

PROTOCOLE DE COOPÉRATION

Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri- professionnelle

Vu l'arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

Vu l'arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et la pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

Tenant compte des exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/>

RÉSUMÉ DU PROTOCOLE

Intitulé du protocole de coopération	Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'un exercice coordonné
Date de mise en place	01 OCTOBRE 2023
Date de dernière mise à jour	01 AOUT 2023
Profession du délégant	Médecin généraliste (MG)
Profession du délégué	Pharmacien d'officine (PO) Infirmier diplômé d'Etat (IDE)
Professionnels en appui	La coordinatrice de la CPTS : cptsgrandcalais@gmail.com , pour le lien entre les professionnels, la coordination de la mise en place et de l'évaluation du protocole DR Franck NICODEME : pharmaciestpierreocalais@gmail.com pour l'écriture de ce protocole
Objectifs	- Réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante (avec diminution du risque de complications du fait de cette prise en charge précoce), dans un contexte de démographie médicale déficitaire. - Diminuer le recours à la permanence de soins (urgences et organismes de permanence de soins ambulatoires), notamment en horaire de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé
Actes dérogatoires	Réalisation et interprétation d'une bandelette urinaire par le pharmacien ou l'infirmier Etablissement d'un diagnostic par le pharmacien ou l'infirmier Choix de l'antibiotique par le pharmacien ou l'infirmier Prescription par le délégué de l'antibiotique via une ordonnance type (Annexe 3)

	Prescription d'un ECBU en cas d'allergie à la fosfomycine et au pivmecilliman
Lieu de mise en œuvre	La consultation aura lieu dans un espace de confidentialité avec un accès à des toilettes
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche Mémo « Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme », HAS, Novembre 2016. - SPILF - Recommandations pour la prise en charge des infections urinaires communautaires de l'adulte - Actualisation 2017 (parution 07/2018) - Protocole de coopération entre les professionnels de santé « Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle », arrêté du 6 mars 2020. - Protocole national de coopération pollakiurie mars 2023 - Protocole de coopération pour la prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri- professionnelle : CPTS

LES BÉNÉFICIAIRES

Les patients concernés	<p>Les bénéficiaires du protocole sont des femmes entre 16 et 65 ans présentant des signes fonctionnels urinaires (une pollakiurie et/ou une brûlure mictionnelle et/ou une dysurie et/ou une impériosité mictionnelle) d'apparition récent dont un des délégants est le médecin traitant.</p> <p>Avec un médecin traitant, membre ou non de la CPTS</p>
Les patients non concernés	<p>Les hommes sont exclus de ce protocole du fait de la sévérité potentielle des infections urinaires masculine.</p> <p>Les femmes âgées de plus de 65 ans du fait du risque plus élevé de complications suite à une infection urinaire.</p> <p>Les patientes présentant des critères d'exclusion lors de l'interrogatoire</p>

Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Homme - Âge < 16 ans OU Âge > 65 ans <p><u>Critères d'exclusion lors de l'interrogatoire :</u> (Complémentés de l'historique pharmaceutique (par la carte vitale) si possible et avec l'accord du patient.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse avérée ou non exclue - Signes digestifs : nausée, vomissement, diarrhée, douleur abdominale diffuse - Signes fonctionnels : douleurs iliaques et/ou lombaires - Signes gynécologiques : leucorrhée, prurit vulvaire ou vaginal - Antécédent de 3 cystites sur les 12 derniers mois - Antécédent de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours - Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie - Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent) - Immunodépression grave : due à une pathologie (VIH) ou un traitement médicamenteux (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie...) - Insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30mL/min, ou grade 4 et 5) - Port d'un cathéter veineux implanté - Prise de fluoroquinolones les 3 mois précédents <p><u>Critères d'exclusion lors de l'examen clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre (temp. > 38°C) ou hypothermie (temp. < 36°C) - Tension artériel: Systolique < 90 - Fréquence cardiaque : >110 - Fréquence respiratoire: >20 <p><u>Critères d'exclusion durant la prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiente ou représentant légal refusant le protocole - Doute du délégué (guts feeling)
-----------------------------	--

FORMATION DES DÉLÉGUÉS

Compétences à acquérir	<ul style="list-style-type: none">- Réaliser et interpréter des bandelettes urinaires- Être capable d'identifier les critères/symptômes pour lesquelles la prise en charge médicale ne peut être déléguée- Être capable d'identifier la molécule à prescrire et la posologie
Modalités d'acquisition	<p>La CPTS organisera une formation entre pairs : administrée par au moins un déléguant envers tous les délégués.</p> <p>En cas d'absence, le délégué doit prévenir la coordinatrice pour convenir d'une nouvelle date avec les déléguants.</p> <p>Les délégués sont responsables de leur formation, ils peuvent compléter la formation de la CPTS auprès de tout autre organisme.</p>

EVALUATION

Récurrence des évaluations	Semestrielle
Date de première évaluation	30 AVRIL 2024
Indicateurs	<p><u>Indicateurs d'activité :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Nombre de consultations pour cystite simple chez les délégués (en hausse) et chez les MG (en baisse)- Nombre de patientes incluses dans le protocole de coopération (en hausse) <p><u>Indicateurs de qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Nombre de reprises par le médecin délégué / nombre de patientes incluses <p><u>Indicateurs de satisfaction des patientes :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Nombre de refus / nombre de patientes incluses- Satisfaction des délégués et délégués recueillis lors de chaque réunion d'évaluation. Réunion entre délégués et délégués avec la présence au minimum d'un médecin, d'un PO et d'un IDE.
Modalités d'évaluation	Les délégués transmettent le tableau de recensement semestriel (ANNEXE 6). L'ensemble des délégués et délégués se réunissent semestriellement pour étudier les indicateurs et distinguer si besoin des axes d'amélioration du protocole.

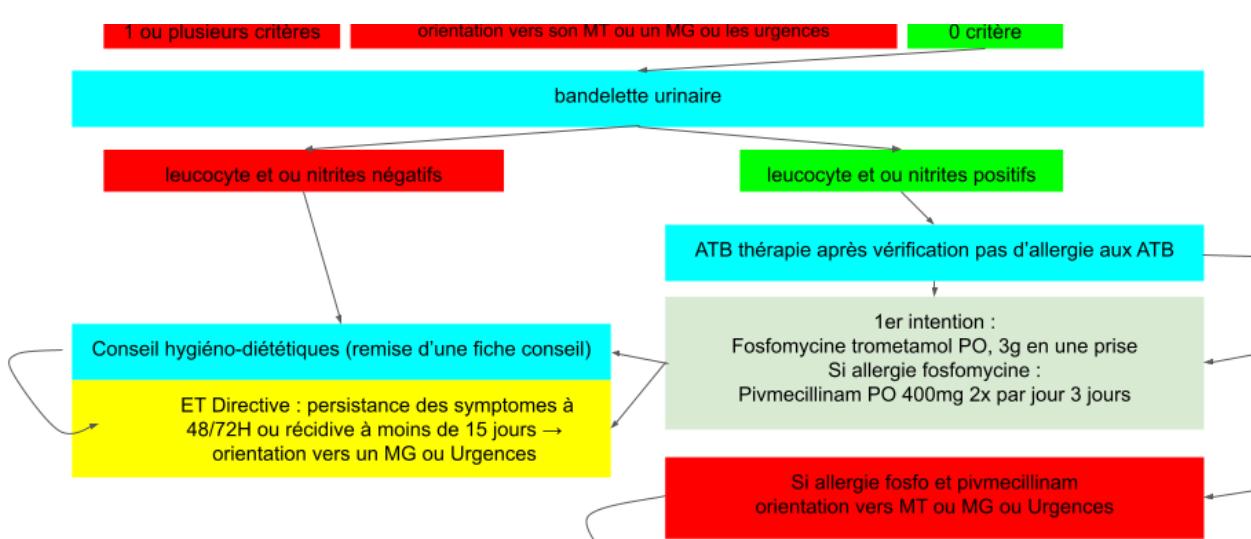
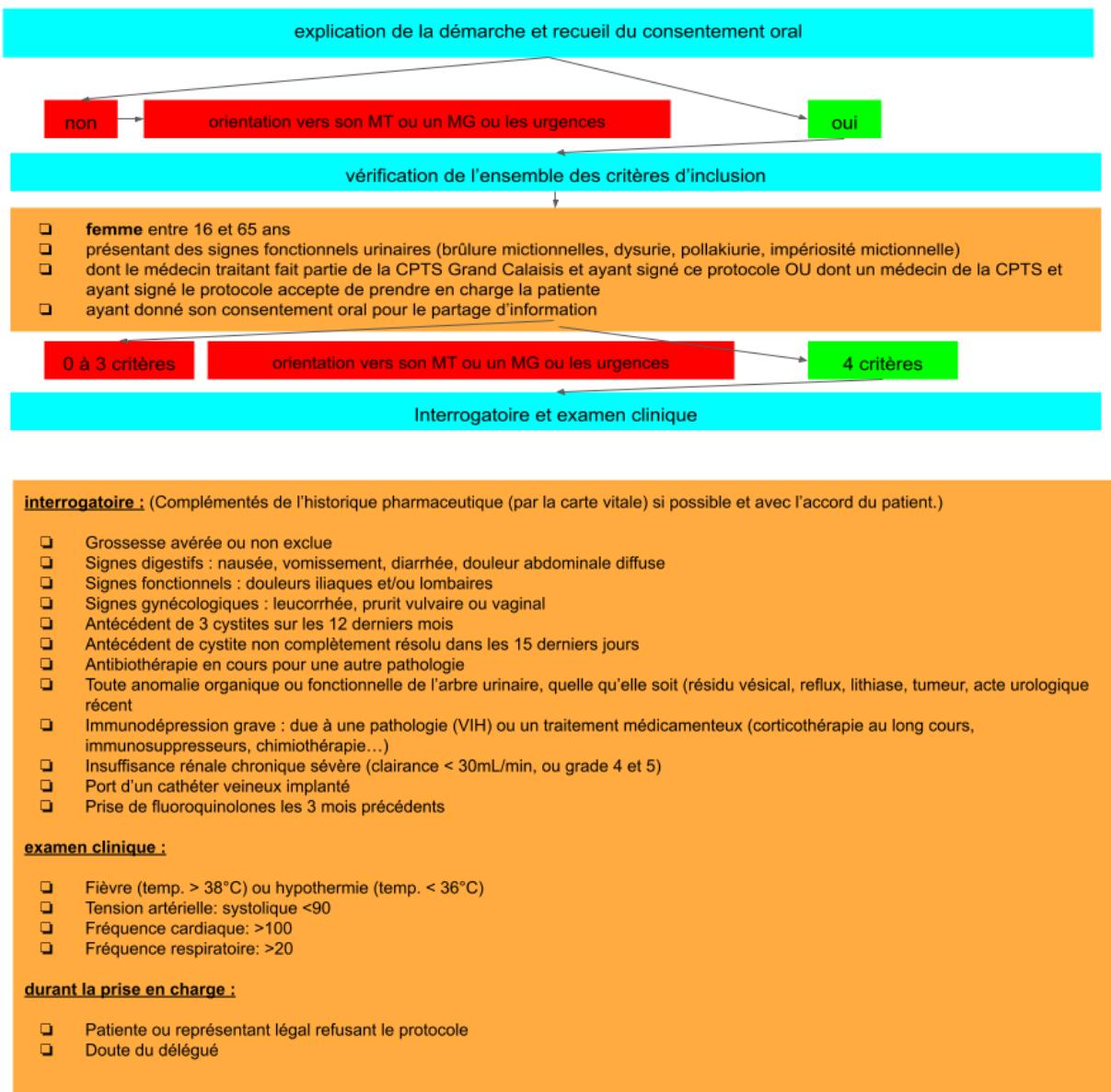
MOYENS MATÉRIELS ET FINANCIERS

Matériels	<p>Chaque pharmacie/infirmier assure l'approvisionnement en bandelettes urinaires</p> <p>Chaque pharmacie/infirmier assure le bon déroulement de l'examen clinique (toilettes accessibles, protocole d'hygiène, espace de confidentialité pour l'interrogatoire).</p>
Modèle économique	<p>Prescription des molécules :</p> <p>Le délégué rédige une prescription en double prescripteur (délégué et délégant désigné pour le patient).</p> <p>Rémunération de l'acte :</p> <p>La CPTS recevra 25 € pour chaque acte qui seront redistribués selon la répartition suivante :</p> <ul style="list-style-type: none">- 15 € au délégué- 10 € au délégant (médecin)

PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE

Intervention du délégué	<p>Le délégué est joignable au moins par téléphone et téléconsultation par le délégué.</p> <p>L'intervention du délégué dans les 24 heures sera nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none">- En cas de douleur persistante ou qui s'aggrave- Si hématurie persistante après traitement- Si allergie à la fosfomycine et pivmecillinam <p>En cas d'apparition d'un nouveau symptôme ou une apparition secondaire de critère d'exclusion après consultation du délégué.</p> <p>En cas d'absence du médecin traitant de la patiente, un des autres délégués reçoit la patiente.</p>
Transmission de l'information	<p>Pour chaque personne incluse dans ce protocole, le délégué doit transmettre obligatoirement au MT par messagerie sécurisée le formulaire de prise en charge complété (ANNEXE 2).</p>
Traçabilité et archivage	<p>Le MT archive le dit document dans son dossier patient.</p> <p>Le délégué conserve ledit document dans ses archives papiers ainsi que le consentement de la patiente.(Annexe 1)</p>
Documents à donner à la patiente	<p>Le formulaire de prise en charge de la patiente, l'ordonnance et la fiche conseil</p>
Événements indésirables	<p>Tout événement indésirable doit être déclaré :</p> <ul style="list-style-type: none">- refus du patient- mésinterprétation d'un critère d'exclusion, mauvaise lecture de la bandelette urinaire, erreur dans la prescription (CI, allergie...)- complications : urinaire (pyélonéphrite) ou infectieuse (sepsis...)- demande de prescriptions autres- échec du traitement <p>Il est recueilli dans un tableau (ANNEXE 6) et transmis semestriellement à la coordinatrice.</p> <p>Tout événement indésirable grave doit être communiqué immédiatement à la coordinatrice et entraîne la suspension du protocole.</p>

La prise en charge du patient selon l'arbre décisionnel suivant:



ANNEXE 1 : Consentement patiente

Madame,

Dans le cadre de l'équipe constituée par la CPTS « Grand Calaisis », il vous est proposé d'être prise en charge par un pharmacien / un infirmier spécifiquement formé à un protocole de coopération « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'état de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans ».

Cette prise en charge a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé.

Ce protocole de coopération a été spécifiquement autorisé par un arrêté des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de cette prise en charge le pharmacien ou l'infirmier pourra réaliser en lien avec un Médecin les actes et activités suivants :

- Interrogatoire et évaluation clinique
- Réalisation et interprétation d'une bandelette urinaire
- Si nécessaire, prescription de l'antibiotique adapté sur une ordonnance préétablie.
- Prescription d'un ECBU en cas d'allergie aux antibiotiques prévus par le protocole. Il contactera si besoin un médecin disponible dans le cadre de la CPTS pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En approuvant ou en signant ce document vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole.

Vous donnez également votre consentement au pharmacien ou à l'infirmier pour consulter votre dossier médical établi par votre médecin, s'il en a la possibilité.

Ce consentement sera consigné dans le dossier établi par le pharmacien ou l'infirmier Il vous sera bien entendu possible de revenir à tout moment sur ce consentement. Si vous refusez, cela ne modifiera pas vos relations avec votre médecin.

Celui-ci sera informé par messagerie sécurisée de santé de la prise en charge réalisée.

Accord de la patiente :

Signature de la patiente ou de son représentant légal :

- Nom et adresse du médecin traitant de la patiente :
- Nom de la personne qui a informé la patiente et recueilli son consentement :
- Qualité :
- Signature :

ANNEXE 2 : Formulaire de prise en charge de la patiente

LA PATIENTE

NOM		Prénom	
Date de naissance		NOM med. traitant	

Motif de consultation :

- Pollakiurie
- Brûlures mictionnelles
- Dysurie
- Impériosité mictionnelle

Docteur,

Madame, Mademoiselle « nom prénom » a été pris en charge le « mm/jj/aaaa » pour des brûlures mictionnelles et une pollakiurie dans le cadre du protocole national de coopération : « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'état de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre de la CPTS Grand Calaisis.

A l'issue de son évaluation clinique.

- Je lui ai conseillé de vous consulter dans les 24h en raison de l'identification du critère suivant ne permettant pas sa prise en charge dans le cadre du protocole :
 - Age < 16 ans ou > 65 ans
 - Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées en l'absence de dossier médical disponible
 - Grossesse avérée ou non exclue
 - Signalement par la patiente de signes d'appel gynécologiques : leucorrhée / prurit vulvaire ou vaginal
 - Notion de cystites à répétition ≥ 3 épisodes dans les 12 derniers mois
 - Épisode de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours
 - Antécédents d'anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire (uropathie, résidu vésical, lithiase rénale, tumeur rénale, geste chirurgical récent, endoscopique ou sondage)
 - Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie)
 - Port d'un cathéter veineux implanté
 - Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
 - Notion d'insuffisance rénale chronique sévère rapportée par la patiente ou débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/mn/1.73m² selon CKD-EPI
 - Prise de fluoroquinolones dans les 3 mois précédents (risque de sélection des germes)
- Je l'ai adressée à un médecin en urgence en raison de symptômes de gravité nécessitant une prise en charge médicale immédiate
 - Fièvre rapportée par la patiente ou mesurée avec température >38° C ou hypothermie (Température < 36° C) ou frissons
 - Douleur d'une ou des fosses lombaires ou au niveau des flancs, vomissements / diarrhée / douleurs abdominales
 - Mesure d'une Pression artérielle Systolique < 90 mm Hg ou d'une Fréquence Cardiaque > 110/mn ou d'une Fréquence Respiratoire >20/mn
- Je lui ai prescrit un traitement antibiotique conforme aux recommandations en vigueur suite à la réalisation **d'une bandelette urinaire positive aux leucocytes ou aux nitrites**
 - FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3 g per os en une prise unique
 - PIVMECILLINAM 400 mg per os 2 fois par jour pendant 5 jours
- Je lui ai prescrit un ECBU en raison d'une allergie ou d'une contre-indication à ces antibiotiques et je lui ai demandé de vous consulter dès l'obtention des résultats
- Je lui ai conseillé de consulter un médecin dans les 24h suite à la réalisation d'une bandelette urinaire négative aux leucocytes et aux nitrites mais avec présence d'une hématurie ou d'une autre anomalie
- Je lui ai également conseillé de consulter rapidement un médecin en cas d'apparition de nouveaux symptômes, d'apparition d'un critère de gravité (fièvre, symptômes évocateurs d'une pyélonéphrite, altération de l'état général) dans les 24h, de persistance des symptômes malgré le traitement à 48h ou de présence de sang dans les urines après le traitement

ANNEXE 3 : Ordonnance Vierge

Selon l'arrêté du 6 mars 2020 et du 11 juillet 2022

Délégué :

Médecin - DR _____
RPPS n° _____

Délégué :

Profession :

- Pharmacien
 IDE

DR / M / Mme _____
RPPS n° _____

Patient :

Mme _____
née le _____ / _____ / _____

A _____, le _____ / _____ / _____

Prescription :

- Fosfomycine trometamol 3g en une prise unique
 Pivmecillinam 400mg 2X par jour pendant 5 jours

Signature :

ANNEXE 4 : Fiche conseil

Que faire pour éviter les infections urinaires et prévenir les récidives de cystite ?



Buvez beaucoup d'eau et des liquides non alcoolisés (volumes au moins égal à 1,5 litre / jour)

Urinez dès que vous en sentez le besoin : ne vous retenez pas !!!

Lorsque vous urinez, faites le complètement afin d'éviter qu'il persiste un résidu d'urine dans votre vessie, propice à la multiplication d'éventuelles bactéries



Ne prenez pas de douches vaginales

N'utilisez pas de produit d'hygiène intime parfumés

N'utilisez pas de bains moussants



Essuyez vous d'avant en arrière après être allé aux toilettes car, si l'urine est stérile, les selles contiennent de nombreux germes
Luttez contre la constipation

Si l'infection survient après les rapports sexuels, urinez tout de suite après chaque rapport et évitez l'usage de spermicides



Portez des sous vêtements en coton

Evitez les pantalons moulants

Consultez votre médecin en cas :

- ❖ d'aggravation dans les 24H (fièvre, douleur lombaire)
- ❖ de persistance des symptômes à 24/48H



ANNEXE 5 : Questionnaire pour le recueil de satisfaction des professionnels.

Enquête de satisfaction délégué.

Vous avez adhéré au protocole de coopération «pollakiurie et brûlures mictionnelles». Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération. Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes.

Date :

1- La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) vous satisfait-elle ?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

2- Selon vous, ce protocole de coopération permet-il une prise en charge appropriée des patients ?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

3- Dans le cadre de ce protocole, avez-vous été sollicité par les délégués?

- Très rarement
- Rarement
- Fréquemment
- Très fréquemment

4- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :

Enquête de satisfaction délégué.

Vous avez adhéré au protocole de coopération «pollakiurie et brûlures mictionnelles».

Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération.

Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes :

Date :

1- Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

2- La qualité des échanges entre vous et les délégants vous satisfait-elle ?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

3- Pensez-vous que le protocole de coopération permet une meilleure prise en charge des patients ?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

4- Ressentez-vous une valorisation de votre pratique professionnelle ?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération?

- Insatisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

Merci de nous faire part de vos éventuelles remarques :

ANNEXE 6 : Tableau de recensement semestriel

