

DISPENSATION PROTOCOLISEE

Cystite simple – femme 16-65 ans



CADRE REGLEMENTAIRE

TROIS DATES CLEFS

MARS 2020 !!!

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'état et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » (MSP).

Pharmacien MSP – Medecin Traitant du patient MSP

CADRE REGLEMENTAIRE

SITUATION « TEMPORAIRE » FACE A L'URGENCE ETE 2022

Dans le cadre de la « Mission Flash » mise en place cet été, un arrêté du 11 juillet 2022 prévoit des modalités allégées d'adhésion aux protocoles de coopération interprofessionnelle, pour les professionnels de santé membre d'une CPTS.

« Simple » accord de coopération entre

1 Pharmacien CPTS et 1 Médecin délégué CPTS

(Information du médecin traitant)

CADRE REGLEMENTAIRE

LA PERENISATION

Le **6 Mars 2023** , la mise en place des protocoles cystite et odynophagie a été entérinée par un arrêté au Journal officiel. Ils sont désormais ouverts aux pharmaciens intégrés à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

les CPTS souhaitant mettre en œuvre ces protocoles sont tenues de déclarer chaque membre de l'équipe volontaire auprès de l'agence régionale de santé (ARS) territorialement compétente.

Medecin Déléguant / Pharmacien Titulaire / Pharmacien Adjoint

Information médecin traitant

L'ORGANISATION DANS LA CPTS

4 Etapes

.Le Pharmacien volontaire, adhérent de la CPTS doit trouver **UN** Médecin généraliste volontaire également membre de la CPTS pour coopérer par délégation.

.Le Pharmacien doit en faire une **demande écrite** auprès de la CPTS.

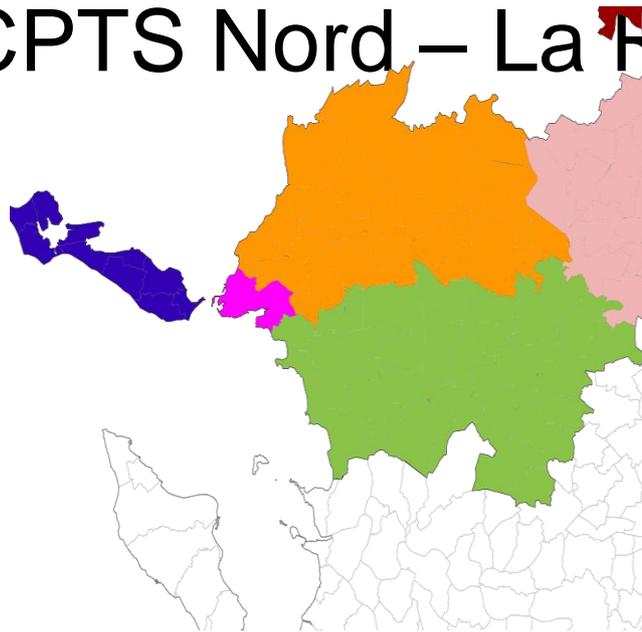
.Le Médecin déléguant et le Pharmacien délégué doivent signer un **engagement tripartite** avec la CPTS.

.Le médecin déléguant doit former **TOUS** les pharmaciens participants au sein de la Pharmacie

L'ORGANISATION DANS LA CPTS

Cas N°1

•Patients dont le médecin traitant est **extérieur** à notre territoire (CPTS Nord – La Rochelle – Sud).



Mise en place du protocole.

L'ORGANISATION DANS LA CPTS

Cas N°2

.Patients dont le médecin traitant fait parti de notre agglomération. (CPTS Nord – La Rochelle – Sud).

.Contact préalable du Medecin traitant **ou** du secrétariat par le Pharmacien **ou** par le Patient.

.Si pas de prise en charge possible dans les 48H00

.Mise en place du protocole

L'ORGANISATION DANS LA CPTS

Cas N°3

.Patient adressé par le SAS (Centre 15)

.Mise en place du protocole

La Mise en place dans la CPTS

- Travail Pluriprofessionnel avec des médecins volontaires

- Expérimentation sur deux Pharmacies depuis décembre 2022

- Généralisation sur La Rochelle pour la saison 2023

EN PRATIQUE

DEMANDE D'ADHESION A UN PROTOCOLE DE COOPERATION

CPTS La rochelle
Boulevard Cognehors
17000 La Rochelle

La Rochelle Le

A L'attention du Président de la CPTS La Rochelle.

Monsieur,

Je souhaiterais mettre en place le protocole de coopération que vous avez développé au sein de notre CPTS la Rochelle :

prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans ;

En adhérant à ce protocole, je souhaite travailler en collaboration pluriprofessionnelle avec le Docteur qui sera le médecin déléguant.

Je m'engage également à suivre la formation préalable à la prise en charge des patients et à utiliser les documents proposés par la CPTS pour le suivi des prises en charge et la coordination.

Je vous joint les numéros nécessaires à la mise en place de ce protocole :

Mon numéro de téléphone portable :

Mes numéros RPPS :

Phien Titulaire
Phien Titulaire
Phcien Adjoint

Mon numéro ADELI :

Bien cordialement,

Signature

EN PRATIQUE



COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE
LA ROCHELLE

Dr
Médecin Généraliste
Adresse
17 000 La Rochelle

Nom Prénom
Pharmacien - Pharmacie
Adresse
17 000 La Rochelle

PROTOCOLE DE COOPERATION - ENGAGEMENT TRIPARTITE

Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans

Nous sommes volontaires pour déployer le protocole ci joint en partenariat trilaterale :

- en qualité de médecin généraliste déléguant
 - Dr
- En qualité de professionnel autorisé délégué
 - Profession : Pharmacien
 - Nom Prénom
- En qualité de structure d'exercice coordonnée
 - LA CPTS La Rochelle.

Nous nous engageons à la réalisation d'une formation préalable.

Nous nous engageons à utiliser les documents proposés par la CPTS pour le suivi des prises en charges et la coordination.

Nous acceptons la répartition d'honoraire, telle que défini par la CPTS.

A La Rochelle , le

Dr

Dr

Cpts La Rochelle

EN PRATIQUE



COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE
LA ROCHELLE

ATTESTATION DE FORMATION

Je soussigné Dr _____, exerçant en tant que médecin déléguant dans le cadre des protocoles de coopération entre les membres autorisés adhérent à la CPTS intitulés :

- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans ;

certifie sur l'honneur avoir transmis les compétences Médicales spécifiques pour l'application de ces protocoles aux pharmaciens délégués :

Mr
Mme
Mme

sur la base du protocole ci joint établi selon les recommandations de la HAS.

A La Rochelle, Le

Dr

EN PRATIQUE

 PROTOCOLE DE COOPERATION Version 5 du 12 Avril 2023	PRISE EN CHARGE DE LA POLLAKIURIE ET DE LA BRULURE MICTIONNELLE CHEZ LA FEMME DE 16 A 65 ANS
---	---

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
NOM	
PRENOM	
DATE NAISSANCE (AGE)	
MEDECINS TRAITANT	
RECUEIL DE CONSENTEMENT / AUTORISATION PARENTALE (16-17ans) Présence d'un parent obligatoire	
Je soussigné Mr/ Mme :	
Père, mère, tuteur de l'enfant :	
atteste avoir compris les informations qui m'ont été données, que les informations que j'ai transmises ci-dessus sont exactes et consent à être pris en charge pour le protocole de coopération ci-dessus nommé.	
Signature :	
CRITERES DE PRISE EN CHARGE Réorientez vers le médecin si TOUS les critères ne sont pas remplis	
<input type="checkbox"/>	Motif de la demande Pollakiurie / Brulures mictionnelles <u>uniquement à la miction</u> / Impériosité
<input type="checkbox"/>	Femme
<input type="checkbox"/>	Age entre 16 ans et 65 ans
CRITERES D EXCLUSION Réorientez vers le médecin si UN de ces critères est rempli	
Oui Non	Contexte
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Episode de Fievre <u>depuis l apparition des symptomes</u>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Présence de sang dans les urines- Hématurie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grossesse avérée ou non excluse
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Antibiothérapie en cours
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prise de Fluoroquinolones dans les 3 mois précédents
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vomissements – Diarrhées – Douleurs abdominales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Immunodépression (HIV – Chimiothérapie – Immunosuppresseurs – Corticoïdes)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Port d'un cathéter veineux implanté
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale Chronique sévère (Clairance de la créatinine < 30 ml/min)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Episodes de Cystite
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 épisodes ou plus dans les 12 derniers mois
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 épisode non résolu dans les 15 derniers jours
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Signes d'appel gynécologiques
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pertes Vaginales - Leucorrhée
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prurit vulvaire ou vaginal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anomalie organique ou fonctionnelle
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Suivi médical pour des troubles urinaires - Résidu vésical
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Calculs rénaux récents - Lithiase
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Suivi Régulier par un Urologue (Tumeur – Acte urologique ou chirurgical récent)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Doute du pharmacien dans l analyse des critères
Observations :	

 PROTOCOLE DE COOPERATION Version 5 du 12 Avril 2023	PRISE EN CHARGE DE LA POLLAKIURIE ET DE LA BRULURE MICTIONNELLE CHEZ LA FEMME DE 16 A 65 ANS
---	---

CONTROLE DES DONNEES CLINIQUES	
Oui Non	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prise de Température, Valeur °C Si 36 °C< T >38°C Orientation vers Médecin
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Douleurs Lombaires Atypique ou majorée par rapport à d'habitude (Lombalgie) Douleur à la percussion <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Bilatérale Orientation vers Médecin
Bandelette urinaire	
Oui Non	Marque bandelettes Péremption/...../.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Présence de Leucocytes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Présence de Nitrites
PRISE EN CHARGE	
Si Bandelette Négative (Absence de Leucocytes ET de Nitrites)	
-Conseil Hygiéno diététique Hydratation abondante – Miction Fréquente	
-Traitement symptomatique	
Si persistance des symptômes 24/48 H ou Fievre ou douleur lombaire - Orientation vers Médecin	
Si Bandelette Positive (Présence de Leucocytes OU de Nitrites)	
-Traitement par antibiothérapie :	
Première Intention	<input type="checkbox"/> Fosfomycine PO 3 g en prise unique
Si allergie Fosfomycine	<input type="checkbox"/> Pivmecillinam PO 400 mg 2 fois/ jour – 5 Jours
Si Allergie Pivmecillinam ou Penicillines	<input type="checkbox"/> Orientation vers Médecin et réalisation d'un ECBU
-Traitement Symptomatique :	
Si absence d'insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/> Paracetamol
Date - Heure	Tampon Pharmacie Visa Pharmacien
SYNTHESE ET COORDINATION	
<input type="checkbox"/> PAS DE PRISE EN CHARGE A LA PHARMACIE - ORIENTATION VERS LE MEDECIN TRAITANT / SAMU CENTRE 15	
<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE SANS CO-PRESCRIPTION	
<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE AVEC CO-PRESCRIPTION	
<input type="checkbox"/> INFORMATION DU MEDECIN DELEGUANT - Transmission du protocole par messagerie sécurisée.	
<input type="checkbox"/> INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT - Remise d'un courrier de coordination au patient.	
<input type="checkbox"/> ARCHIVAGE DES DOCUMENTS A LA PHARMACIE	

EN PRATIQUE

	COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE LA ROCHELLE
Dr Médecin Généraliste Adresse 17 000 La Rochelle	Nom Prenom Pharmacien - Pharmacie Adresse 17 000 La Rochelle
RPPS Finess	RPPS Finess

La Rochelle, Le

Mme

Née le

- 1/ FOSFOMYCINE (trométamol) 3 g glé p sol buv sach**
De préférence au coucher après vidange de la vessie, prendre, par voie orale, **1 sachet par prise à distance de repas (2 à 3 h).**
1 prise unique 1 jour
- 2/ PIVMECILLINAM CHLORHYDRATE 200 mg cp**
En position assise ou debout, au milieu d'un repas avec un grand verre d'eau.
Prendre, par voie orale.
2 comprimés le matin et le soir, pendant 5 jours
- 3/ PARACETAMOL 1 g gél**
Prendre, par voie orale, 1 gélule par prise toutes les 6 heures, si fièvre ou douleur

Conseils donnés ce jour :

Hydratation abondante
Mictions fréquentes

Motifs devant entraîner une consultation médicale :

Consulter le médecin en cas de persistance des symptômes ou fièvre ou douleur lombaire dans les 24H / 48H.

Dr

Nom Prenom
Par délégation

EN PRATIQUE

Pharmacie
adresse
17000 La Rochelle
tel
mail

La Rochelle, Le

Cher confrère,

Dans le cadre de la mise en œuvre du protocole de coopération nationale « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans », je vous informe avoir pris en charge votre patiente Mme _____ Née le _____

Nous avons pris en charge votre patiente face à un tableau évocateur de cystite et selon un protocole de coopération entre professionnels de santé établi au sein de la CPTS de La Rochelle et conformément aux recommandations de la HAS.

Un traitement de

- FOSFOMYCINE (trométamol) 3g glé p sol buv sachet
1 prise unique sur 1 jour
- PIVMECILLINAM CHLORHYDRATE 200 mg cp
2 comprimés le matin et le soir, pendant 5 jours
- 3/ PARACETAMOL 1 g
1 gélule par prise toutes les 6 heures,

lui a été délivré avec les conseils hygiéno-diététiques adaptés .

Si vous le souhaitez, je tiens à votre disposition le détail de cette prise en charge.

Confraternellement

Nom Prénom Titulaire
Pharmacien
Signature

Remunération

- Dans le cadre de la mission « Flash »
rémunération de 25 euros par protocole.
- Répartition de la rémunération
 - Pharmacien 20 Euros
 - Medecin Déléguant 5 Euros
- Gestion de la rémunération par la CPTS

QUESTIONS

LA CPTS

UN INCUBATEUR DE PROJET INTERPROFESSIONNEL

.DES IDEES ???

- Ruptures
- Extension des protocoles de délégation
- Organisation Pharmacien – Infirmière
- Sorties d'Hospitalisation

.DES ACTEURS ???



MERCI !