



LE KIT DE

SOINS PALLIATIFS >>

Ce kit est destiné aux médecins et aux infirmiers.
Il a pour finalité de faciliter les prises en charge palliatives
des résidents.

Seulement après avis d'un médecin



CONTACTS

6 FICHES

FICHE 1

Dotation
médicamenteuse



FICHE 2

Dispositifs
médicaux



FICHE 3

Protocoles
thérapeutiques pour
les événements
urgents



FICHE 4

Traçabilité
de contrôle



FICHE 5

Traçabilité des
stupéfiants



FICHE 6

Rappel de la
réglementation



Besoin d'informations ?

Contactez :



Ce kit a été réalisé par la filière gériatrique 92.sud, l'EMSP de l'hôpital Antoine-Béclère AP-HP, l'EMGE 92 sud, l'EMTSP du DAC 92 Sud Osmose, la Corpalif en collaboration avec des EHPAD du territoire des Hauts-de-Seine sud. Conception: Communication GHU AP-HP, Université Paris-Saclay | Adobe stock - Freepik | décembre 2024

FICHE

1



Dotation médicamenteuse

Les quantités indiquées sont à titre indicatif pour un EHPAD de 80 lits.

Décompensation cardiaque

Furosémide 20 mg/2 mL solution injectable en ampoule
Boite 1 ampoule (10 boites)

2,13€

Encombrement bronchique

Butylbromure de scopolamine 20 mg/mL solution injectable
Boite 10 ampoules

13,43€

Gestion de la fièvre

Paracétamol en suppositoire 600 mg ou 1 g
Boite 10 suppositoires

2,48€

Détresse respiratoire

Morphine 10 mg/mL
Boite 10 ampoules

9,24€

Midazolam 5 mg/mL
Boite 10 ampoules

16,78€

Agitation

Midazolam 5 mg/mL
Boite 10 ampoules

16,78€

Chlorpromazine 25 mg/5 mL
Boite 5 ampoules

6,77€

Occlusion

Méthylprednisolone 40 mg/2 mL
Boite 1 ampoules (5 boites)

2,90€

Chlorpromazine 25 mg/5 mL
Boite 5 ampoules

6,77€

Butylbromure de scopolamine 20 mg/mL
Boite 10 ampoules

13,43€

Morphine 10 mg/mL
Boite 10 ampoules

9,24€

Epilepsie

Midazolam 5 mg/mL
Boite 10 ampoules

16,78€

Hémorragie

Midazolam 5 mg/mL
Boite 10 ampoules

16,78€



FICHE 2



Dispositifs médicaux

Composition du kit

Kit perfusion IV/SC

1

1 carré absorbant
2 paires de gants
1 champ absorbant imperméable
5 compresses
1 cathéter court sécurisé 22G (bleu)
Dakin®

2

1 perfuseur avec robinet 3 voies

3

1 seringue 3 pièces 20 mL (graduation 1 mL)

4

1 bouchon Luer Lock sans site ou
1 valve anti-reflux

5

1 aiguille 18 G 11/2
1 bandelette adhésive double
1 pansement transparent adhésif
1 boîte à aiguille



Recommandé

Soin des yeux

1

Sérum physiologique
Larmes artificielles

Recommandé

Soin de bouche

1

Bâtonnet de soins de bouche
Bicarbonate de sodium 1,4% sol pour perf/Bicarbonate
de sodium poudre
Vaseline si absence d'oxygène
Pastille/Aequasyl

Recommandé

Rétention urinaire

1

Gel lubrifiant ou Xylocaïne Gel
Seringue pré-remplie
Gants stériles
Compresses
Dakin®

2

Sonde urinaire : CH 12 ou 16

3

Poche de recueil



FICHE 3



Protocoles thérapeutiques pour les événements urgents

Pas de surveillance systématique des paramètres hémodynamiques (saturation, tension, pouls) mais surveillance symptomatique du confort du résident.

Décompensation cardiaque

Furosémide 20 mg/2 mL solution injectable en ampoule (sous-cutanée) :

3 ampoules par jour par voie sous-cutanée

Encombrement bronchique

Butylbromure de scopolamine 20 mg/mL solution injectable (sous cutanée) :

- Privilégier une installation du résident en décubitus $\frac{3}{4}$ ou inclinaison de tête de lit ;
- Arrêt de l'hydratation ;
- Administration continue : diluer 4 à 6 ampoules de **Butylbromure de scopolamine** dans 250 mL de G5% en perfusion sur 24h.

Agitation psycho-motrice

Vérifier l'absence de globe vésical ou de fécalome. Le cas échéant, prévoir un sondage urinaire à demeure, un lavement rectal type Normacol.

Si échec des mesures non médicamenteuses :

Midazolam 2 mg par voie sous-cutanée directe/4h.

Si échec du Midazolam :

Chlorpromazine 5 mg par voie sous-cutanée directe toutes les 6 heures.

Occlusion tumorale

Méthylprednisolone 40 mg par voie sous-cutanée directe 1 fois/jour.

Morphine 5 mg par voie sous-cutanée directe toutes les 4h si douleur.

Perfusion continue sous-cutanée de 250 ml de G5% sur 24h comportant 6 ampoules de **Butylbromure de scopolamine** et 1 ampoule de **chlorpromazine**.

Détresse respiratoire

Installation position $\frac{3}{4}$ ou décubitus latéral gauche.
Administration d'oxygène, 2-3 L/min, avec lunette à oxygène.

Phase aiguë :

Si FR > 25/min et signes de lutte, titration **morphinique** par voie sous-cutanée directe de 2 mg en 2 mg de **morphine** toutes les 20 min jusqu'à FR < 25/min et disparition des signes de lutte.

Si agitation, titration **Midazolam** de 1 mg en 1 mg toutes les 20 min par voie sous cutanée directe jusqu'à apaisement.

Phase de relai : préparation et pose d'une perfusion continue/24h de 250 mL de G5% en sous-cutanée avec 3 fois la dose titrée en **morphine** et la moitié de la dose titrée en **Midazolam**. Associer à des soins de bouche.

Gestion de l'hyperthermie

Mesures physiques antipyrétiques : diminution du chauffage, vêtements légers, moins de couvertures, mouillage (poche de glace, serviettes humidifiées), ventilateur.

Paracétamol en suppositoire 600 mg ou 1 g.

Ceftriaxone 1 g/3,5 mL solution injectable IM (sous-cutanée) : 1 g/24h dans contexte septique pendant 5 jours (pneumopathie, infection urinaire).

Epilepsie

Midazolam 5 mg par voie sous-cutanée directe.

Hémorragie

Midazolam 5 mg par voie sous-cutanée directe afin de séder le malade, à renouveler si besoin au bout de 30 minutes.



FICHE 4



Traçabilité de contrôle

Date	Médicaments Dispositifs médicaux	Quantité	Date de péremption	Identification du soignant

FICHE 5



Traçabilité des stupéfiants (Morphine, Midazolam)

Date	Médicaments Dispositifs médicaux	Quantité	Date de péremption	Identification du soignant

FICHE 6



Rappel de la réglementation

Rappels généraux

La démarche palliative consiste à aborder les situations de fin de vie de façon anticipée. Elle est essentielle en EHPAD pour accompagner au mieux les résidents et leur éviter des hospitalisations inappropriées.

L'objectif est de :

- « repérer les besoins du résident en soins palliatifs en respectant ses volontés, ses attentes et ses projets ainsi que ceux de sa famille et de ses proches » Art L1110-5 du CSP.
- recourir selon la complexité de la prise en charge aux HAD qui apportent un appui spécialisé pour la mise en œuvre des soins palliatifs. Leur réactivité en cas de décompensation est facilitée par la création d'une évaluation anticipée ou dossier « dormants ».
- proposer un exemple de dotation médicamenteuse « soins palliatifs » à la disposition des médecins intervenant dans l'EHPAD, des équipes mobiles gériatriques, des équipes mobiles de soins palliatifs, des équipes d'hospitalisations à domicile et des infirmiers.

Prescriptions de médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants

La prescription d'un médicament stupéfiant ou assimilés stupéfiants est établie par un **médecin** (Article R5132-6 du CSP).

La prescription doit être réalisée sur une ordonnance sécurisée papier répondant à des spécifications techniques précises : papier filigrané blanc naturel sans azurant optique, mentions pré-imprimées en bleu, numérotation de lot, carré en micro-lettres permettant aux professionnels de santé d'indiquer le nombre de spécialités médicales prescrites etc. (art. R. 5132-5 du CSP et arrêté du 31 mars 1999 modifié). Le prescripteur indique en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage (art. R. 5132-29 du CSP).

La prescription peut être réalisée de manière dématérialisée au moyen des téléservices de l'assurance maladie via les Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP) référencés "Ségur" (art R. 4071-1 du CSP).

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) avec la spécialisation PCS - PPSP (Pathologies Chroniques Stabilisées, Polypathologies et Prévention en Soins Primaires) ont la capacité de renouveler et/ou adapter une prescription médicale (Art R 4301-3 du CSP). Toutefois dans le cadre des traitements stupéfiants, il est spécifié que ceci est à l'appréciation du médecin prescripteur et doit s'effectuer dans le cadre d'une **procédure écrite** établie par ce dernier.

Stockage (Article R5126-108 et 109 du CSP)

Concernant le stockage dans l'EHPAD, les médicaments hors stupéfiants, constituant la dotation pour besoins urgents (DBU), donc non nominatifs, doivent être rangés à part dans le local à pharmacie de l'EHPAD, dans une armoire sécurisée (art R. 5126-108 et 109 du CSP) et identifiée comme de la DBU.

Concernant les médicaments stupéfiants, les médicaments prescrits doivent mentionner les noms, prénoms voire n° de chambre du résident et être stockés dans une armoire/coffre dédié et sécurisé (art R5132-80 du CSP). De même les médicaments stupéfiants entrant dans la cadre de la DBU doivent être stockés dans ce coffre, avec un étiquetage mentionnant qu'ils font partie de la DBU.

La constitution de la liste de cette DBU doit faire l'objet d'échanges entre le MEDCO, l'IDEC et le pharmacien référent pour être adaptée au mieux aux besoins. Les médicaments stupéfiants constituant cette liste font ensuite l'objet d'une prescription par le MEDCO au titre de la DBU.

Toute sortie de médicament stupéfiant du coffre doit être inscrite sur le registre des entrées sorties (art R5132-36 du CSP).

Tout médicament stupéfiant sorti du stock ne peut être remis dans le stock.

En effet, le registre des entrées sorties ne peut pas être modifié à posteriori : pas de blanc, de rature, ou surcharge sur le registre.

Il faudra remettre le médicament stupéfiant non administré dans le coffre sécurisé mais à part du stock, dans les médicaments stupéfiants à rendre à l'officine/PUI pour destruction.

Ces médicaments stupéfiants sont bien identifiés et leur utilisation est formalisée dans les **procédures relatives** à leur circuit pour besoins urgents et réservée à des cas exceptionnels.

Les médicaments assimilés aux stupéfiants (midazolam, zolpidem,...) ont des règles de prescription similaires aux stupéfiants mais ces règles ne s'appliquent pas au niveau du stockage et de la tenue d'un registre entrée/sortie.

Traçabilité

Toute sortie de médicament stupéfiant du coffre, que ce soit dans le cadre d'un traitement programmé ou dans le cadre d'un besoin urgent, doit être tracé au niveau d'un registre des entrées/sorties (cf. art R5132-36 du CSP).

Il est très important que la traçabilité de l'administration soit faite, en temps réel, sur papier ou informatique (si possible), par la personne qui a administré et si le stupéfiant n'a pas été administré cela doit être indiqué ainsi que la raison.

Le contenu du coffre doit être régulièrement vérifié par les IDE.

Les médicaments périmés et/ou non administrés sont stockés à part dans le coffre sécurisé dans l'attente d'un retour à l'officine/PUI dispensatrice pour destruction.

Responsabilité

Le trinôme médecin/IDE/pharmacien est essentiel mais n'exclut pas la responsabilité individuelle de chacun des professionnels concernés (IPA, MEDEC, pharmacien référent, équipe mobile...). Ainsi il est primordial que la démarche de soins palliatifs en EHPAD fasse l'objet de procédures et protocoles individualisés à l'établissement en tenant compte du cadre réglementaire encadrant les professions.

Tous les professionnels impliqués dans la démarche palliative ont leur propre périmètre de responsabilité au regard de leur champs de compétences.

