTEME D'ASPIRATION | Mois/année - CONFORMITE | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Etanchéité du système bocal et présence de la valve d'arrêt de vide (« souris ») | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Branchement sur la prise murale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Test de la dépression | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

BOUTEILLE D'OXYGENE

VERIFICATION MENSUELLE – Ci-dessous modèle type de support pour la vérification mensuelle de la bouteille d'oxygène :

Mois/année :

Couleur du manomètre ou indicateur d'autonomie restante (selon le modèle de bouteille) :

- Vert ou autonomie suffisante
- Rouge ou autonomie INsuffisante => changer la bouteille

DEFIBRILLATEUR : PROCEDURE MENSUELLE DE CONTROLE

Le défibrillateur doit être facilement accessible par tous et en bon état de fonctionnement.

VÉRIFIER

- **Défibrillateur automatisé externe (DAE)**

- L'absence d'alarme de dysfonctionnement, le voyant doit être vert clignotant.
- Les électrodes de défibrillation (vérifier la date de péremption et **la compatibilité des électrodes avec le modèle de défibrillateur**)
- La carte mémoire

A PROPOS DE LA BATTERIE du DAE

1. Elle doit être testée tous les ans (service technique de l'établissement ou prestataire externe)
2. Si DAE, prévenir immédiatement le service responsable (biomédical, technique, direction...) si alarme (Bip et affichage croix rouge)

NETTOYAGE DES SURFACES EXTERNES DU DÉFIBRILLATEUR

1. Pas de liquide à l'intérieur du boîtier
2. Désinfection à l'aide de lavettes imprégnées de détergent/désinfectant ou à défaut avec des lingettes pré-imprégnées d'un détergent/désinfectant.
3. Pas d'abrasif ou de solvant

Le défibrillateur automatisé externe est un dispositif médical non critique (contact avec la peau intacte du patient)¹⁶. De ce fait, le niveau de risque infectieux est "bas risque" et le dispositif requiert une désinfection de bas niveau.

Tout en respectant les consignes du fabricant, le détergent/désinfectant employé doit répondre aux normes d'activité suivantes en condition de saleté :

- bactéricidie : NF EN 13727, NF EN 16615 si lingette
- léviricidie : NF EN 13624 (*Candida albicans*), NF EN 16615 si lingette
- virucidie (virus enveloppé) : NF EN 14476+A2, NF EN 17111

PROCÉDURE ANNUELLE DE CONTRÔLE DU DÉFIBRILLATEUR PAR le service technique

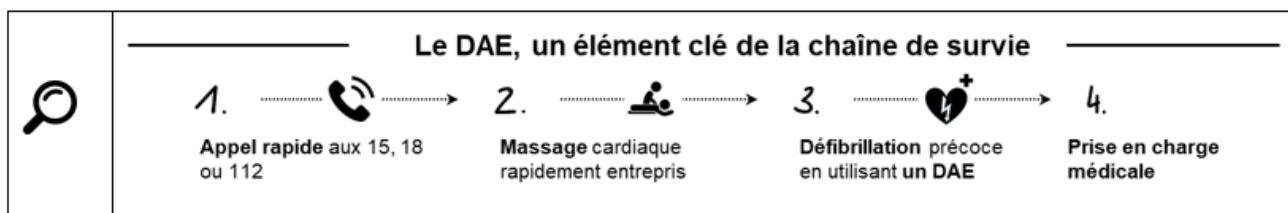
Date de contrôle :

Vérifier l'étiquette collante apposée sur le défibrillateur après chaque contrôle
Prévenir le service technique si le dernier contrôle date de plus d'un an

DEFIBRILLATEUR AUTOMATISE EXTERNE (DAE)

Un défibrillateur automatique externe (DAE) est un dispositif médical qui aide à la réanimation de victimes d'arrêt cardiaque. Son utilisation s'accompagne d'un massage cardiaque, pour augmenter les chances de survie.

Par décret n°2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des DAE par des personnes non-médecins, **toute personne, même non-médecin, est habilitée à utiliser un DAE**, quel que soit son âge.



Depuis le 1^{er} janvier 2022 les structures d'accueil pour personnes âgées et les structures d'accueil pour personnes handicapées, ainsi que les établissements de soins sont dans l'obligation de détenir un DAE (décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018).

Le DAE est un dispositif médical soumis à une obligation de maintenance, incomptant à l'exploitant, afin de s'assurer que le DAE soit opérationnel. La maintenance doit être réalisée suivant les préconisations du fabricant décrites dans la notice d'utilisation, par l'exploitant lui-même, le fabricant ou sous sa responsabilité

([Les DAE](#) – site du Ministère de la Santé – mise à jour 09.08.24)

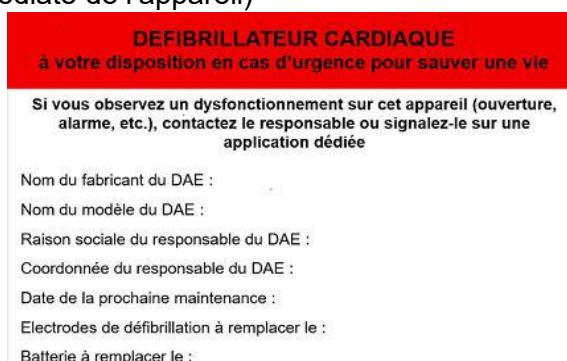
DAE ou DEAE ou DSA – quelle différence ?

Un défibrillateur semi-automatique (DSA) nécessite une validation humaine pour délivrer un choc. Un défibrillateur entièrement automatisé externe (DEAE) ne nécessite pas d'autre intervention humaine que la pose des électrodes.

Les défibrillateurs semi-automatiques et défibrillateurs entièrement automatisés externes sont aussi appelés défibrillateurs automatisés externes (DAE).

Grâce à l'assistance vocale l'utilisateur est guidé pas à pas, du massage cardiaque au placement des électrodes

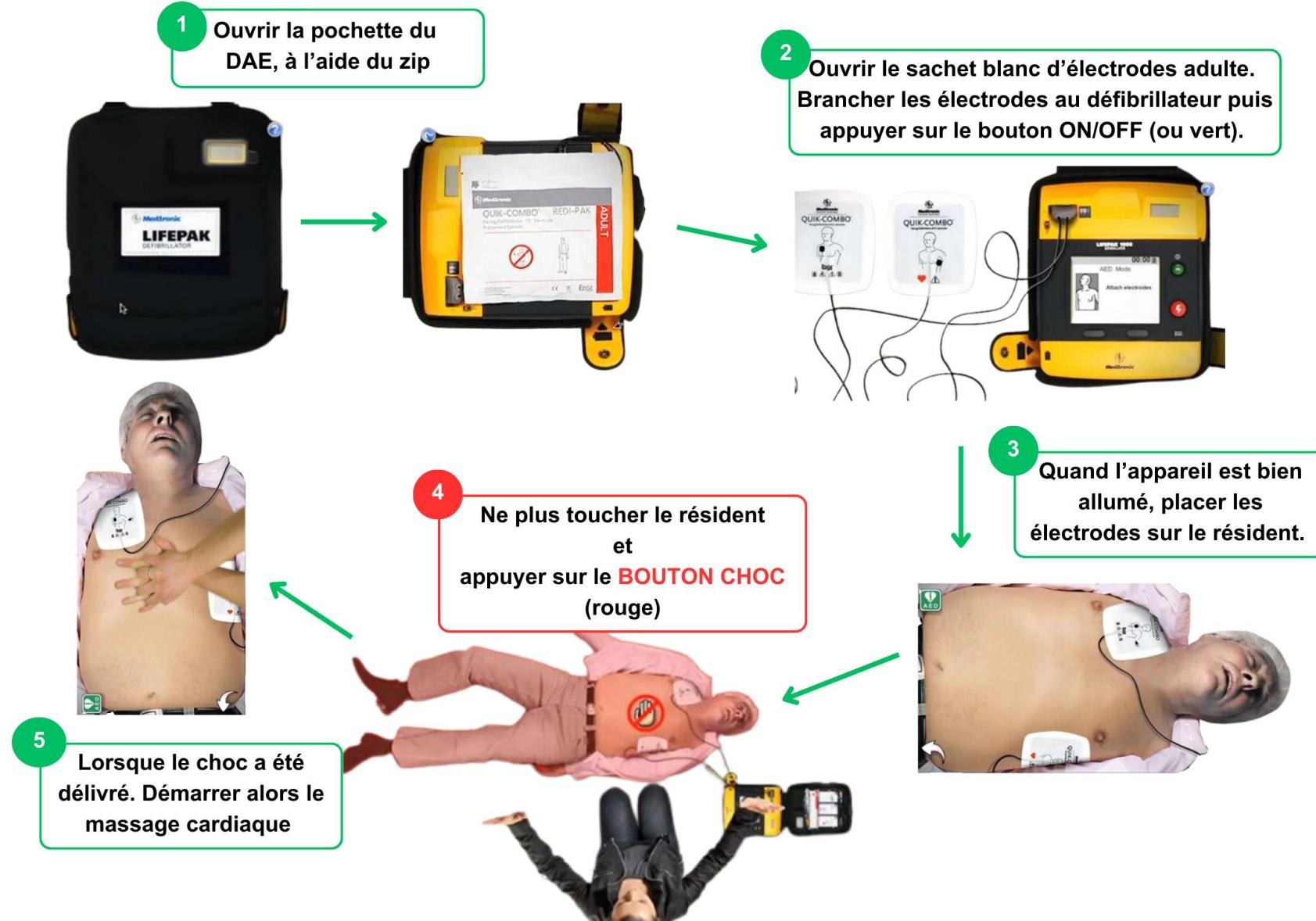
- Le DAE doit obligatoirement être toujours prêt à l'emploi, en bon état de fonctionnement, avec tous ses accessoires. En cas de dysfonctionnement contacter le responsable (aide mémoire sur étiquette à proximité immédiate de l'appareil)



- Les électrodes doivent toujours être immédiatement remplacées après utilisation. [Il est important de s'assurer de la compatibilité des électrodes de défibrillation avec le modèle de défibrillateur contenu dans votre service et/ou établissement].
- Après utilisation, les données médicales sont enregistrées dans la carte mémoire de l'appareil (résultats du test, nature des chocs délivrés, etc...). Elles pourront être mises à disposition des services de secours.
- L'utilisation du DAE doit être notée dans le livret par l'IDE référente ou la personne ayant pris en charge le résident (cf formulaire en annexe)

EXEMPLE - FICHE D'UTILISATION DU DEFIBRILLATEUR AUTOMATISE EXTERNE (DAE)

Exemple de fiche. Elle doit être facilement disponible et être à jour face au modèle



REAPPROVISIONNEMENT APRES UTILISATION DE LA DOTATION D'URGENCE (VITALE OU RELATIVE)

La dotation doit être renouvelée le plus vite possible après utilisation afin d'avoir un stock rapidement complet et disponible en cas de nouvelle situation d'urgence.

Secteur de l'EHPAD

L'IDE, cadre ou l'AS, selon l'organisation de l'EHPAD (cf. préambule) procède à l'inventaire des produits utilisés :

- **Identification du produit**
- **Quantité utilisée**

Ce soignant réalise une demande de réapprovisionnement à la pharmacie à partir du formulaire spécifique ou effectue un remplacement des médicaments manquants de la trousse d'urgence vitale, à l'aide des médicaments disponibles dans la dotation d'urgence relative du service. Le médecin coordinateur ou référent est tenu informé des demandes de réapprovisionnement de cette dotation.

La procédure de réapprovisionnement doit être adaptée au fonctionnement de chaque établissement. Elle est écrite en collaboration avec le médecin coordinateur ou référent, le pharmacien référent et l'IDE référente. Il doit être réalisé dans les meilleurs délais pour la trousse d'urgence vitale, afin d'assurer sa conformité et son opérationnalité.

• Validation de la réception par le secteur de l'EHPAD

Les produits sont identifiés dès la réception dans un bac identifié « produits pharmaceutiques pour trousse d'urgence » ou « produits pharmaceutiques pour dotation d'urgence ».

Un bon de validation de la demande est joint aux produits pharmaceutiques.

L'IDE valide la réception en vérifiant le libellé, le dosage, la référence du produit, la quantité et la date de péremption.

Remarque : les quantités sont respectées (pas d'adaptation au conditionnement) et les péremptions les plus longues ont été sélectionnées en priorité.

GESTION DES PERIMES

L'infirmier inscrit les produits présentant **une date de péremption inférieure à 2 mois*** sur la feuille « gestion des périmés », demande le réapprovisionnement à la pharmacie.

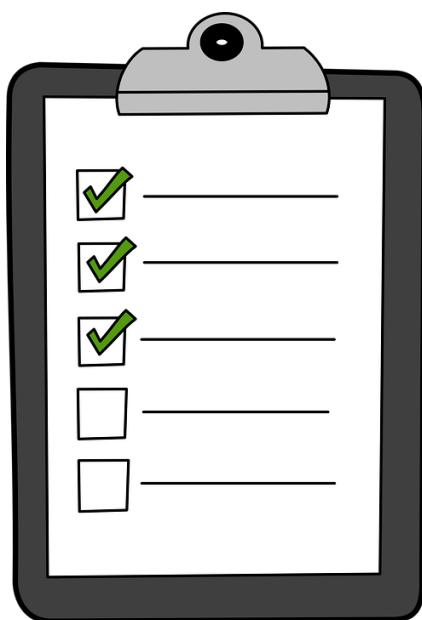
* *selon la convention établie avec le pharmacien d'officine ou de PUI et l'organisation définie par l'EHPAD (cf. en annexe, lien vers convention type)*

Le circuit des retours des périmés est cadré en lien avec le pharmacien référent.

Le transport des médicaments est sécurisé (scellé). Le stockage des médicaments permet une utilisation en premier des lots de médicaments se périmant en premier.

Dès réception et après contrôle des nouveaux produits, l'infirmier retourne les produits périmés à la pharmacie en joignant le document complété.

AUDIT DE PRATIQUES DE LA TROUSSE D'URGENCE VITALE EN EHPAD



Préambule

Ce document est destiné à orienter les EHPAD dans la réalisation de leur visite de conformité dotation d'urgence vitale, ainsi que dans la rédaction du procès verbal (PV) de ces visites. Chaque trousse d'urgence devra faire l'objet d'une visite de conformité au minimum une fois par an par l'équipe de la pharmacie (PUI, pharmacien d'officine), cadre de service ou par le référent médicaments de l'établissement.

D'après un document réalisé par le CHU d'Orléans (45)

Audit de pratiques en EHPAD : La trousse d'urgence VITALE

Date :
N° de la grille :
Nom des évaluateurs :



Cette grille doit être remplie par les auditeurs

| Vérification | | | |
|--|--|---|--|
| 1 | La liste « contenu commun de la trousse d'urgence » est à disposition des équipes ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Non retrouvée | |
| Si non ou non retrouvé, passer à la question 3 Si oui, passer à la question 2 | | | |
| 2 | Le listing se trouve ? | <input type="checkbox"/> Dans le classeur « prise en charge IDE » <input type="checkbox"/> Sur le chariot ou dans la trousse d'urgence <input type="checkbox"/> Ailleurs, préciser : | |
| 3 | Quelle est la version en ligne du listing disponible ? | <input type="checkbox"/> 2025 <input type="checkbox"/> 2024 <input type="checkbox"/> 2023 <input type="checkbox"/> 2022 <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/> antérieure à 2021 <input type="checkbox"/> plusieurs versions <input type="checkbox"/> Autre, préciser | |
| 4 | Quelle est la localisation du chariot ou de la trousse d'urgence ? | <input type="checkbox"/> Dans la salle de soins <input type="checkbox"/> Dans le couloir <input type="checkbox"/> Dans une pièce réservée <input type="checkbox"/> Autre, préciser : | |
| 5 | Quelle est la localisation du défibrillateur ? | <input type="checkbox"/> Dans la salle de soins <input type="checkbox"/> Dans le couloir <input type="checkbox"/> Dans une pièce réservée <input type="checkbox"/> Sur le chariot <input type="checkbox"/> Autre, préciser : | |
| 6 | Quel est le type de défibrillateur à disposition ? | <input type="checkbox"/> DAE <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> ½ automatique | |
| 7 | La trousse (ou chariot) d'urgence est-elle sécurisée par un indicateur d'inviolabilité (scellé) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 8 | Existe-t-il une traçabilité de la vérification mensuelle de la trousse d'urgence par l'IDE ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 9 | Existe-t-il une traçabilité de la vérification mensuelle du défibrillateur par l'IDE ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 10 | Existe-t-il une traçabilité de la vérification de la trousse d'urgence après son utilisation ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Non adapté | |
| 11 | La vérification de la trousse d'urgence a-t-elle été effectuée mensuellement ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 12 | La composition de la trousse d'urgence est-elle respectée ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 13 | La trousse d'urgence contient-elle un produit pharmaceutique périmé ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 14 | L'intégrité des emballages assurant la stérilité des dispositifs médicaux est-elle préservée ? (pas de pliage, pas d'agrafe, pas d'élastique, pas d'écriture sur l'emballage, ...) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 15 | L'affiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » est visible | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 16 | L'affiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » est complète et à jour (numéro de tel, emplacement...) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Remarques et commentaires : | | | |

PROCÉDURE D'ALERTE EN CAS D'URGENCE



CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE

Une fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » doit exister et doit être affichée. Il convient de s'assurer qu'elle soit bien renseignée avec des données à jour. Son emplacement doit être stratégique, afin d'être accessible à tous.

Exemple d'affiche :

Secteur – nom de l'établissement :



N° APPEL D'URGENCE :

.....

AS & AMP



Appeler l'**IDE** sans délai.
En l'absence de l'**IDE**,
appeler le 15.

IDE



Appeler le **médecin présent**
ou le 15
et si signes de gravité,
poser une perfusion
intraveineuse sur avis du 15

MESSAGE A TRANSMETTRE :

- Préciser le type d'urgence (vitale ou relative)
- Préciser si possible les principaux paramètres vitaux (pouls, pression artérielle, respiration, saturation, conscience)
- Insister sur le caractère vital
- Bien préciser le lieu (service, section, étage, chambre)
- Faire ouvrir la porte du bâtiment si fermeture de nuit

CONTACTS INTERNES à l'établissement :

- Médecin et numéros / bip spécifiques à l'établissement à appeler en cas d'urgence :

JOUR :

NUIT et GARDE :

- En cas de dispositif IDE de nuit, numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence :
NUIT et GARDE

Localisation du matériel d'urgence :

Localisation du défibrillateur* :

* Toute personne peut (doit !) utiliser le défibrillateur en cas d'arrêt cardio-respiratoire.
Son utilisation n'est pas réservée au personnel soignant (médecin, IDE...).

Date de rédaction :



REPERER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Pouls inf à 50/mn ou sup à 120/mn
- Pression artérielle systolique inf à 100 ou sup à 200 aux 2 bras
- Fréquence respiratoire inf à 10/mn ou sup à 25/mn
- Saturation en O₂ inf à 90% hors insuffisance respiratoire chronique
- Sueurs, marbrures, somnolence
- Difficultés respiratoires (cyanose, ventilation bruyante, tirage, balancement, parole difficile) voir fiche n°15
- Douleurs aiguës et intenses (ALGOPLUS sup à 3)
- Modification de la conscience (coma léger, coma profond)
- Convulsions (mouvements involontaires saccadés)
- Paralysie ou impotence d'apparition BRUTALE (face, membre, moitié du corps)

D'après un document réalisé par le CHRU de Tours (37) et la ressource ci-dessous :

Le GTR Dotations d'urgence en EHPAD en Centre-Val de Loire : « IDE et Aide-soignant en EHPAD – 20 symptômes – 20 fiches Conduites à tenir » ARS Ile de France et SGGIF : IDE et aide-soignante en EHPAD - Conduite à tenir en cas d'urgence | Agence régionale de santé Ile-de-France (sante.fr) – Décembre 2016

AS & AMP



Appeler l'IDE sans délai.
En l'absence de l'IDE,
appeler le 15.

IDE



Appeler le médecin présent
ou le 15
et si signes de gravité,
poser une perfusion
intraveineuse sur avis du 15

POUR TRANSMETTRE

J'indique le contexte

Sans retarder les gestes urgents

Je transmets la fiche du DLU (Dossier de liaison d'urgence)

Je réponds aux questions :

Depuis combien de temps les troubles existent-ils ?

Est-ce le premier épisode de ce type ou non ?

Chuteur à répétition ?

Je décris les troubles

Survenue brutale ou progressive

Circonstance d'apparition : repos, effort, repas, toux, modifications thérapeutiques

Signes présentés (douleurs, dyspnée, etc.,)

Angoisse, agitation associées

Je décris les signes cliniques

État de conscience (cf GLASGOW si possible) ou coma léger ou profond, calme ou agité

Pouls

Température T°inf à 36°C ou sup à 38,5°C

Pression artérielle

Fréquence respiratoire, difficultés respiratoires, saturation en O₂,

Sueurs, crachats

Glycémie capillaire au doigt (Dextro) inf à 0,8g ou sup à 3g

Appeler le SAMU : ☎ 15

MESSAGE A TRANSMETTRE

- Préciser votre nom et numéro de téléphone où l'on peut vous rappeler,
- Bien préciser le lieu (établissement, bâtiment, étage, local...),
- Préciser le type d'urgence,
- Préciser si possible les principaux paramètres vitaux (conscience, ventilation, pouls...),
- Insister sur le caractère vital,
- Insister sur les gestes que vous avez effectués.

La régulation du SAMU vous demandera alors de raccrocher...

Edition février 2007 - Annule et remplace toutes les notes précédentes.

LES PREMIERS GESTES D'URGENCE

CONSTATER

1. Perte de connaissance
2. Respiration anormale
3. Absence de pouls (carotidien ou fémoral)



RAPPEL DES GESTES DE SURVIE EN CAS D'ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE **ALERTER MASSER DEFIBRILLER**



1 7 étapes clés avant l'arrivée d'une équipe spécialisée :

ALERTER

1. Appeler du renfort
2. Faire prévenir le médecin tel que précisé sur la fiche d'alerte
 - Insister sur le caractère vital et urgent, préciser le type d'urgence
 - Préciser les principaux paramètres vitaux disponibles (Pouls, pression artérielle, respiration, saturation, conscience)
 - Préciser le lieu (service, section, étage, chambre)
3. Faire chercher le chariot d'urgence et le défibrillateur
4. Débuter parallèlement les premiers gestes de survie
5. Faciliter l'accès au lit du patient

2

LIBÉRER : LIBÉRATION DES VOIES AÉRIENNES

Vérifier l'absence de corps étranger, hyperextension de la tête, subluxation de la mâchoire inférieure, canule de Guédel

3

MASSER : MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE

Patient installé à plat en décubitus dorsal,
Massage cardiaque externe vite et fort 100-120/min
Alterner 30 MCE avec 2 insufflations

4

DEFRIBILLER / DEFIBRILLATION :

Allumer le défibrillateur et suivre les instructions, brancher les électrodes

5

VENTILER Ventilation artificielle avec apport d'oxygène 15 l/min BAVU et masque facial.

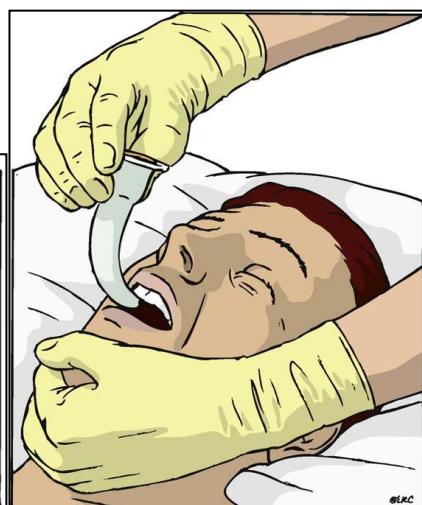
6

⇒ PERFUSER : Mettre en place une voie d'abord fiable avec du sérum physiologique si le patient n'est pas perfusé.

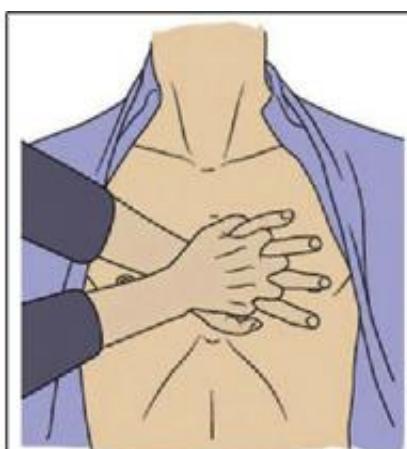
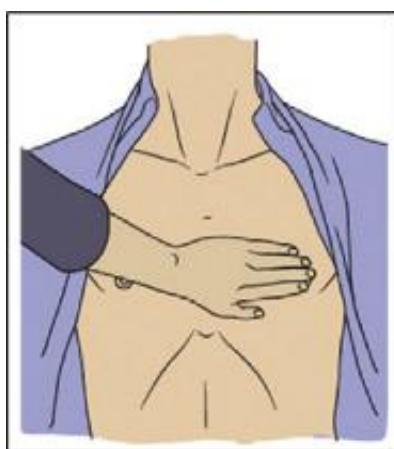
7

⇒ Brancher le système d'aspiration et vérifier son bon fonctionnement +++

CONTRÔLE DES VOIES AÉRIENNES ②



MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE ③



DÉFIBRILLATEUR

4

Signalétique

La signalétique doit permettre à tout témoin d'un arrêt cardiaque de s'orienter rapidement vers le DAE le plus proche

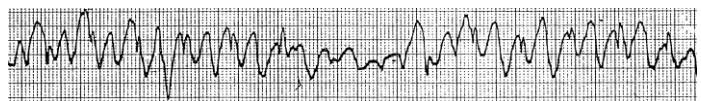
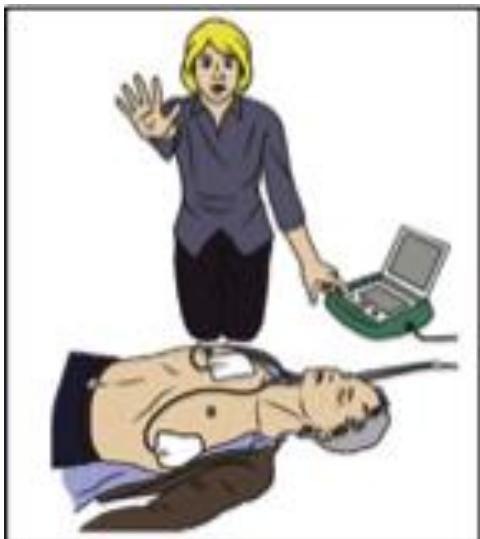


Déclaration

Pour participer activement à la géolocalisation, les informations relatives à l'accessibilité et à la localisation de vos DAE sont à déclarer au sein de la base nationale

Maintenance

Le DAE est un dispositif médical soumis à une obligation de maintenance. Veuillez vous référer aux recommandations du fabricant et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé



Maintenir son DAE n'équivaut pas uniquement à la supervision de son dispositif mais également à la mise à jour régulière de ses composants, et notamment des consommables (batterie, électrodes) et de son logiciel, conformément aux recommandations du fabricant.

Mettre un DAE à disposition du grand public, c'est s'engager à assurer une maintenance régulière pour que ce dispositif soit opérationnel à tout moment.

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament émet des [recommandations relatives à la maintenance des dispositifs médicaux](#)

LE DAE DOIT ÊTRE UTILISÉ PAR TOUT PROFESSIONNEL CONCERNÉ
Le DAE ne doit pas être éteint avant l'arrivée d'une équipe médicale

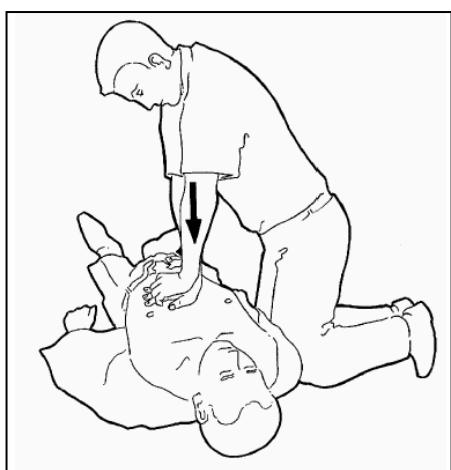
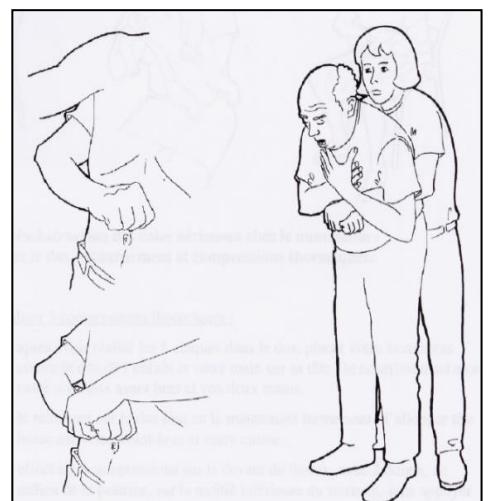
VENTILATION



CORPS ÉTRANGER, FAUSSE ROUTE

Détresse respiratoire, arrêt cardiaque au cours du repas

- CINQ CLAQUES VIGOUREUSES DANS LE DOS
- CINQ COMPRESSIONS ABDOMINALES
- DÉBUTER RAPIDEMENT LES MANŒUVRES DE RÉANIMATION



CADRE DE REFERENCE REGLEMENTAIRE

Le circuit des médicaments et la prise en charge en urgence des résidents d'EHPAD s'inscrit dans le respect du Code de la Santé Publique (CSP) et du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Depuis la loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, la HAS a répertorié les exigences de qualité et de sécurité à saisir par les ESSMS au sein du dispositif d'évaluation s'appuyant sur un référentiel national commun à tous les ESSMS [article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)].

- ⇒ La gestion des médicaments d'urgence en EHPAD est cadrée pour garantir la sécurité des résidents.
- ⇒ Les ESSMS doivent s'assurer que les protocoles d'urgence sont bien définis, que le personnel est correctement formé et que les médicaments sont gérés de manière rigoureuse et sécurisée.
- ⇒ En l'absence d'IDE la nuit sur site, il est fortement recommandé de mettre en place un système permettant d'assurer une continuité des soins et participant à l'éviction des hospitalisations évitables (notamment dans le contexte de l'urgence).
Les dispositifs de convention IDE de nuit doivent permettre de répondre aux situations d'urgence vitale ou relative dans les meilleurs délais.
- ⇒ Dans le cadre de la régulation de l'urgence vitale ou relative, les médecins de recours aux urgences (urgentistes, médecins d'astreinte et médecins de la hotline gériatrique, voire IPA), doivent prendre en compte les compétences des soignants disponibles dans les consignes transmises par téléphone (ex : les AS/ASH ne sont pas habilités réaliser l'administration d'un médicament injectable au résident, ni à se servir dans le stock global de médicaments non préparés à l'avance pour un résident donné). Lorsqu'une administration peut attendre l'arrivée ultérieure d'un médecin ou d'un IDE, cela devrait être précisé et tracé.
- ⇒ Les directives anticipées élaborées avec le résident (et ses aidants) doivent être accessibles afin d'adapter la prise de décision du corps médical, dans la situation d'urgence (ex : réanimation, respiration artificielle, intervention chirurgicale...).

RESPONSABILITES ET COMPETENCES DU PERSONNEL D'EHPAD EN SITUATION D'URGENCE

1. Infirmiers (IDE) :

- **Responsabilités** : Déetecter une situation relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, évaluer la gravité de la situation, mettre en œuvre le protocole de soins d'urgence s'il existe. Décider des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin, assurer les premiers soins, administrer les traitements d'urgence, et coordonner avec les services d'urgence (SAMU). Assurer l'entretien, le suivi et le renouvellement des dotations d'urgences.
- **Compétences** : Connaissance des protocoles d'urgence, capacité à effectuer des gestes techniques (prise de tension, pouls, saturation), et transmission précise des informations médicales (R.4311CSP). Connaissance des lieux de stockage et du contenu des dotations d'urgence.

Niveau de responsabilité – différences clés entre IPA, IDEC et IDE : L'IPA a des responsabilités cliniques avancées et peut intervenir directement dans des situations complexes, tandis que l'IDEC se concentre davantage sur la coordination et la supervision des soins. L'IDEC met en place des procédures pour l'accès rapide des produits en cas d'urgence, gère l'organisation des stocks et approvisionnement en produits de santé. L'IDEC, en collaboration avec le médecin coordonnateur, le pharmacien et la direction, assure l'analyse des risques liés à la prise en charge en urgence. L'IDE est principalement impliqué dans l'exécution des soins d'urgence et la gestion immédiate des situations critiques. L'IDE sera le plus souvent en 1^{ère} ligne pour les soins directs aux résidents.

2. Aides-soignants (AS) :

- **Responsabilités** : Déetecter les signes de détresse, les situations d'urgence ou de détresse psychologique et signaler immédiatement aux IDE ou médecins. Assurer les premiers soins en attendant l'arrivée des infirmiers ou des secours médicaux (SAMU). Assister les IDE dans les soins d'urgence et la surveillance des résidents (prise de tension, pouls, surveillance des signes vitaux). Assurer le confort, le soutien et la sécurité des résidents en situation de stress ou d'anxiété.
- **Compétences** : Formation aux gestes de premiers secours, capacité à repérer les signes de gravité, et communication efficace avec les IDE et les services d'urgence. Assistance immédiate aux IDE et médecins en cas d'urgence. Observation des signes de détresse et signalement rapide aux IDE.

3. Agents de service hospitalier (ASH) :

- **Responsabilités** : Assurer la propreté et l'hygiène des locaux, aider à la préparation des équipements d'urgence, et soutenir le personnel soignant en cas de besoin. Observer les résidents et signaler immédiatement toute anomalie ou situation d'urgence aux professionnels qualifiés (rondes et détection de risque potentiel). Utilisation du DAE si nécessaire.
- **Compétences** : Connaissance des protocoles d'hygiène, capacité à réagir rapidement en situation d'urgence, et compétences en soutien logistique (aide à la mise en place du matériel d'urgence et préparation des espaces pour les interventions médicales). Communication efficace avec les autres membres du personnel et services d'urgence.

4. Accompagnant Educatif et Social (AES) (ex AMP – auxiliaire médico psychologique) :

- **Responsabilités** : Assister les résidents dans les actes de la vie courante, comme l'hygiène, les repas et les déplacements, et fournir les premiers secours si nécessaire (utilisation du DAE). Offrir un soutien émotionnel et psychologique aux résidents en situation de stress, anxiété et/ou d'urgence. Aide à gérer les crises et le maintien du calme parmi les résidents. Observer les résidents et signaler la situation d'urgence. En cas d'urgence, les AES doivent immédiatement alerter un IDE ou un médecin pour une prise en charge appropriée. Ils peuvent participer à l'assistance aux soins d'urgence sous supervision infirmière ou médicale.
- **Compétences** : Capacité à écouter, comprendre et accompagner les besoins émotionnels des résidents. Capacité à réagir rapidement en situation d'urgence.

5. **Pharmaciens** (en officine ou en PUI) :

- **Responsabilités** : Gérer les stocks de médicaments d'urgence (approvisionnement et dispensation), assurer la conformité des dotations, et conseiller le personnel sur l'utilisation des médicaments.
- **Compétences** : Expertise en pharmacologie, gestion des stocks de médicaments, et connaissance des protocoles d'urgence. Support clinique et conseils sur les traitements d'urgence.

6. **Médecins coordonnateurs** :

- **Responsabilités** : Coordonner les soins médicaux au sein de l'EHPAD et les soins paramédicaux en lien direct avec l'IDEC. Superviser la prise en charge médicale des résidents, établir les protocoles d'urgence, et assurer la liaison avec les médecins traitants et les services d'urgence. Participation à l'évaluation des résidents (évaluation des besoins et élaboration de leur projet de soins (dont directives anticipées)).
- **Compétences** : Expertise en gériatrie, gestion des situations d'urgence, et coordination des soins au sein de l'EHPAD. Diagnostic rapide et initiation de traitement d'urgence. Coordination des interventions avec les services d'urgences externes si nécessaire.

7. **Directeurs d'EHPAD** :

- **Responsabilités** : Assurer la mise en place des protocoles d'urgence, garantir la formation continue du personnel, et veiller à la conformité réglementaire de l'établissement.
- **Compétences** : Connaissance des réglementations en vigueur, compétences en gestion de crise, et capacité à coordonner les équipes et les ressources.

D'autres professionnels peuvent intervenir en amont ou en aval des situations d'urgence en EHPAD : l'ergothérapeute, le masseur-kinésithérapeute, le psychologue, etc. Ils participent à la prévention des risques et à l'optimisation des prises en charge dans le parcours du résident en situation d'urgence vitale ou relative (ex : prévention des chutes).

La nuit en l'absence d'IDE dans l'EHPAD :

En l'absence d'un IDE la nuit en EHPAD, l'AS, l'ASH ou l'AES joue un rôle crucial dans la gestion des situations d'urgence. Ces professionnels apportent chacun leurs compétences spécifiques pour une prise en charge efficace.

Responsabilité spécifique de l'AS en l'absence d'IDE

1. **Surveillance continue** :

- **Observation des résidents** : L'AS doit surveiller attentivement l'état de santé des résidents, en étant vigilant aux signes de détresse ou de changement soudain.
- **Rondes régulières** : Effectuer des rondes régulières pour s'assurer que tous les résidents sont en sécurité et répondre rapidement à leurs besoins. Sous réserve d'autorisation préalable des résidents pour entrer dans leur chambre pendant leur sommeil, si cela est nécessaire.

2. **Premiers soins** :

- **Intervention immédiate** : En cas d'urgence vitale, l'AS doit administrer les premiers soins de base, pour stabiliser le résident en attendant l'arrivée des secours médicaux. Tels que la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), le contrôle hémorragique (pression directe), surveillance des signes vitaux, immobilisation préventive d'éventuelle aggravation de blessure (ex : en cas de chute).
- **Utilisation du matériel d'urgence** : Savoir utiliser le matériel d'urgence disponible, comme les défibrillateurs automatiques externes (DAE), et suivre les protocoles établis.

3. **Communication et alerte** :

- **Appel des services d'urgence** : En cas de situation critique, l'AS doit contacter immédiatement les services d'urgence (SAMU, pompiers) et fournir des informations précises sur l'état du résident.

- Dans les situations d'urgences relatives, l'AS contacte selon l'organisation interne de l'établissement le professionnel de santé qualifié pour la gestion de l'urgence (astreinte (IDE ou médicale)).
- **Notification des responsables** : Informer rapidement le médecin coordonnateur ou le responsable de garde de la situation pour obtenir des instructions supplémentaires

4. **Documentation et suivi :**

- **Enregistrement des événements** : Documenter les détails de l'incident, les actions entreprises et les observations faites pendant l'urgence.
- **Suivi post-urgence** : Assurer un suivi des résidents après l'incident pour surveiller leur état de santé et signaler tout changement.

- [Limites et cadre légal](#)

L'AS (ou l'ASH ou l'AES) doit toujours agir dans le cadre de ses compétences et respecter les protocoles en vigueur. Il ne peut pas réaliser de gestes médicaux complexes réservés aux IDE ou aux médecins. En cas de dépassement de ses compétences, il/elle doit immédiatement solliciter l'aide d'un professionnel de santé qualifié.

TEXTES DE LOI SUR LE ROLE DU MEDECIN (COORDONNATEUR ET/OU PRESCRIPTEUR)

- **Article L313-12** du CASF : le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qu'il peut lui-même réaliser, en cette qualité et en articulation avec le médecin traitant, dans des conditions prévues par décret. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au II de l'article L. 5126-10 du code de la santé publique.
- **Article D.312-158** du CASF, le médecin coordonnateur d'un EHPAD a pour mission de définir, avec l'équipe soignante, les protocoles de soins, y compris les mesures d'urgence. Il doit veiller à ce que les médicaments nécessaires soient disponibles et utilisés conformément aux bonnes pratiques.

TEXTES DE LOI SUR LE ROLE DE L'IDE

L'article R. 4311-7 du CSP précise que la préparation des médicaments conformément à une prescription médicale est de la **compétence exclusive de l'IDE**, une aide-soignante n'a pas la compétence pour préparer les médicaments prescrits par un médecin ou une IPA.

Concernant l'administration des médicaments, l'article R4311-4 du CSP permet à l'IDE, sous sa responsabilité, d'assurer les actes relevant de sa compétence **avec la collaboration d'aides-soignants**, qu'il **encadre et dans les limites de la qualification** reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Le terme collaboration est important, il ne s'agit pas là d'une délégation, il n'y a pas de transfert de responsabilité.

- **Article R4311-1 du CSP :**

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

- **Article R4311-10 du CSP**

Cet article précise la participation de l'IDE à la mise en œuvre des actions en vue de faire face à des situations d'urgences.

- **Article R4311-14 du CSP :**

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière 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.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

- **Article R4311-5 du CSP :**

... Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage...

- Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ...
- Ventilation manuelle instrumentale par masque ...
- Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil...
- Recueil des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience...
- Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ...

- **Article R4311-5 du CSP :**

... Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- Mise en place et ablation d'un cathéter court
- Injections... dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux ...
- Pose d'une sonde à oxygène...
- Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux...
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie...

- **Article R4311-9 du CSP :**

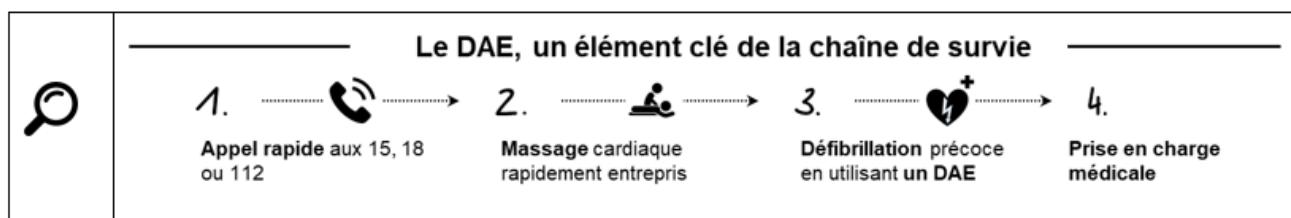
- L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :
 - Utilisation d'un défibrillateur manuel...

- **Article R4311-9 du CSP :**
- En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière 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.
- En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

UTILISATION DU DAE

Par décret n°2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des DAE par des personnes non-médecins, **toute personne, même non-médecin, est habilitée à utiliser un DAE**, quel que soit son âge.

Accompagné d'un massage cardiaque, **le DAE contribue à augmenter significativement les chances de survie**. Il est donc indispensable que **toute personne, témoin d'un arrêt cardiaque, initie la « chaîne de survie »** formée des 4 maillons qui procurent aux victimes les meilleures chances de survie.



Art R 6311-14 :

Les DAE qui sont au sens de la présente section les défibrillateurs externes entièrement automatiques et les défibrillateurs externes semi-automatiques, sont un dispositif médical dont la mise sur le marché est autorisée suivant les dispositions... et permettent d'effectuer :

1. L'analyse automatique de l'activité électrique du myocarde d'une personne victime d'un arrêt circulatoire afin de déceler une fibrillation ventriculaire ou certaines tachycardies ventriculaires
2. Le chargement automatique de l'appareil lorsque l'analyse mentionnée ci-dessus est positive et la délivrance de chocs électriques externes et la délivrance de chocs électriques externes transthoraciques, d'intensité appropriée, dans le but de parvenir à restaurer une activité circulatoire. Chaque choc est déclenché soit par l'opérateur en cas d'utilisation du défibrillateur semi-automatique, soit automatiquement en cas d'utilisation d'un défibrillateur entièrement automatique ;
3. L'enregistrement des segments de l'activité électrique du myocarde et des données de l'utilisation de l'appareil...

REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE

EHPAD sans Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Convention obligatoire

Les EHPAD sans PUI doivent conclure une convention avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine.
(cf lien vers le modèle type Omédit Normandie fournis dans ce guide)

Cette convention couvre :

- **La fourniture de médicaments et produits de santé** : Les modalités de dispensation, la préparation des doses à administrer (PDA), et la gestion des stocks d'urgence.
- **Le pharmacien référent** : Un pharmacien d'officine est désigné comme référent pour l'établissement. Il assure la coordination avec le médecin coordonnateur pour garantir la qualité et la sécurité de la dispensation.

Rôle du pharmacien dispensateur

- **Dispensation des médicaments** : Le pharmacien d'officine assure la fourniture des médicaments et des produits de santé aux résidents selon les modalités définies dans la convention.
- **Gestion des stocks d'urgence** : Le pharmacien établit, en collaboration avec le médecin coordonnateur, une liste de médicaments et produits de santé pour les urgences, stockés dans des locaux sécurisés au sein de l'EHPAD. Cette liste suit les recommandations, et est réévaluée régulièrement (notamment pour la dotation d'urgence relative).

Bonnes pratiques

- **Préparation des doses à administrer (PDA)** : La préparation des piluliers doit suivre des bonnes pratiques pour garantir la sécurité de l'administration et l'efficacité des traitements. Le pharmacien doit mettre en place des procédures de contrôle de qualité pour la préparation et la dispensation des médicaments au niveau de son officine, et accompagne au besoin les professionnels de l'EHPAD à la mise en place de procédure qualité sur ces étapes du circuit du médicament.
- **Suivi et traçabilité** : Le pharmacien doit assurer traçabilité des médicaments dispensés. Il doit assurer la mise en œuvre de la gestion des médicaments périmés et/ou médicaments non utilisés selon les recommandations de bonnes pratiques.

Transmission des informations

- **Communication avec l'ARS et le CROP** : La convention doit être transmise à l'Agence Régionale de Santé (ARS) par l'EHPAD et au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP) par le pharmacien.

EHPAD avec Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Les articles R.5126-1 à R.5126-49 du CSP régissent la gestion des pharmacies à usage intérieur (PUI) dans les établissements de santé, incluant les EHPAD. Ils stipulent les conditions de détention, de gestion et de dispensation des médicaments, y compris ceux d'urgence

Autorisation et fonctionnement de la PUI

1. Autorisation :

Création et fonctionnement : Les EHPAD doivent obtenir une autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour créer et exploiter une PUI.

Conditions d'implantation : La PUI doit respecter les conditions d'implantation et de fonctionnement définies par la réglementation, incluant les normes de sécurité et d'hygiène

2. Pharmacien gérant :

Qualifications : Seuls les pharmaciens titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de pharmacie peuvent exercer en PUI (art. R5126-2 du CSP). Une dérogation existe pour les pharmaciens non titulaires du DES cité dans l'article précédent (art. R5126-3 du CSP).

Responsabilités : Le pharmacien gérant est responsable de la gestion de la PUI, incluant l'approvisionnement, la préparation, la dispensation et la gestion des stocks de médicaments.

Missions et activités de la PUI

1. Gestion des médicaments :

Approvisionnement et dispensation : La PUI assure l'approvisionnement, la préparation et la dispensation des médicaments pour les résidents de l'EHPAD.

Sécurisation du circuit du médicament : La PUI doit garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse, en suivant les bonnes pratiques de préparation et de dispensation.

2. Pharmacie clinique :

Suivi thérapeutique : Le pharmacien participe au suivi thérapeutique des résidents, en collaboration avec les médecins et les autres professionnels de santé.

Conseil et formation : Le pharmacien offre des conseils sur l'utilisation des médicaments et participe à la formation du personnel soignant.

Bonnes pratiques et traçabilité

1. Préparation des doses à administrer (PDA) :

Normes de préparation : La préparation des piluliers doit suivre des bonnes pratiques pour garantir la sécurité et l'efficacité des traitements.

Contrôle de qualité : La PUI doit mettre en place des procédures de contrôle de qualité pour la préparation et la dispensation des médicaments.

2. Traçabilité :

Enregistrement des médicaments : La PUI doit assurer la traçabilité des médicaments dispensés, incluant l'enregistrement des lots et des dates de péremption.

Gestion des médicaments périmés : La PUI doit gérer les médicaments périmés et assurer leur élimination conforme à la réglementation.

Communication et coordination

1. Coordination avec les équipes médicales :

Collaboration : Le pharmacien de la PUI travaille en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur et les autres professionnels de santé pour assurer une prise en charge optimale des résidents.

Réunions de concertation : Participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour discuter des traitements et des besoins des résidents.

2. Transmission des informations :

Communication interne : Assurer une communication fluide avec le personnel de l'EHPAD pour garantir la continuité des soins.

Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur (PUI) et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)

Sous-section 2 : Installation et fonctionnement

Art. R. 5104-15. : Les pharmacies à usage intérieur (PUI) disposent de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipements et d'un système d'information leur permettant d'assurer l'ensemble des missions suivantes :

1. La gestion, l'approvisionnement et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles
2. La réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques
3. La division des produits officinaux.

En outre, sous réserve qu'elles disposent des moyens en locaux, personnel, équipements et systèmes d'information nécessaires, les pharmacies à usage intérieur peuvent être autorisées à exercer d'autres activités prévues aux articles L. 5126-5 et L. 5137-1, notamment :

1. La réalisation des préparations hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques
2. La réalisation des préparations rendues nécessaires par les expérimentations ou essais des médicaments mentionnés aux articles L. 5126-11 et L. 5126-12
3. La délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales mentionnés au 13o de l'article L. 5311-1
4. La stérilisation des dispositifs médicaux dans les conditions prévues par le décret mentionné à l'article L. 6111-1 (4e alinéa)
5. La préparation des médicaments radiopharmaceutiques.

Arrêté du 31/03/99 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances véneneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.

Section 3 : Détention et étiquetage des médicaments soumis à la réglementation des substances véneneuses.

Art. 9 : Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité.

Art. 10 : Le pharmacien décide en accord avec le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés de l'organisation dans l'unité de soins, des dispositifs de rangement des médicaments destinés à répondre aux besoins urgents.

Art. 11 : Le surveillant ou la surveillante de l'unité de soins ou un infirmier ou une infirmière désigné par écrit par le responsable de l'unité fixe, en accord avec le pharmacien, les dispositions propres à éviter toute perte, vol ou emprunt des clés de ces dispositifs de rangement lorsqu'ils existent. Les modalités de détention, de mise à disposition et de transmission des clés font l'objet d'une procédure écrite.

Art. 12 : Le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés déterminent après consultation du surveillant ou de la surveillante de l'unité de soins ou un infirmier ou une infirmière désignée par écrit par le responsable de l'unité, la dotation de médicaments permettant de faire face, dans l'unité concernée, aux besoins urgents. Ils fixent une liste qualitative et quantitative des médicaments composant cette dotation.

Arrêté du 6/04/2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Art. 5 : Dispositions organisationnelles

La direction de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou en concertation avec la conférence médicale d'établissement désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce dernier :

1. S'assure que le système de management de la qualité est défini, mis en oeuvre et évalué ;
2. Rend compte à la direction et à la commission ou la conférence médicale d'établissement du fonctionnement du système de management de la qualité ;
3. Propose à la direction et à la commission ou la conférence médicale d'établissement les améliorations du système de management de la qualité qu'il estime nécessaires.

Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse lorsqu'il n'est pas le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionné à l'article R. 6111-4 du code de la santé publique a l'autorité nécessaire pour l'exercice de ses missions.

Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements de santé dans le cadre d'une action de coopération

Art. 6 : Système documentaire

La direction de l'établissement veille à ce qu'un système documentaire relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse soit établi.

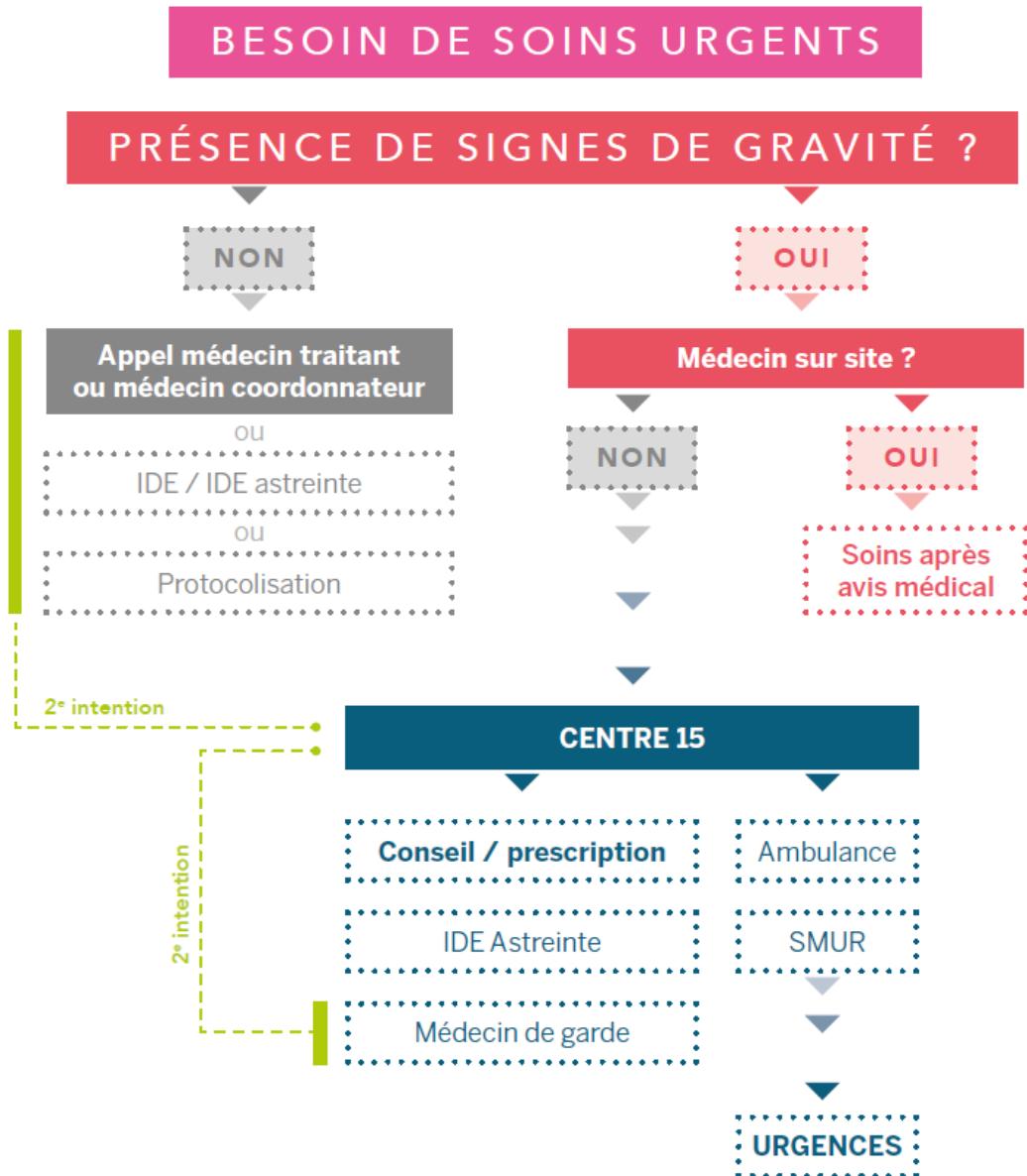
Art. 7 : Responsabilité et formation du personnel

La direction de l'établissement formalise les responsabilités, les autorités et les délégations de responsabilité de son personnel à toutes les étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur.

ANNEXES : QUELQUES OUTILS DE BON USAGE ET DE BONNES PRATIQUES SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE D'URGENCE EN EHPAD

Outils en libre accès à télécharger sur le site internet de l'OMéDIT Centre-Val de Loire
(www.omedit-centre.fr)

GESTION D'UNE SITUATION D'URGENCE



Guide-EHPAD-Urgences-mars-2017.pdf (est-rescue.fr)

Midazolam injectable pour sédation en soins palliatifs

Dispensation par l'officine. Administration au domicile

Validation Comité stratégique : juin 2023

Qu'est-ce que le midazolam ?

Benzodiazépine d'action rapide, de demi-vie courte (2-4h), ayant un **effet sédatif dose-dépendant**.

Multiples voies d'administration possibles (IV, SC, ...)

Disponible en France en pharmacie de ville (arrêtés du 15/12/2021 et du 9/02/2022).

Indications du midazolam en ambulatoire

En médecine ambulatoire, utilisation restreinte dans la sédation en soins palliatifs chez l'adulte :

- Sédation proportionnée
- Sédation profonde et continue (SPC)

Le médecin en tant que responsable, rédige la prescription mais :

- ✓ La décision est issue d'une réflexion collégiale

En cas de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, elle est imposée par la loi.

- ✓ L'appui d'une équipe spécialisée en soin palliatif est nécessaire

Réseaux, équipes mobiles de soins palliatifs, équipes d'hospitalisation à domicile (HAD)

Dispensation par l'officine

Problèmes rencontrés : *la prescription est imprécise, ce n'est pas la bonne concentration qui est délivrée, le volume des ampoules délivré n'est pas adapté, le nombre d'ampoules ne couvre pas le besoin pour 7 jours, etc.*

Prescription sur ordonnance sécurisée. Durée maximale de prescription 28 jours. Liste I assimilé stupéfiant.

Délivrance fractionnée de 7 jours maximum. Dispenser une seule et même concentration ; des ampoules de volume adapté pour limiter le nombre à casser par l'infirmier(e).



Chaque dispensation doit couvrir les besoins pour 7 jours (sauf mention contraire).



Quel dosage, quel code CIP ?

2 CONCENTRATIONS EXISTENT ET

3 VOLUMES SONT DISPONIBLES !

• 5 MG/ML EN AMPOULE DE 10 ML, SOIT 50 MG/AMP

• 5 MG/ML EN AMPOULE DE 1 ML, SOIT 5 MG/AMP

• 1 MG/ML EN AMPOULE DE 5 ML, SOIT 5 MG/AMP

| LIBELLE | CODE CIP | CODE CIP 13 | CODE UCD | CODE UCD 13 |
|---|----------|---------------|----------|---------------|
| MIDAZOLAM 50 MG/10 ML ACCORD, SOL INJ, AMP | 3023320 | 3400930233207 | 9334903 | 3400893349038 |
| MIDAZOLAM 50 MG/10 ML VIATRIS, SOL INJ OU RECT, AMP | 3020647 | 3400930206478 | 9235928 | 3400892359281 |
| MIDAZOLAM 5 MG/1 ML VIATRIS, SOL INJ OU RECT, AMP | 3020646 | 3400930206461 | 9237695 | 3400892376950 |
| MIDAZOLAM 5 MG/1 mL ACCORD, SOL INJ, AMP | 3023318 | 3400930233184 | 9330495 | 3400893304952 |
| MIDAZOLAM 5 MG/5 ML VIATRIS, SOL INJ OU RECT, AMP | 3020645 | 3400930206454 | 9235911 | 3400892359113 |
| MIDAZOLAM 5 MG/5 mL ACCORD, SOL INJ, AMP | 3023317 | 3400930233177 | 9330489 | 3400893304891 |

NB : lorsque le porteur d'une ordonnance, prescrivant des médicaments classés comme stupéfiants ou de la liste I soumis à la réglementation des stupéfiants, est inconnu du pharmacien celui-ci demande une justification d'identité dont il reporte les références sur l'ordonnancier (article R 5132-35 du CSP).

ADMINISTRATION AU DOMICILE

Stockage chez le patient dans une mallette HAD fermée par code car il s'agit d'un médicament à risque. Elimination par le circuit DASRI.

Administration par voie intraveineuse (à privilégier) ou par voie sous-cutanée (pharmacocinétique similaire du fait de l'hydro-solubilité du médicament). En SPC, discuter avec le médecin du bénéfice d'installer une sonde urinaire.

Avec l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs pour avoir un médecin compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable 24 h/7j. L'infirmier(e) détient les compétences requises doit pouvoir se déplacer pour toute la durée de la SPC.

L'administration selon la prescription médicale débute en général par une titration. L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait chez l'adulte toutes les 15 minutes pendant la première heure.

Pour l'entretien de la sédation continue, une **perfusion continue** (par pousse-seringue ou pompe de type PCA) d'une dose horaire égale à 50 % de la dose nécessaire à l'induction est mis en place pour obtenir un état de conscience évalué à RASS - 4 ou - 5 (*Richmond Agitation Sedation Scale*).

Surveillance clinique minimale toutes les 8 heures pendant toute la durée de la sédation.

Poursuite des soins de confort (positionnement, soins de bouche...) et traitements symptomatiques en cours, en particulier l'antalgie.

 **Sédation continue par administration par pompe PCA → par du personnel régulièrement formé**
Midazolam stable 96 h à 25°C à la conc* 1 mg/mL dans une cassette ou une seringue en PP ou PVC.

- 1) Vérifier que la prescription est en mg/h (sinon retourner vers le prescripteur)
- 2) Calculer la dose totale (en mg) de midazolam à administrer pour 72h
- 3) Calculer le **nombre d'ampoule(s)** nécessaire pour 3 ou 4 jours : en utilisant une seule concentration et des ampoules d'un volume qui limite le nombre d'ampoules à casser.
- 4) Calculer le volume total (en mL) de midazolam à prélever avec les ampoules choisies
- 5) S'assurer que le débit de perfusion est compatible (si voie IV : débit minimal 0.3mL/h, si voie SC : débit < 1mL/h)
- 6) Calculer le volume de solvant (NaCl 0.9%) pour obtenir une concentration finale choisie, remplir la cassette
- 7) Double contrôle des calculs puis de la programmation de la pompe

Exemple : Prescription pour administration continue IV : 15 mg/jour de midazolam, QSP 3 jours

Vous disposez d'un réservoir pour la pompe PCA de contenance 100mL.

- 1) La prescription est en mg/jour (15mg/24h), soit un débit par heure de $15/24 = 0,625 \text{ mg/h}$
- 2) La pompe est programmée pour 3 jours (72h) : la dose totale à administrer est de $15 \times 3 = 45 \text{ mg}$ en 3 jours.
- 3) Pour 45 mg, on utilise si possible 1 ampoule de 50mg/10mL (plutôt que 9 ampoules de 5mg/1ml).
- 4) On prélève 9 mL dans l'ampoule de 50mg/10mL = 45 mg de midazolam
- 5) Calcul du volume de solvant (NaCl 0.9%) à ajouter pour obtenir une concentration 1mg/mL (45mg/45mL) : ajouter 36mL de NaCl aux 9 mL de midazolam prélevés
- 6) La vitesse de perfusion sera : $\text{Débit} = \frac{(0,625 \text{ mL/h})}{(1 \text{ mg/mL})} = 0,63 \text{ mL/h}$
- 7) Vérification des calculs : débit $0,63 \times \text{conc}^* 1 \text{ mg/mL} \times 24 \text{ h} = 15 \text{ mg/jour}$

SOURCES DOCUMENTAIRES

Référentiel HAS : Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie

* B.A.-BA de la PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient), disponible sur le site de l'OMéDIT Centre-val de Loire.

Fiche pratique de la FNEHAD : La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

Vademecum de la SFAP de novembre 2021 : l'utilisation du midazolam à visée sédatrice



ADULTE : NALOXONE INJECTABLE SURDOSAGE AUX MORPHINOMIMÉTIQUES 0,4 mg/1 mL IVD

Protocole Thérapeutique Médicamenteux Infirmier

Outil d'aide à l'administration à destination des IDE à la suite d'une prescription médicale



Validation Comité stratégique : Décembre 2017

Mise à jour : Décembre 2017

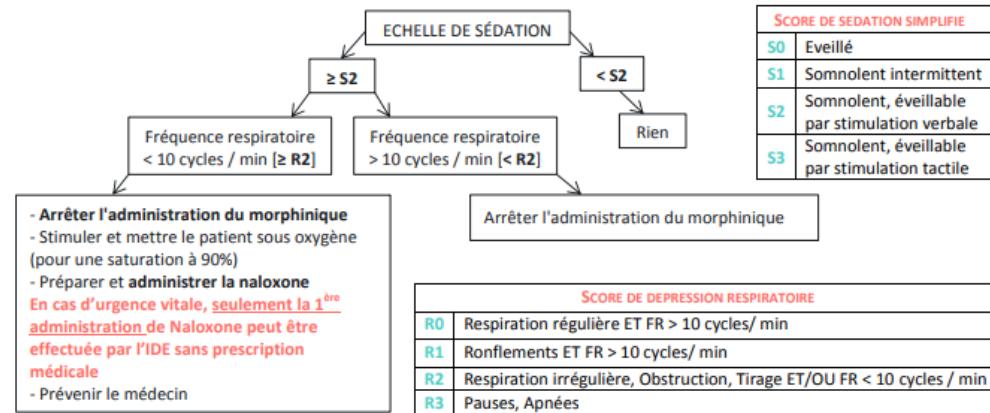
INDICATION - PRÉCAUTION D'EMPLOI

Indication : Surdosage aux morphinomimétiques (morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl..).

Précaution d'emploi : Titration et doses progressives. Administrer avec prudence chez les malades atteints d'affections cardio-vasculaires graves.

POSÉOLOGIE - PRÉPARATION - MODALITÉS D'ADMINISTRATION - STABILITÉ - CONSERVATION

Arbre décisionnel pour l'administration de la naloxone :



Posologie : Selon prescription médicale. Les doses sont variables selon les intoxications.

Injection d'une dose initiale de 0,4 à 2 mg par voie IV (1 à 5 seringues).

Principe actif : Solution prête à l'emploi – ampoule de Naloxone 0,4 mg/1mL

TITRATION DU NALOXONE

Préparation de la seringue

| Matériel : 1 seringue de 10 mL | Solvant : NaCl 0,9% | Naloxone : 1 ampoule de 0,4 mg / 1 mL | |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Principe actif à prélever | Volume solvant | Volume final seringue | Concentration obtenue |
| 1 mL = 0,4 mg | 9 mL | 10 mL | 0,04 mg/mL |

Modalités d'administration :

Respecter la dose prescrite.

Administration préférentielle par voie **IV DIRECTE LENTE** (si voie IV impossible : utiliser la voie sous-cutanée ou intramusculaire).

IV : délai d'action **30 secondes à 2 minutes**; durée d'action **20 à 45 minutes**

IM ou SC : délai d'action 10 minutes; durée d'action 2 à 3 heures

La posologie par voie IM = posologie par voie SC = 1 ampoule non diluée

Administration progressive

Si amélioration clinique insuffisante après la première administration de **2 mL** de solution diluée (=0,08mg de Naloxone) :

- Injection de bolus discontinu : injecter 1 mL toutes les 3 minutes jusqu'à ce que le patient soit éveillable par stimulation verbale, ronflement et fonction respiratoire > 10 cycles/min [**< R2**].

ENTRETIEN PAR NALOXONE

Préparation de la poche 2mg/505mL

| Matériel : 1 seringue de 5 mL | Solvant : NaCl 0,9% ou G5% 500 mL | Naloxone : 5 ampoules de 0,4 mg / 1 mL |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| Principe actif à prélever | Volume solvant | Volume final poche |
| 5 mL = 2 mg | 500 mL | 505 mL |
| | | 0,004 mg/mL |

Le débit de perfusion peut être débuté à 5 mL/h et sera adapté selon la **prescription médicale**, ainsi que la durée d'administration, à la réponse clinique souhaitée et à la durée de vie du morphinique utilisé. L'entretien est généralement maintenu pendant 12 à 24 heures.

Surveillance : toutes les 10 à 15 minutes selon l'évolution du patient

Conservation et stabilité de la solution préparée :

Utiliser immédiatement l'ampoule après rupture de l'enveloppe.

Solution stable diluée 24h à 25°C à l'abri de la lumière. Administration extemporanée en l'absence de stabilité microbiologique démontrée.

Remarque : Les données de stabilité sont des données physicochimiques avec des durées maximales sous réserve de préparation en conditions aseptiques et à adapter selon l'organisation retenue de chaque établissement, dans le respect des Bonnes Pratiques de Fabrication. Il est rappelé que les conditions et durées de conservation sont de la responsabilité de l'utilisateur.

La solution doit être identifiée au nom du patient, le dosage et la concentration doivent être écrits.

Incompatibilités médicamenteuses : se référer au résumé caractéristique du produit (RCP) Naloxone

SURVEILLANCE – CONDUITE À TENIR

Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance générale attentive jusqu'à ce que le risque de remorphinisation soit exclu, puisque la durée d'action de la **NALOXONE** est très courte (30 minutes en moyenne par voie I.V.).

Surveillance : Pendant et après l'administration, de préférence en unité de soins continus

L'efficacité du traitement et le risque de remorphinisation seront évalués par :

- le score de sédation
- le score de dépression respiratoire

Noter dans le dossier patient : nombre de bolus demandés et injectés, et la dose totale de naloxone.

Evaluer régulièrement la douleur du patient (*à l'aide d'une échelle de douleur*) : Informer régulièrement le médecin de l'évolution de la douleur du patient. La Naloxone peut entraîner une levée brutale de l'analgésie, pouvant nécessiter une nouvelle prescription : mettre le patient sous oxygène et appeler le médecin.

Effets indésirables si administration rapide : syndrome aigu de sevrage des morphiniques se traduisant par des frissons, une hyperventilation, des vomissements, une excitation psychomotrice, anxiété
La manifestation de ces effets indésirables dépend du contexte.

SOURCES DOCUMENTAIRES

¹ Résumé Caractéristique Produit (RCP) sur <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

² Fiche de bon usage « NALOXONE Chlorhydrate Surdosage aux morphinomimétiques chez l'adulte et l'enfant de plus de 3 ans » OMéDIT Centre - Val de Loire. Mars 2015 – disponible sur omedit-centre@omedit-centre.fr

³ Guide des Antidotes - OMéDIT Centre - Val de Loire. Juillet 2017 – disponible sur omedit-centre@omedit-centre.fr

Boîte à outils et ressources autour de la [prise en charge médicamenteuse](#)

| Organisation du circuit du médicament en EHPAD | |
|--|---|
| Identitovigilance | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche L'identitovigilance au sein l'EHPAD (lien, 2021) • Affiche La règle des 5B (lien, 2023) |
| Aide à la prise | <ul style="list-style-type: none"> • Flyer Administration / Aide à la prise (lien, 2023) • Guide Administration de morphiniques (lien, 2023) |
| PEC Médicamenteuse | <ul style="list-style-type: none"> • Check-list admission pour optimiser la PECM (lien, 2024) • Guide Qualité de la PECM en EHPAD (lien, 2022) • Fiche Protocole anticipé versus prescription conditionnelle « en si besoin » (lien, 2022) |
| Préparation des doses à administrer (PDA) | <ul style="list-style-type: none"> • Guide pour la PDA en EHPAD (lien, 2017) • Outil de simulation Le pilulier des horreurs (lien, 2016) • Guide Bonnes Pratiques de réalisation des piluliers dans les ESMS approvisionnés par une PUI (lien, 2015) |
| Prescription, suivi et réévaluation | |
| Médicaments (in)appropriés | <ul style="list-style-type: none"> • Livret thérapeutique gériatrique Centre-VdL (lien, 2023) |
| Broyer, écraser | <ul style="list-style-type: none"> • Liste des médicaments écrasables (lien, 2024) |
| Douleur | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche évaluation, quelle échelle utiliser ? (lien, 2022) • Fiche Prévention douleur induite par soins (lien, 2019) |
| Constipation | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche PEC constipation chez le sujet âgé (lien, 2023) |
| Médicaments et risque de chute | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Iatrogénie et chute chez le sujet âgé (lien, 2023) • EPP Iatrogénie et chutes chez le sujet âgé (lien, 2023) |
| Charge anticholinergique | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Prescription et anticholinergiques (lien, 2021) • Calculateur de charge anticholinergique (lien, 2021) |
| Perfusion SC | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Solutés en prévention déshydratation (lien, 2017) |
| Vitamine D | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Protocole supplémentation en vit. D (lien, 2020) |
| Antiulcéreux IPP | <ul style="list-style-type: none"> • Kit Pertinence des IPP per os (lien, 2022) • Fiche IPP per os chez le sujet âgé (lien, 2022) |
| Déprescription | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Déprescription des benzodiazépines (lien, 2018) • Fiche Déprescription des antipsychotiques (lien, 2018) |

Boîte à outils et ressources autour de la [prise en charge médicamenteuse](#)

Préparation / Administration

| | |
|-----------------------------------|--|
| Voie orale | <ul style="list-style-type: none"> • Affiche La règle des 5B (lien, 2023) • Fiche Les soins de bouche en gériatrie (lien, 2011) • Fiche Administration chez la personne âgée (lien, 2014) |
| Solutions buvables multidoses | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Préparation des solutions buvables (lien, 2017) • Affiche Conserver après ouverture (lien, 2020) |
| Ecraser, couper broyer médicament | <ul style="list-style-type: none"> • Liste des médicaments écrasables (lien, 2024) • Jeu de l'oie Réaliser un pilulier sans erreur (lien, 2017) • Quick audit Pratiques de broyage (lien, 2022) • Affiche Broyer, ce n'est pas sans danger ! (lien, 2016) • Fiche Médicaments broyés ou écrasés : quels sont les risques chez le patient âgé ? (lien, 2021) • Kit permis de broyer les médicaments (lien, 2022) • e-learning Broyer, couper, écraser, comment administrer en toute sécurité ? (lien, 2022) |
| Anticoagulants | <ul style="list-style-type: none"> • Affiche Sécuriser l'administration des AOD (lien, 2020) • Affiche Sécuriser l'administration des AVK (lien, 2020) |
| Antidiabétiques | <ul style="list-style-type: none"> • Affiche antidiabétiques en stylos jetables pour voie SC, bien les identifier pour ne pas se tromper (lien, 2023) • Affiche Que faire si le stylo insuline se bloque (lien, 2020) • Affiche Sécuriser transport stockage insulines (lien, 2020) |
| Oxygène | <ul style="list-style-type: none"> • Affiche Les 10 commandements de l'O2 (lien, 2019) |
| Infections en EHPAD | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Infections respiratoires (lien, 2023) • Fiche Infections urinaires (lien, 2015- v2024 bientôt disponible) • Fiche diarrhées aigües infectieuses (lien, 2015-v2024 bientôt disponible) • Fiche infections cutanées en (lien, 2015- v2024 bientôt disponible) |
| Gale | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche Prise en charge et traitement (lien, 2016) |
| Anticancéreux oraux | <ul style="list-style-type: none"> • Fiches anticancéreux oraux (lien, 2023) |

Liste non exhaustive, pour plus d'infos : www.omedit-centre.fr ou contactez nous ! [2/2](#)

PROTOCOLE EN CAS DE SURDOSAGE AUX AVK – RISQUE HEMORRAGIQUE

(prescrire.org)

PROTOCOLES AVK COUMADINE WARFARINE

| Protocole SIGURET (sujets âgés > 75 ans) WARFARINE : posologie initiale à 4 mg Algorithme d'introduction COUMADINE cp ROSE à 2 mg = 2 cp à J1, J2, J3 | | |
|--|-----------------------------|--|
| | Le matin | Le soir vers 19 h30 |
| J1 | TCA - TP - INR - Plaquettes | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| J2 | | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| J3 | | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| J4 | INR < 1,3 | COUMADINE 2 mg : 2 cp ½ le soir = 5 mg |
| | 1,3 < INR < 1,5 | COUMADINE 2 mg : 2 cp le soir = 4 mg |
| | 1,5 < INR < 1,7 | COUMADINE 2 mg : 1 cp ½ le soir = 3 mg |
| | 1,7 < INR < 1,9 | COUMADINE 2 mg : 1 cp le soir = 2 mg |
| | 1,9 < INR < 2,5 | COUMADINE 2 mg : ½ cp le soir = 1 mg |
| | INR ≥ 2,5 | STOP COUMADINE JUSQU'À INR < 2,5 ==> puis COUMADINE 2 MG : ½ cp = 1 mg |
| J7 | INR < 1,6 | augmenter la posologie de ½ cp soit + 1 mg |
| | 1,6 < INR < 2,5 | Maintenir la posologie |
| | 2,5 < INR < 3,5 | Si dose antérieure était de 2 mg, réduire à 1 mg |
| | | Si dose antérieure était de 1 mg, rester à 1 mg et monitoring toutes les 24 à 48 h |
| | INR > 3,5 | Cf. Prise en charge des surdosages |

| Protocole WARFARINE : posologie initiale à 5 mg Algorithme d'introduction COUMADINE cp BLANC à 5 mg = 1 cp à J1, J2, J3 | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------------|
| | Le matin | Le soir vers 19 h30 : COUMADINE 5 mg |
| J1 | TCA - TP - INR - Plaquettes | COUMADINE 5 mg : 1 cp le soir = 5 mg |
| J2 | | COUMADINE 5 mg : 1 cp le soir = 5 mg |
| J3 | | COUMADINE 5 mg : 1 cp le soir = 5 mg |
| J4 | INR < 1,5 | Augmenter à 10 mg |
| | 1,5 < INR < 2,0 | Augmenter à 7 mg |
| | 2,1 < INR < 3,0 | Continuer à 5 mg |
| | 3,1 < INR < 4,0 | Diminuer à 2 mg |
| | INR > 4,0 | Arrêt momentané et adaptation/48 h |

Les anticoagulants

À indiquer systématiquement au 15

| | DCI | Noms commerciaux |
|--|-------------------------|--|
| 1. Les anticoagulants | | |
| Les antivitamines K (dosés par INR) | WARFARINE | COUMADINE |
| | PREVISCAN | PREVISCAN |
| | ACENOCOUMAROL | SINTROM |
| Les AOD | APIXABAN | ELIQUIS |
| | DABIGATRAN | PRADAXA |
| | RIVAROXABAN | XARELTO |
| 2. Les anti agrégants plaquettaires | | |
| | ACIDE ACETYLSALICYLIQUE | ASPEGIC ASPIRINE UPSA KARDEGIC RESITUNE |
| | FLURBIPROFENE | CEBUTID |
| | TICLOPIDINE | TICLID |
| | CLOPIDOGREL | PLAVIX |
| | DIPYRIDAMOLE | PERSANTINE |
| | PRASUGREL | EFIENT |
| | TICAGRELOR | BRILIQUE |

Source : Guide Auvergne Rhône Alpes urgence EHPAD mars 2021



Pour accéder à la check list au format PDF, scannez ce QR Code avec votre smartphone

Check-list de transmission

A compléter auprès du patient pour faciliter la transmission du bilan. En cas de transfert du résident, une copie de ce document peut être jointe.

| | | |
|---|---|--|
| 1. Signes respiratoires Survenue : <input type="checkbox"/> Brutale <input type="checkbox"/> Progressive <input type="checkbox"/> Obstruction des voies aériennes <input type="checkbox"/> Corps étranger présent <input type="checkbox"/> Difficulté à parler <input type="checkbox"/> Bruits respiratoires : <input type="checkbox"/> Ronflements <input type="checkbox"/> Sifflements <input type="checkbox"/> Encombrements <input type="checkbox"/> Toux, crachats : <input type="checkbox"/> Crachats de sang <input type="checkbox"/> Essoufflement : <input type="checkbox"/> au repos <input type="checkbox"/> à l'effort | 2. Signes cardiaques <input type="checkbox"/> Douleur thoracique Heure de début : Survenue : <input type="checkbox"/> Brutale <input type="checkbox"/> Progressive Type de douleur : <input type="checkbox"/> Brûle <input type="checkbox"/> Serre <input type="checkbox"/> Pique Associée à : <input type="checkbox"/> Douleur bras droit <input type="checkbox"/> Douleur bras gauche <input type="checkbox"/> Douleur mâchoire | En situation d'urgence vitale,appelez immédiatement Composer le 15 |
| 4. Signes neurologiques Heure de début : <input type="checkbox"/> Perte de connaissance / <input type="checkbox"/> Convulsions -> Durée : <input type="checkbox"/> Céphalée brutale <input type="checkbox"/> Trouble de conscience Réponse aux sollicitations verbales : Echelle FAST Face -> <input type="checkbox"/> Asymétrie de la face ARM -> <input type="checkbox"/> Problème de motricité/sensibilité des membres Speech (Anomalie parole) -> <input type="checkbox"/> Paroles confuses <input type="checkbox"/> Paroles incompréhensibles Time -> Heure de début des signes <input type="checkbox"/> Comportement inhabituel : <input type="checkbox"/> Perte de contact (prostration) <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Vertiges / Troubles de l'équilibre | 3. Couleur / apparence de la peau <input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Marbrures <input type="checkbox"/> Teint inhabituel <input type="checkbox"/> Cyanose (lèvres/ongles bleus) <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | Motif de l'appel : Heure d'évaluation : |
| 5. Signes abdominaux et digestifs <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Ventre dur et/ou ballonné <input type="checkbox"/> Urines rouges ou caillots <input type="checkbox"/> Absence d'urines <input type="checkbox"/> Suspicion de globe vésical <input type="checkbox"/> Constipation Date des dernières selles : <input type="checkbox"/> Diarrhée récente -> Préciser nombre, aspect : <input type="checkbox"/> présence de sang rouge ou sombre <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements -> Préciser nombre, aspect : <input type="checkbox"/> présence de sang rouge ou sombre <input type="checkbox"/> Vomissements fécaloïdes <input type="checkbox"/> Masse inhabituelle (hernie) <input type="checkbox"/> Chirurgie récente (cicatrice gonflée) | 6. Traumatismes/Lésions (Palper le corps entier) Chute : <input type="checkbox"/> Par malaise <input type="checkbox"/> Par maladresse <input type="checkbox"/> De sa hauteur <input type="checkbox"/> D'une hauteur élevée <input type="checkbox"/> Dans l'escalier Retrouvé(e) dans quelle position ? Temps passé(e) au sol : Blessure(s) -> Localisation (Tête, rachis, membres, etc.) : <input type="checkbox"/> Douleur à la palpation <input type="checkbox"/> Plaie (description->taille et profondeur :) <input type="checkbox"/> Déformation d'un membre <input type="checkbox"/> Incapacité à bouger un membre <input type="checkbox"/> Rotation externe du pied <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Saignement de l'oreille <input type="checkbox"/> Saignement du nez | L'appelant Nom de l'EHPAD : Nom de l'appelant : Fonction : N° de téléphone : (pour être rappelé si besoin) Etage : N° de chambre : |
| Paramètres vitaux : TA bras droit : ____/____ bras gauche : ____/____ Saturation oxygène : ____% Fréquence respiratoire : ____cycles/min Glycémie capillaire (dextro à faire systématiquement) : ____g/l (ou mmol/L : ____) Doulleur: EVA : ____/10 EN : ____/10 Algoplus : ____/5 | Pouls : ____/min. T° : ____°C PQRST : | Le résident Nom et prénom : Age/date de naissance : Situation attendue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Maladies (ATCD) : Allergie : Traitements (anticoagulant) : Hospitalisation récente : GIR : LAT ou Directives anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, Joindre une copie des directives anticipées ou décision de limitation/arrêt des thérapeutiques |

PROTOCOLE EN CAS DE CHOC ANAPHYLACTIQUE

REACTION GRAVE (si au moins 2 symptômes) :

SIGNES RESPIRATOIRES:

- Dyspnée aigüe avec désaturation (< 92%), sifflements, toux intense, cyanose
- Bronchospasme

SIGNES CARDIOVASCULAIRES:

- Changement de voix (voix rauque , dysphonie ou aphonie)
- Perte de connaissance sans pâleur, ni sueur mais rougeur
- Tension artérielle diminuée (-30% ; PAS < 100 mmHg et/ou PAD < 50 mmHg) ou imprenable
- Pouls rapide(>120) ou très lent (<50)

SIGNES DIGESTIFS :

- Douleurs abdominales intenses (Echelle Visuelle Analogique (EVA) > 5)
- Vomissements aigus incoercibles
- Signes d'alerte : prurit des mains, pieds, cuir chevelu avec sensation de malaise



REACTION MODEREE (1 à 2 signes) :

SIGNES CUTANÉS:

- Urticaire isolée ou angioédème isolé (même généralisé)
- Œdème du visage

SIGNES RESPIRATOIRES :

- Toux et dyspnée sans détresse respiratoire

SIGNES ORL: Rhino-conjonctivite

SIGNES DIGESTIFS: Douleurs abdominales (EVA < 5)

Conduite à tenir

- Administrer un antihistaminique type Cétirizine 10 mg ou Desloratadine 5 mg en per os (2 comprimés en 1 prise)
- Surveillance jusqu'à l'arrivée du médecin
- Prévoir une consultation en allergologie sans urgence



| | Enfants < 15 kg | Enfants entre 15 et 30 kg | Enfants > 30 kg | Adultes < 60 kg | Adultes > 60 kg |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| Posologie par injection | Stylo auto-injecteur Non recommandé | 150 µg | 300 µg | 300 µg | 300 à 500 µg |
| | Spécialités | ANAPEN®, EPIPEN®, JEXT® | ANAPEN®, EPIPEN®, EMERADE®, JEXT® | ANAPEN®, EPIPEN®, EMERADE®, JEXT® | ANAPEN®, EMERADE® |

Placer le stylo contre la face extérieure de la cuisse avec un angle de 90°, appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic et maintenir le stylo en place pendant 10 secondes après injection

- Sources : Documents proposés par la CoTech Assurance Qualité PECM de l'OMéDIT
 Conduite à tenir en cas de réaction immédiate après injection ou TPO ou TC chez l'adulte en HDJ allergologie – fiches par le CHRU de Tours (2024)
 Protocole en cas d'anaphylaxie (adultes) – fiche par le CH de Bourges (septembre 2020)
 Recommandations 2017 SFMU/Société Française d'Allergologie/GFRUP/SP2A pour adulte

Novembre 2024 – réalisé par le groupe de travail CoTech AQ PECM OMéDIT



Qu'est-ce que l'aide à la prise ?

L'administration d'un médicament est une suite d'étapes : il faut prendre connaissance de la prescription, préparer le médicament, le distribuer au résident et le cas échéant l'aider à le prendre, puis tracer la prise.

L'aide à la prise est donc une des étapes de l'administration. Elle consiste à aider le résident à effectuer les gestes nécessaires pour prendre son traitement, par exemple : avaler une gélule avec un verre d'eau, diluer un sachet, sortir un comprimé d'un blister, ...

Qui peut aider à la prise ?

L'IDE est responsable de l'administration, donc de l'aide à la prise.

Mais elle peut **confier à l'AS ou à l'AES**, dans les limites de leur qualification^{1, 2}, l'étape d'aide à la prise de médicaments non injectables^{3, 4}.

Cet exercice se fait sous la responsabilité de l'IDE :

- Seuls les AS, AES, auxiliaires de puériculture peuvent **collaborer aux soins avec l'infirmier**.
- Action réalisée en **collaboration avec l'IDE** : il ne s'agit pas d'une délégation de compétences, qui suppose le transfert à la fois de la réalisation de l'acte et de la responsabilité qui peut en découler.

L'IDE doit :

- S'assurer que la nature du médicament et son mode de prise ne présentent « **ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier** »⁵
- Transmettre les instructions nécessaires à l'administration
- Coordonner les informations relatives aux soins dans le dossier médical du résident.

1. Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant
2. Arrêté du 28 février 2022 relatif au diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social
3. Article R4311-4 du CSP
4. Article R4311-5 du CSP
5. Article L313-26 du CASF

Exemples de mises en situations

1. Une AS peut-elle aider à la prise d'un comprimé de paracétamol ?

→ Oui, sous délégation IDE, s'il s'agit d'une prescription en systématique (sans condition ou « si besoin »).

2. Un AES peut-il poser un patch de trinitrine ?

→ Oui, sous délégation IDE après formation et habilitation, avec le plan / protocole de soin et s'il ne s'agit pas d'une prescription en « si besoin ». (si patch morphinique, pose par IDE pdt horaires de travail)

Boîte à outils (liens)

- **Affiche** Règle des 5B – OMéDIT Centre-Val de Loire, 2023
- **Liste** des médicaments écrasables ([lien](#), 2023)
- **Parcours d'habilitation et fiches mémo** Aide à la prise – OMéDIT Île de France, 2023
 - [Voie oculaire](#)
 - [Voie ORL](#)
 - [Voie cutanée](#)
- **Guide** Administration de morphiniques par voie orale la nuit en EHPAD, MAS et EAM par les AS-AES . ARS Bourgogne Franche-Comté, 2023

OMéDIT Centre-Val de Loire – juillet 2023

A retrouver sur le site internet :

<http://www.omedit-centre.fr/>

Aide à la prise / Administration des médicaments en secteur médico-social

Qui peut aider à la prise ?
Dans quelles conditions ?
Pour quelles formes médicamenteuses ?



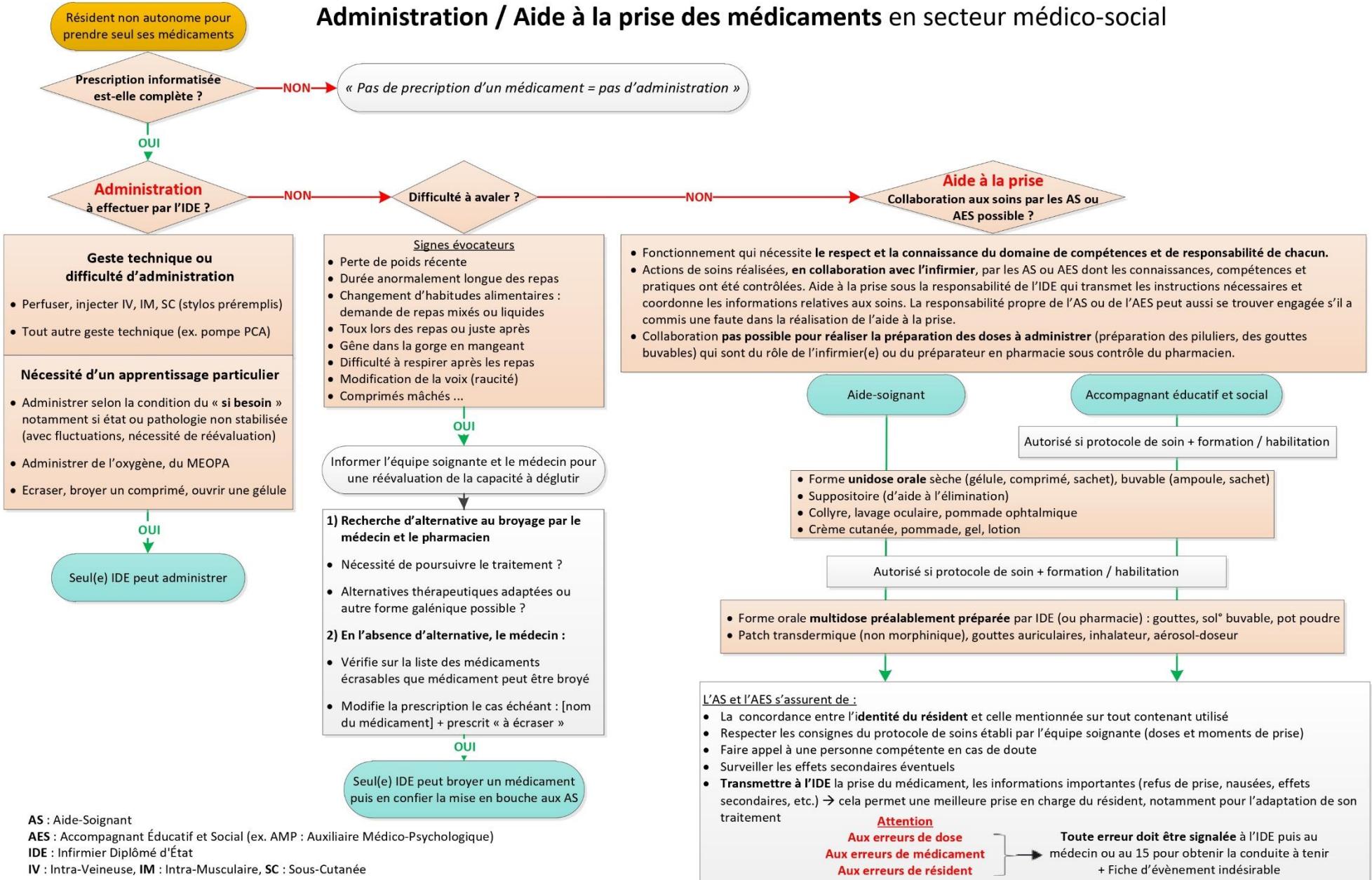
D'après le Code de l'Action Sociale et des Familles, l'aide à la prise concerne « les personnes dont l'autonomie n'est pas suffisante pour pouvoir prendre seules les traitements qui leur sont prescrits ». Elle constitue une **modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante**.

Ce logigramme (au verso) rappelle la démarche qui vise à encadrer la mise en place d'une aide à la prise, en précisant le rôle de chacun des acteurs.

 **Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques**
OMéDIT
Centre-Val de Loire

OMEDIT Centre -Val de Loire

Administration / Aide à la prise des médicaments en secteur médico-social



AS : Aide-Soignant

AES : Accompagnant Éducatif et Social (ex. AMP : Auxiliaire Médico-Psychologique)

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IV : Intra-Veineuse, IM : Intra-Musculaire, SC : Sous-Cutanée

PLANNING PREVISIONNEL DE VERIFICATION DE LA TROUSSE D'URGENCE VITALE ET DU DEFIBRILLATEUR

Secteur - Etablissement :



| Mois | IDE responsable de la vérification |
|---------------|---|
| Année : | |
| JANVIER | |
| FÉVRIER | |
| MARS | |
| AVRIL | |
| MAI | |
| JUIN | |
| JUILLET | |
| AOUT | |
| SEPTEMBRE | |
| OCTOBRE | |
| NOVEMBRE | |
| DECEMBRE | |
| | |
| Année : | |
| JANVIER | |
| FEVRIER | |
| MARS | |
| AVRIL | |
| MAI | |
| JUIN | |
| JUILLET | |
| AOUT | |
| SEPTEMBRE | |
| OCTOBRE | |
| NOVEMBRE | |
| DECEMBRE | |
| | |
| Année : | |
| JANVIER | |
| FEVRIER | |
| MARS | |
| AVRIL | |
| MAI | |
| JUIN | |
| JUILLET | |
| AOUT | |
| SEPTEMBRE | |
| OCTOBRE | |
| NOVEMBRE | |
| DECEMBRE | |

FEUILLE DE TRACABILITE MENSUELLE DE VERIFICATION EFFECTIVE



- de la trousse d'urgence **VITALE**,
- du défibrillateur,
- du système d'aspiration et
- de la bouteille d'oxygène

Secteur - Etablissement :

| Mois | IDE responsable de la vérification Nom, fonction | Signature | Commentaires (RAS si nul) |
|---------------|---|-----------|------------------------------|
| Année : | | | |
| JANVIER | | | |
| FÉVRIER | | | |
| MARS | | | |
| AVRIL | | | |
| MAI | | | |
| JUIN | | | |
| JUILLET | | | |
| AOUT | | | |
| SEPTEMBRE | | | |
| OCTOBRE | | | |
| NOVEMBRE | | | |
| DECEMBRE | | | |

PLANNING PRÉVISIONNEL DE VÉRIFICATION DE LA DOTATION D'URGENCE RELATIVE

Secteur - Etablissement :



| Mois | IDE responsable de la vérification |
|---------------|---|
| Année : | |
| JANVIER | |
| FÉVRIER | |
| MARS | |
| AVRIL | |
| MAI | |
| JUIN | |
| JUILLET | |
| AOUT | |
| SEPTEMBRE | |
| OCTOBRE | |
| NOVEMBRE | |
| DECEMBRE | |
| Année : | |
| JANVIER | |
| FEVRIER | |
| MARS | |
| AVRIL | |
| MAI | |
| JUIN | |
| JUILLET | |
| AOUT | |
| SEPTEMBRE | |
| OCTOBRE | |
| NOVEMBRE | |
| DECEMBRE | |
| Année : | |
| JANVIER | |
| FEVRIER | |
| MARS | |
| AVRIL | |
| MAI | |
| JUIN | |
| JUILLET | |
| AOUT | |
| SEPTEMBRE | |
| OCTOBRE | |
| NOVEMBRE | |
| DECEMBRE | |

UTILISATION DU MATERIEL DE LA TROUSSE D'URGENCE ET DU DEFIBRILLATEUR

Unité / secteur de l'EHPAD :



| Date / heure de (1) début et (2) de fin d'urgence | Motif et identification du résident concerné, médicaments et matériel utilisés. Identifications des intervenants (nom, prénom, fonction) - médecin, IDE, AS Bilan de la prise en charge - (système d'urgence efficace O/N ? Si Non, piste d'amélioration suggérée) |
|---|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

PROCEDURE DE TRACABILITE APRES UTILISATION DU DEFIBRILLATEUR AUTOMATISE EXTERNE

| | |
|---|--------------------------------------|
| Résident (étiquette : nom, prénom, DDN, N° de chambre, Identification) | Date / heure : |
| Unité / Secteur : | |
| Intervenants : (nom, prénom, fonction) | 1^{er} intervenant* : |
| | Médecin : |
| | IDE : |
| Motif d'intervention : | |
| Utilisation du DSA : | Nombre de chocs : |
| Évolution / devenir : | Même service |
| | Transfert en réanimation |
| | Autre |
| | Décès |
| Commentaires : | |

* Toute personne peut (doit !) utiliser le DAE en cas d'arrêt cardio-respiratoire. Son utilisation n'est pas réservée au personnel soignant (médecin, IDE...).

VERIFICATION MENSUELLE GENERALE DOTATION D'URGENCE

dotation d'urgence VITALE 

dotation d'urgence RELATIVE 

Exemple de contrôle des médicaments et du matériel de la dotation d'urgence relative et de la vérification des périmsés.

Analyse péremption, nom du médicament, dosage et quantité minimale

Vérification à effectuer au moins **tous les mois et après chaque utilisation**

À VÉRIFIER : Présence, opérationnalité et dates de péremption des dispositifs

Les médicaments se périment dans les 2 mois doivent être renvoyés à la pharmacie et remplacés (délai suffisant permettant l'absence de périmsés dans la trousse d'urgence)

| POUR LE MOIS DE : | |
|--|--------------------------------|
| Responsable du contrôle (Nom, fonction et signature) : | Date - Dotation contrôlée le : |

Numéro de scellé à l'ouverture :

Numéro de scellé à la fermeture :

| Support Traçabilité contrôle des stocks | |
|---|---|
| MEDICAMENT (nom et dosage) | Conformité (case à cocher) <input type="checkbox"/> OUI, en totalité (Contenu, Quantité et Date de péremption > 2 mois*) ou <input type="checkbox"/> NON → commenter si dessous par ligne de médicament |
| | <i>Explication :</i> |
| | |
| | |

Remarques et commentaires complémentaires (ex. commande passée à la Pharmacie + date, rupture, revoir référencement en pluriprofessionnel..) :

| | |
|---|---|
| DISPOSITIFS MEDICAUX et consommables | Conformité (case à cocher) <input type="checkbox"/> OUI, en totalité (Contenu, Quantité et Date de péremption > 2 mois*) ou <input type="checkbox"/> NON → commenter si dessous par ligne de DM |
| | |
| | |
| | |

Remarques et commentaires complémentaires (ex. commande passée à la Pharmacie + date, rupture, revoir référencement en pluriprofessionnel..) :

| | |
|---|--|
| EQUIPEMENT | Conformité (case à cocher) <input type="checkbox"/> OUI, en totalité (Contenu, Quantité et vérification fonctionnement) ou <input type="checkbox"/> NON → commenter si dessous |
| Remarques et commentaires complémentaires (ex. commande passée à la Pharmacie + date, rupture, revoir référencement en pluriprofessionnel..) : | |

*NC : Non concerné (ex : absence de date de péremption, équipement ou DM non stérile)

Vérification mensuelle**FEUILLE DE TRAÇABILITE de la dotation d'urgence** dotation d'urgence **ViTALE**  dotation d'urgence **RELATIVE****Secteur – Etablissement :**

| | OUI | NON |
|--|-----------------------------------|-----|
| Dotation d'urgence contrôlée | | |
| Lieu de stockage propre (armoire, boîte...) | | |
| Dotation en médicaments et DM conforme | | |
| Défibrillateur contrôlé | | |
| Accès sécurisé et limité | | |
| Date de la vérification |/...../..... | |
| Responsable du contrôle | Nom, fonction ET signature | |
| Cadre de santé ou référent médicaments de l'EHPAD | Nom, fonction ET signature | |

Formulaire à conserver dans le livret de la dotation d'urgence relative, copie à adresser à l'équipe référente de la PECM.

DOTATIONS D'ANTIDOTES D'UTILISATION SPECIFIQUE ET RARE : OU LES TROUVER EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE ?

L'OMéDIT Centre-Val de Loire, au travers de sa **commission "Assurance Qualité de la prescription à l'administration"**, vous propose un tableau des dotations d'antidotes d'utilisation spécifique et rare, dans les principaux établissements de la région Centre-Val de Loire. La version disponible a été actualisée en avril 2024.

Objectif de cet outil : trouver l'antidote d'intérêt dans l'établissement le plus proche, pour une prise en charge plus rapide du patient ou du résident.

Pour retrouver facilement ce document sur notre site : taper le mot-clé "antidote" dans le moteur de recherche du site de l'OMéDIT Centre-Val de Loire : www.omedit-centre.fr

MODELE TYPE DE CONVENTION ESSMS/EHPAD et PHARMACIEN D'OFFICINE

Prestations pharmaceutiques

Source : Groupe de travail- OMéDIT Normandie septembre 2023

Dans le cas d'un partenariat avec une pharmacie d'officine, une convention relative aux prestations pharmaceutiques est établie avec l'ESSMS.

- Elaboré dans le but de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des personnes hébergées au sein d'un EHPAD ce modèle de convention précise les modalités de collaboration entre l'EHPAD et le pharmacien référent dans le contexte réglementaire en vigueur et des modèles existants [1].

Cette convention mentionne notamment les modalités de dispensation (analyse de l'ordonnance, délivrance des médicaments, mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments, la préparation éventuelle des doses à administrer (PDA), de livraison, de détention/stockage, de gestion des médicaments périmés, la gestion des alertes sanitaires la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur.

Elle est à transmettre à l'ARS par l'EHPAD et au CROP par le pharmacien.

Ci-dessous lien de téléchargement vers les documents (à retrouver sur le site de l'omedit normandie en libre accès) :



→ [Modèle type de convention régionale ESMS EHPAD – Pharmacie d'officine - Prestations pharmaceutiques - septembre 2023](#)



→ [Fiche de fonction « Référent Prise en charge médicamenteuse » - septembre 2023](#)

BIBLIOGRAPHIE ET RESSOURCES DOCUMENTAIRES

- 1- [Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine \(academie-medecine.fr\)](#) – version 2024 consultée en janvier 2024
- 2- La gestion de l'urgence par l'infirmière coordinatrice en EHPAD DIPLÔME UNIVERSITAIRE INFIRMIÈRE COORDINATRICE EN EHPAD ET EN SSIAD Année Universitaire 2020/2021 [CARDOSO-MARIE-D-AVIGNEAU-SIOC-HAN-KERSABIEC-RILOS-2021.pdf \(ehpad.org\)](#)
- 3- [Guide-EHPAD-Urgences-mars-2017.pdf \(est-rescue.fr\)](#)
- 4- [Guide ARA urgence EHPAD mars 2021 download \(sante.fr\)](#)
- 5- [Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences](#) – T. Arnoux – Urgences 2009_ FMU _ SAMU de France
- 6- Buchner DM, Wagner EH, Prevention frail health. Clin Ger Med 1992 ; 8 : 1-17
- 7- HAS – fiche pédagogique décembre 2023 - [Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement \(3.6-05\) selon le référentiel de certification](#)
- 8- Séries de e-learning « Evaluation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD » de la prescription à la surveillance – S1-2024 – OMéDIT Normandie et Centre-Val de Loire – [4 e-learning disponibles](#) sur [www.omedit-centre.fr](#)
- 9- [Dossier de liaison d'urgence \(DLU\)](#) – Haute Autorité de Santé- Outil d'amélioration des pratiques professionnelles - Mis en ligne le 27 juil. 2015
- 10- [Les DAE](#) – site du Ministère de la Santé – mise à jour 09.08.24, [www.sant-gouv.fr](#) consulté en oct. 2024
- 11- [Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes](#) et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public (legifrance.gouv – oct. 2024)
- 12- Conduite à tenir en cas d'urgence- EHPAD (ARS île de France, 2016) [www.iledefrance.ars.sante.fr/ide-et-aide-soignante-en-ehpad-conduite-tenir-en-cas-durgence](#)
- 13- [La responsabilité de l'infirmier dans les situations d'urgence](#) – article - infirmier.com – 07/2023
- 14- [Urgence médicale en EHPAD : comment ça se passe ?](#) – article le mag du senior ouest France
- 15- [La loi du 8 avril 2024, intitulée "Bien vieillir, grand âge et autonomie"](#)
- 16- Guide de bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables, SF2H – 11/2022
- 17- [Lettre aux professionnels de santé - Ceftriaxone \(Rocephine® et génériques\) – Usage non conforme par voie sous-cutanée](#), ANSM – 10/2019
- 18- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sans pharmacie à usage intérieur (PUI) : dispensation et gestion du bon usage des médicaments par les pharmaciens d'officine (9/11/22 – consulté 12/2024) [EHPAD sans PUI : dispensation et gestion du bon usage des ... - CNOP](#)
- 19- Courrier DGOS du 5 mai 2023 - Interprétation de l'article R 5126-3 du CSP [En-tête Cabinet SSA](#)
- 20- Obligations réglementaires des PUI - publication octobre 2021 OMéDIT Pays de la Loire [Obligations réglementaires des PUI - OMEDIT Pays de la Loire](#) - consulté décembre 2024

GLOSSAIRE ET CODE COULEUR

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

AES : Accompagnant éducatif et social

AOD : Anti-coagulants Oraux Directs

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Antivitamine K

BAVU : Ballon Auto-rempisseur à Valve Unidirectionnelle

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CI : Contre-indication

CICr : Clearance de la créatinine

cp : comprimé

CROP : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

CVL : Centre-Val de Loire

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DAE : Défibrillateur Automatisé Externe

DDN : Date De Naissance

DEAE : Défibrillateur Entièrement Automatisé Externe

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DCI : Dénomination Commune Internationale

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DLU : Dossier Liaison d'Urgence

DM : Dispositif Médical

DOMS : Direction de l'Offre Médico-Sociale

DSA : Défibrillateur Semi-Automatisé

DOMS : Direction de l'Offre Médico-Sociale

ECG : Electrocardiogramme

EI : Evènement indésirable

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

EPPI : Eau Pour Préparation Injectables

ERVMA : Equipe Régionale de Vieillissement et de Maintien de l'Autonomie CVL

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

GTR : Groupe de Travail Régional

GIR : Groupe Iso-Ressources (correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée)

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordonateur

IM : Intramusculaire

INR : International Normalized Ratio

IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

IV : Intraveineux

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

LI : Libération Immédiate

LP : Libération Prolongée

LSU : Laerdal Suction Unit

MCE : Massage Cardiaque Externe

MPI : Médicament Potentiellement Inapproprié

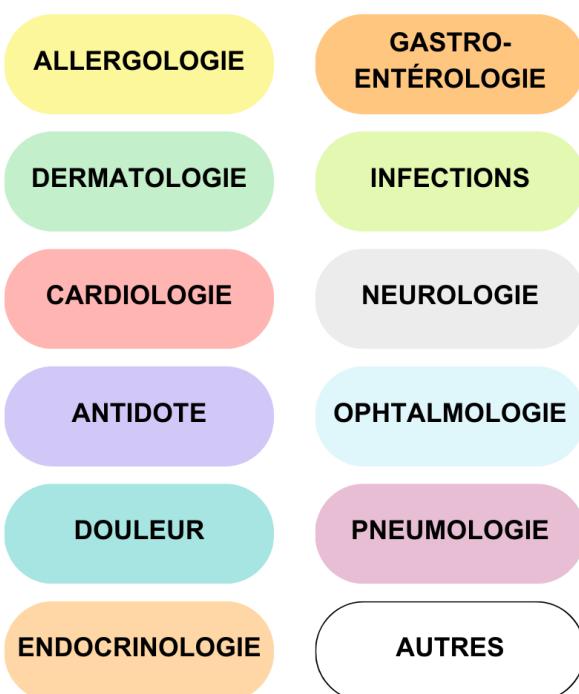
NFS : Numération de formule sanguine

OMéDIT : Observatoire des Médicaments,
Dispositifs médicaux et Innovations
Thérapeutiques
O2 : Oxygène
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PAS : Pression Artérielle Systolique
PEC : Prise En Charge
PECM : Prise En Charge Médicamenteuse
PTMI : Protocole Thérapeutique
Médicamenteux Infirmier
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

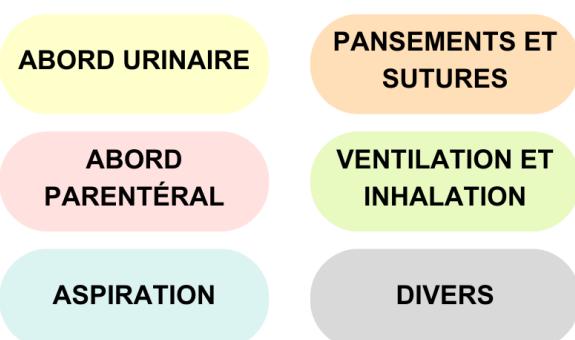
SA : Sujet Agé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SC : Sous-Cutané
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNG : Sonde naso-gastrique
SU : Service d'Urgence
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux
UU : Usage Unique

Code couleur utilisé pour les pages 12 à 22

MÉDICAMENTS



DISPOSITIFS MÉDICAUX ET ÉQUIPEMENTS



REMERCIEMENTS ET SOUTIENS

Nous remercions l'ensemble des professionnels et experts de la région Centre-Val de Loire qui ont **participé activement au groupe de travail (*) à l'origine de la création de ce guide.**

Nous remercions également l'ensemble des relecteurs (professionnels des EHPAD, de l'ARS, urgentistes, membres des commissions techniques de l'OMéDIT Centre-Val de Loire (Gériatrie-Gérontologie, Dispositifs Médicaux, Assurance Qualité de la PECM) ...).

Ont participé à l'élaboration ce guide :

- AUCHERES Guillaume* – Médecin responsable SMUR, CHU d'Orléans (45)
- BARBAIRE Julien* – Pharmacien, CH de la Chatre (36)
- BILLARD Floriant– Animateur prévention SMS et coordonnateur qualité et gestion des risques, EHPAD intercommunal du Sud-Cher (18)
- BOUDET Adeline* – Pharmacien, référent de ce Groupe de Travail pour l'OMéDIT Centre-Val de Loire
- BRARD Tom – Externe en pharmacie, OMéDIT Centre-Val de Loire
- BURCKEL Christelle* – IPA, EHPAD de Marchenoir (41)
- CAHOUËT Laetitia* – Pharmacien, CH Beaugency, EHPAD de Villante à Dry et EHPAD Le Champganier à Meung (45)
- CARIOT Axelle* – Pharmacien, EHPAD de Bellevue (18)
- DEHAIS Cécile – Interne en pharmacie, OMéDIT Centre-Val de Loire
- DENEAU Pierre *– Médecin urgentiste SAMU 37, CHRU de Tours (37)
- DELION Isabelle* – IDE Coordinatrice, EHPAD Jardin d'Iroise (41)
- DOLO Jean* – Médecin anesthésiste réanimateur, CHU d'Orléans (45)
- Du PORTAL Hugues* - Pharmacien DM coordonateur OMéDIT Centre-Val de Loire
- FRANCOIS Angélique – IDE, EHPAD de Marchenoir (41)
- GAILLARD Jocelyne* – Cadre de santé, EHPAD La Croix Papillon (37)
- GANA Wassim* – Médecin gériatre, Pôle Vieillissement, CHRU de Tours (37)
- GONZALEZ Charlène – Référente et analyste juridique, ARS Centre-Val de Loire
- GUILLEMOT Sandra – Cadre de santé, Sépia 41
- KUBAS Sophie – Médecin, directrice, VYV3 Centre-Val de Loire
- LECLERC Rémi* – Médecin conseil Soins Urgents & Soins Non Programmés, ARS Centre-Val de Loire
- L'équipe du CPiAS (Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins) Centre-Val de Loire
- LEMAIRE Emmanuelle* - IDE Coordinatrice, EHPAD Notre Foyer (45)
- MARIE Patrick* - Pharmacien retraité, EHPAD de Lour Picou, CH de Beaugency (45)
- MATHONNET Armelle – Médecin praticien hospitalier médecine intensive et réanimation, CHU Orléans (45)
- METALLAOUI Céline – Externe en pharmacie, OMéDIT Centre-Val de Loire
- MICHEL Natacha – Médecin gériatre praticien hospitalier, ERVMA Centre-Val de Loire
- NEDELEC Sandrine – Cadre de santé, Fondation Aligre et Marie-Thérèse
- RENONCE Florence* - IDE Coordinatrice, Résidence de la Mothe (45)
- ROFORT GREGOIRE Amélie* - IDE Coordinatrice, Foyer Bois Soleil (37)
- SERUS Stéphanie – Cadre de santé, CCAS Tours (37)
- SOLANS Violaine* – Pharmacien, OMéDIT Centre-Val de Loire
- SORS-MIREUX Isabelle* - Médecin gériatre, ARS Centre-Val de Loire (DOMS)
- SZCZESNIAK Sylviane – Médecin, CCAS de Tours (37)

URGENCES EN EHPAD : DOTATIONS EN PRODUITS DE SANTE - OMÉDIT CENTRE-VAL DE LOIRE
1ÈRE ÉDITION - VERSION 2025



Avec le soutien de :



PÔLE VIEILLISSEMENT

Vieillir ensemble, soigner chacun



sépia⁴¹

Le groupement des
EHPAD publics
pour le Grand Age et l'Autonomie



viv³

Centre-Val de Loire



Bellevue
EHPAD • SERVICES



HOPITAL ET EHPAD PUBLICS
LOIRE BEAUCHE
BEAUGENCY - DRY - MEUNG SUR LOIRE - PATAY



A télécharger en libre accès sur www.omedit-centre.fr