

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le
Par M. GUYOT Cédric**

Elaboration d'un protocole local sur les plaies simples et infections cutanées destiné aux CPTS afin d'améliorer le parcours de soins du patient dans un système de santé fragilisé.

Membres du jury :

Président : Monsieur Morgenroth Thomas,
Docteur en Droit,
Maître de Conférences des Universités-HDR, Droit et économie pharmaceutique,
UFR3S-pharmacie, Université de Lille
Vice Doyen Territoire et Partenariats, UFR3S, Université de Lille

Directeur de thèse : Madame Standaert Annie,
Docteur en Pharmacie,
Maître de Conférences des Universités, Parasitologie-Biologie animale, UFRS3-pharmacie, Université de Lille
Responsable de la filière officine, UFR3S-pharmacie, Université de Lille

Membres extérieurs :

Monsieur Racle Guillaume,
Docteur en pharmacie, Pharmacien titulaire à Epernay (51)
Co-fondateur de la CPTS Nord-Aisne
Membre du bureau de l'Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)

Madame Kraszowski Tina,
Docteur en pharmacie, Pharmacienne titulaire à Ronchin (59)
Co-présidente de la MSP Grand Ronchin
Journaliste scientifique

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Audrey Hennebelle Assistante de direction	Cyrille Porta Responsable des Services	Delphine Allorge Doyen

Université de Lille

Président
 Premier Vice-président
 Vice-présidente Formation
 Vice-président Recherche
 Vice-présidente Réseaux internationaux et européens
 Vice-président Ressources humaines
 Directrice Générale des Services

Régis BORDET
 Etienne PEYRAT
 Christel BEAUCOURT
 Olivier COLOT
 Kathleen O'CONNOR
 Jérôme FONCEL
 Marie-Dominique SAVINA

UFR3S

Doyen
 Premier Vice-Doyen
 Vice-Doyen Recherche
 Vice-Doyen Finances et Patrimoine
 Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
 Vice-Doyen RH, SI et Qualité
 Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
 Vice-Doyen Territoires-Partenariats
 Vice-Doyenne Vie de Campus
 Vice-Doyen International et Communication
 Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
 Guillaume PENEL
 Éric BOULANGER
 Damien CUNY
 Sébastien D'HARANCY
 Hervé HUBERT
 Caroline LANIER
 Thomas MORGENROTH
 Claire PINÇON
 Vincent SOBANSKI
 Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen
 Premier Assesseur et Assesseur en charge des études
 Assesseur aux Ressources et Personnels
 Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
 Assesseur à la Vie de la Faculté
 Responsable des Services
 Représentant étudiant

Delphine ALLORGE
 Benjamin BERTIN
 Stéphanie DELBAERE
 Anne GARAT
 Emmanuelle LIPKA
 Cyrille PORTA
 Honoré GUISE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85

M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHARAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86

Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86

Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87

Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille

03 20 96 40 40

<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux
opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont
propres à leurs auteurs.**

Remerciements

A Monsieur Morgenroth,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. Merci d'avoir fait découvrir l'interprofessionnalité aux étudiants en pharmacie. Ce travail découle de cette envie de travailler en coopération.

A Madame Standaert,

Je vous remercie pour votre implication et votre suivi dans la rédaction de cette thèse. Merci d'avoir consacré un temps important pour répondre à toutes mes interrogations et de m'avoir fait confiance dans la gestion de ce travail. Merci également de faire évoluer chaque jour la formation du pharmacien d'officine.

A Guillaume,

Je te remercie de faire partie de ce jury. Ce moment conclut tout le travail que nous avons entrepris et les nombreuses réunions qui ont permis de développer le protocole de coopération. Merci pour ton implication dans la défense de notre profession et des évolutions du métier.

A Tina,

Je te remercie de faire partie de ce jury. Merci pour tout ce que tu m'as appris durant ces années à travailler à tes côtés et de m'accompagner à entreprendre de grands projets professionnels.

A Monsieur Becquet, Monsieur Zanetti, Monsieur El-Masri, Monsieur Maudarbaccus et à l'ensemble des professionnels de la CPTS de Liévin Pays d'Artois,

Merci d'avoir entendu mon projet et d'avoir échangé de façon constructive sur celui-ci.

A Monsieur Ducrocq ; médecin urgentiste de la CPTS Grand-Aisne,

Merci d'avoir aidé à améliorer les arbres décisionnels grâce à votre expérience.

A tous les pharmaciens qui ont assisté aux réunions de présentation et d'échange,

Merci d'avoir fait évoluer les protocoles et de votre intérêt à développer les protocoles de coopération au sein de vos CPTS d'appartenance.

A Monsieur Coulloc'h ; président du laboratoire AAZ,

Merci d'avoir échangé sur les différents TROD existants et d'avoir développé le TetaQuick dans un conditionnement adapté aux CPTS dans le cadre d'une application du protocole de coopération.

A Madame Costedoat et Monsieur Fauquet ; porteurs du projet Osys,

Merci d'avoir échangé sur les protocoles de coopération et sur votre expérience en Bretagne. Merci de porter ce beau projet prometteur.

A Madame Dewisme et toute l'équipe de la pharmacie de Souchez,

Je vous remercie pour l'évolution que j'ai eue et pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés durant mes différents stages officinaux.

A Madame Calippe et toute l'équipe de la pharmacie de la Cité 2,

Je vous remercie de m'avoir fait confiance, de m'avoir appris et de m'avoir fait débiter mon expérience au comptoir rapidement.

A mes parents, à mes sœurs et beaux-frères, à mon neveu, à ma nièce, à ma filleule,

Merci d'être toujours là pour moi, d'avoir cru en moi et de nous faire vivre des moments incroyables sans lesquels il m'aurait été difficile d'en arriver là. Je vous aime.

A Elsa ; l'amour de ma vie,

Merci de m'aimer chaque jour, de me suivre dans mes projets professionnels et de construire avec moi nos projets personnels. Merci d'être cette femme exceptionnelle. Je t'aime.

A ma famille, à ma marraine, à ma belle-famille,

Merci pour votre soutien et toutes les attentions que vous me portez.

A Alain,

Je te remercie particulièrement du temps passé, même en vacances, pour m'avoir aidé à développer une solution numérique pour faciliter la partie administrative des protocoles de coopération.

A Théo, à Margaux ; mes meilleurs amis,

Merci d'être ces amis parfaits, de faire partie de ma famille de cœur. Je vous remercie d'être toujours présents pour moi et pour tous ces moments vécus.

A Adam, à Adélaïde, à Eva, à Louise, à Nicolas ; mes amis de pharma,

Merci pour toutes ces années passées à vos côtés, pour les soirées étudiantes, pour les travaux de groupes et pour les amitiés que nous avons construits.

A tous mes amis,

Merci d'être présents dans chaque moment important pour moi.

A toutes les personnes que j'ai rencontré dans mon cursus universitaire,

Merci.

Table des matières

Liste des abréviations	16
Liste des figures	18
Introduction	21
I. Un système de santé fragile : de nombreuses possibilités pour l'améliorer alliant qualité de prise en charge et évolution des pratiques	24
A. Les démographies médicale et pharmaceutique en France	24
a) Démographie médicale	25
b) Démographie pharmaceutique	29
c) Scénario tendanciel	33
B. Des difficultés qui se font ressentir dans le système de santé actuel	33
a) Un accès aux soins difficile pour des maux mineurs	33
b) Une tension dans les services d'urgence	37
c) Un rapport sur l'accès aux soins en 2018	40
d) Un rapport sur les urgences et les soins non programmés en 2022	41
e) Un rapport sur l'organisation territoriale des soins de premier recours en 2024	42
C. Une coopération interprofessionnelle importante pour lutter contre le dysfonctionnement du système de santé actuel	44
a) Créer un parcours de soins pour le patient	44
b) Un enjeu pour l'Ordre des pharmaciens	46
c) Aspects historiques principaux	48
d) Synthèse sur les différentes formes d'exercice coordonné	49
D. Des exemples de solutions pour une meilleure prise en charge des patients en soins non programmés	51
a) Le Service d'Accès aux Soins	51
b) La loi 41 et loi 31 au Canada	52
c) Le projet pilote NetCare en Suisse	54
d) L'expérimentation d'Orientation dans le Système de Soins en France	56
E. La création de protocoles de coopération, un choix judicieux pour faciliter l'exercice coordonné	60
a) Une nouvelle forme d'exercice médiatisée nécessaire pour la profession de pharmacien	60
b) Objectifs des protocoles de coopération	61

c)	Législation des protocoles de coopération _____	62
d)	Caractéristiques générales des protocoles _____	63
e)	Protocoles nationaux _____	67
f)	Protocoles locaux _____	68
g)	Rémunération _____	69
II.	Elaboration d'un protocole de coopération destiné aux CPTS _____	71
A.	Objectifs de la mise en place d'un protocole et ciblage du protocole de coopération _____	71
a)	Problématique et objectifs _____	71
b)	Exemple d'une CPTS _____	72
c)	Rétro-planning _____	74
d)	Choix des acteurs pour l'élaboration d'un protocole de coopération ____	75
e)	Choix des pathologies nécessitant un protocole de coopération _____	77
f)	Choix des patients, des critères d'inclusion/de non inclusion et des dérogations _____	78
B.	Comprendre la physiopathologie et la prise en charge des plaies simples et infections cutanées incluses dans le protocole _____	80
a)	Morsure par un mammifère _____	80
b)	Morsure par une tique _____	82
c)	Morsure par un aoûtat _____	85
d)	Piqûre d'hyménoptère _____	87
e)	Impétigo _____	89
f)	Panaris _____	92
g)	Brûlure _____	93
h)	Autre plaie _____	96
C.	Apprendre sur les actes techniques nécessaires pour la prise en charge du patient _____	98
a)	Gestion d'une allergie/anaphylaxie _____	98
b)	Gestion d'une brûlure _____	99
c)	Gestion d'une plaie traumatique _____	99
d)	Gestion d'une hémorragie _____	100
e)	Gestion d'un malaise _____	100
f)	Gestion d'une perte de connaissance _____	100
g)	Nettoyage et antisepsie _____	101
h)	Retrait de corps étrangers _____	101

i) Pose de bandelettes adhésives _____	102
j) Retrait de tique _____	102
k) Retrait de dard et sac à venin _____	102
l) Vaccination contre le tétanos : _____	103
Rappel sur le calendrier vaccinal : _____	103
m) Vaccination contre la rage : _____	104
n) Rattrapages de vaccination _____	105
o) Utilisation de TROD _____	108
D. Synthétiser les caractéristiques des médicaments prescrits dans le cadre du protocole _____	111
a) Antiseptiques _____	111
b) Antihistaminique _____	112
c) Corticoïde _____	112
d) Antibiotiques/Antiparasitaire _____	112
e) Antalgiques _____	115
f) Médicament d'urgence _____	116
g) Pansements et crème cicatrisante _____	117
E. Création d'arbres décisionnels et d'ordonnances médicamenteuses et non médicamenteuses _____	119
a) Arbres décisionnels _____	119
b) Ordonnances médicamenteuses _____	121
c) Ordonnances non médicamenteuses _____	121
III. Mise à disposition d'outils aux CPTS et aux officines _____	123
A. Déroulé chronologique de la prise en charge et documents associés au protocole _____	123
a) Réalisation de l'anamnèse du patient _____	123
b) Vérification des critères d'inclusion et de non-inclusion _____	123
c) Information et recueil du consentement du patient _____	124
d) Orientation du patient vers les urgences ou un médecin si nécessaire _____	125
e) Réalisation d'actes techniques et prescription _____	125
f) Suivi du patient et modalités de re-consultations _____	126
g) Echanges avec le délégant _____	126
h) Suivi des indicateurs _____	127
i) Recueil de satisfaction des professionnels de santé _____	128
B. Outils numériques d'aide à l'application du protocole en officine _____	129

a)	Création d'une application de création de pdf – partie administrative	129
b)	Utilisation d'une application de photos médicales	130
C.	Elaboration d'un programme de formation des professionnels adhérents à la CPTS	130
a)	Généralités	130
b)	Formation théorique	132
c)	Formation pratique	132
D.	Formulaire de dépôt du projet du protocole local aux ARS	133
a)	Généralités	133
b)	Documents à remplir pour déclarer l'équipe	134
c)	Formulaire à compléter pour déclarer le protocole	135
d)	Checklist de conformité	135
Conclusion		137
Annexes		141
Bibliographie		229

Liste des abréviations

ACI : Accord Cadre Interprofessionnel
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ARS : Agence Régionale de Santé
CDS : Centre De Santé
CE : Conseil d'Etat
CHU : Centre-Hospitalo-Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen
CPTS : Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
DGOS : Direction Générale d l'Offre de Soins
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENMR : Expérimentations sur des Nouveaux Modes de Rémunération
ESP : Equipe de Soins Primaires
FC : Fréquence Cardiaque
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FR : Fréquence Respiratoire
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HDS : Hébergeur de Données de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IM : Intra-Musculaire
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
OSyS : Orientation dans le Système de Santé

OTC : Over the Counter
PA : Pression Artérielle
PMO : Prescription Médicale Obligatoire
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
QCM : Questionnaire à Choix Multiples
RAD : Rapide Application Development
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'Accès aux Soins
SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SISA : Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNP : Soins Non Programmés
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SUdF : Samu-Urgence de France
TROD : Test Rapide d'Orientation au Diagnostic
USLD : Unité de Soins Longue Durée
USPO : Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Liste des figures

Figure 1 : Facteurs scénarisant le secteur de la santé à l'horizon 2040, OPCO Santé, 2020	25
Figure 2 : Effectifs de médecins actifs de moins de 70 ans par spécialité de 2012 à 2021, DRESS, 2021	26
Figure 3 : Evolution de l'effectif des médecins en activité régulière depuis 2010, CNOM, 2023	27
Figure 4 : Densités régionales des médecins en activité au 1er janvier 2023 (pour 100 000 habitants), CNOM, 2023	27
Figure 5 : Variation de la densité médicale des médecins spécialistes en MG en activité entre 2010 et 2023, CNOM, 2023.....	28
Figure 6 : Effectifs de pharmaciens actifs de moins de 70 ans et part de femmes parmi eux de 2012 à 2021, DRESS, 2021	29
Figure 7 : Répartition des pharmaciens actifs de moins de 70 ans par type d'activité de 2012 à 2021, DRESS, 2021	30
Figure 8 : Densité d'officines en France métropolitaine (pour 100 000 habitants, CNOP, 2023.....	31
Figure 9 : Présence d'une pharmacie à moins de 5 kilomètres par commune, CNOP, 2023	32
Figure 10 : Respect du quota démographique par les communes en 2011, CNOP, 2023	32
Figure 11 : Nuage de mots et d'idées faisant penser aux médecins en France, Etude Santéclair, 2019	34
Figure 12 : Bonne image des professionnels de santé, Etude Santéclair, 2019	34
Figure 13 : Délai d'attente de rendez-vous chez son médecin généraliste, Etude Santéclair, 2019	35
Figure 14 : Difficultés de disponibilités aux horaires d'ouverture du cabinet de son médecin généraliste, Etude Santéclair, 2019	35
Figure 15 : Recours à d'autres professionnels de santé en cas d'indisponibilité de son médecin généraliste en journée, Etude Santéclair, 2019	36
Figure 16 : Recours à d'autres professionnels de santé en cas d'indisponibilité de son médecin généraliste le soir ou le week-end, Etude Santéclair, 2019	36
Figure 17 : Publication des Urgences du CH de Lens relayée sur le réseau social Facebook®, 2022.....	38
Figure 18 : Fermeture des SAU, SAMU-Urgences de France, 2023.....	39

Figure 19 : Fermeture des lignes SMUR, SAMU-Urgences de France, 2023	39
Figure 20 : Graphique de la Cour des comptes "Inadéquation entre offre et demande de soins : des conséquences dommageables", Cour des comptes, 2024	43
Figure 21 : Logigramme de NetCare, pharmaSuisse, 2014	55
Figure 22 : Types de pathologies prises en charge dans le service NetCare et nombre de triages par pathologie, pharmaSuisse, 2014.....	55
Figure 23 : Nouvel écosystème de santé proposé par l'expérimentation, Osys, 2021	57
Figure 24 : Logigramme d'Osys, Osys, 2023.....	58
Figure 25 : Suivi des triages de la phase 1 de l'expérimentation et recentrage sur 6 pathologies, Osys, 2023.....	59
Figure 26 : Missions et dépenses du FIR, ARS HDF, 2023	70
Figure 27 : Territoire de la CPTS Liévin - Pays d'Artois, Rezone CPTS, 2024.....	72
Figure 28 : Démographie des professionnels de santé, Rezone CPTS, 2024	72
Figure 29 : Population de la CPTS d'étude bénéficiant d'une ALD et de la CSS, Rezone CPTS, 2024	73
Figure 30 : Population de la CPTS d'étude polymédiquée, Rezone CPTS, 2024	73
Figure 31 : Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 100 consommateurs de la CPTS d'étude), Rezone CPTS, 2024.....	73
Figure 32 : Rétro-planning de l'élaboration du protocole local de coopération, Image personnelle, 2024.....	74
Figure 33 : Vaccins disponibles contre le tétanos, tableau du calendrier vaccinal 2023.....	103
Figure 34 : Prévention du tétanos et recommandations de prise en charge des plaies, tableau du calendrier vaccinal 2023	104
Figure 35 : Vaccins disponibles contre la rage, tableau du calendrier vaccinal 2023	104
Figure 36 : Niveaux de risque d'exposition au virus de la rage par catégorie d'après la World Health Organization, recommandations HAS, 2018.....	105
Figure 37 : Prophylaxie post exposition au virus de la rage par catégorie d'après la World Health Organization, recommandations HAS, 2018	105
Figure 38 : Nombre de doses nécessaires et intervalle minimal à respecter selon l'âge lors du rattrapage chez un patient en population générale dont le statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu, calendrier vaccinal 2023	107

Figure 39 : Tableau de transition entre ancien et nouveau calendrier vaccinal de l'adulte introduit en 2013 (rappels dTP et dTcaP), calendrier vaccinal 2023	107
Figure 40 : Description du test TetaQuick® sur le site internet de AAZ, 2024.....	108
Figure 41 : Parcours d'un protocole local en structure d'exercice coordonné en ville (ESP, MSP, CDS, CPTS) et établissement médico-social, ARS HDF	134

Introduction

Le système de santé français, bien que pensé pour permettre de soigner chaque citoyen, connaît actuellement quelques dysfonctionnements qui le fragilisent et qui pourraient impacter encore plus la prise en charge des patients dans le futur. Cette urgence est d'ailleurs prise au sérieux par les politiques qui tentent de faire émerger de nouvelles solutions afin de faire évoluer le système de santé.

Sur le terrain, nous constatons de plus en plus de demandes urgentes au comptoir, qui dépassent nos possibilités de prise en charge en officine. En effet, les patients cherchent une réponse rapide en passant la porte de la pharmacie pour bénéficier de conseils ou d'une prise en charge par un professionnel de santé accessible. Le pharmacien devient alors le professionnel de santé de premier recours. Ce dernier est parfois démuni puisque la solution apportée est souvent limitée par les compétences et les autorisations qui lui sont accordées.

Ce changement d'habitudes des patients s'explique par une démographie médicale qui ne cesse de diminuer, rendant l'accès aux soins difficile en particulier pour les soins non programmés. Cette tendance risque de perdurer une décennie avant de retrouver un nombre de médecins suffisant. Certaines situations, bien que devant être prises en charge, provoquent un engorgement des urgences.

Des solutions existent déjà tel que la téléconsultation médicale en officine, qui a fortement progressé durant ces dernières années et qui a montré un réel intérêt. Mais cet accès médical à distance ne permet pas de répondre à toutes les demandes, notamment dans certains soins non programmés nécessitant une prise en charge physique.

Il est possible d'envisager un nouveau parcours de soins pour le patient en incluant l'ensemble des professionnels de santé disponibles sur le territoire pour permettre de réduire les délais d'accès aux soins et d'améliorer la qualité des services.

La crise COVID en France a renforcé le rôle du pharmacien dans le système de santé, notamment par l'image renvoyée de professionnel de santé accessible, efficace et compétent. Cette crise a permis une évolution importante du métier de pharmacien d'officine, grâce notamment à la consolidation des entretiens

pharmaceutiques proposés par les pharmaciens, à la réalisation de TROD ou encore la prescription de vaccins.

Les exemples français, européens et canadiens prouvent l'efficacité et l'intérêt d'une délégation de tâches entre professionnels de santé.

Aujourd'hui, il est envisageable de construire sereinement une coopération interprofessionnelle et une nouvelle forme d'exercice.

En mars 2024, la HAS se positionne encore sur la coopération et la délégation de tâche en affirmant que « cette politique publique doit franchir un nouveau cap ». D'après certains résultats de la HAS, on comptait 57 protocoles nationaux de coopération autorisés en fin 2023, qui ont permis de réaliser 600 millions d'actes en 2022. Seulement 9,1% des patients ont été réorientés vers le délégant et 0,12% d'effets indésirables ont été rapportés sans aucun événement grave. Même si ces résultats sont encourageants et probants, l'application est hétérogène en raison d'obstacles organisationnels et financiers. Les CPTS et les outils numériques devraient permettre un partage de tâches adapté à chaque territoire si les obstacles sont levés (complexité administrative, manque de financements, absence de soutien, compétences partagées limitées...).

Le travail de cette thèse concerne la présentation du contexte de développement des protocoles de coopération et leurs enjeux. Elle est illustrée par une partie pratique d'élaboration d'un protocole de coopération qui a permis une immersion et une appropriation du sujet et une confrontation aux bénéfices et difficultés de sa mise en place. Le protocole de coopération local proposé est celui de la prise en charge des plaies simples et infections cutanées, destiné aux CPTS, afin d'améliorer le parcours de soins du patient.

Ce mémoire de thèse s'articulera sur une première partie faisant un état des lieux de la démographie médicale et du système de santé actuel afin d'en révéler certains aspects qui pourraient être améliorés voire solutionnés par l'exercice coordonné, la délégation de tâches et l'application de protocoles de coopération. Nous essaierons ainsi de comprendre de façon synthétique la genèse de l'exercice coordonné et de définir les protocoles de coopération.

Une deuxième partie plus concrète concerne le protocole local de coopération élaboré au cours de ce travail de thèse, afin d'expérimenter la possibilité offerte aux pharmaciens d'officine de prendre place dans un nouveau système de santé qui se dessine petit à petit. Ce « défi », qui n'est pas uniquement de mettre en place un protocole national existant, a permis de découvrir de façon exhaustive les multiples étapes et contraintes de la création d'un protocole de coopération. Cette partie sera l'occasion de définir les contours du protocole de coopération choisi, de comprendre la physiopathologie et d'échanger avec les professionnels de terrain pour déterminer la prise en charge optimale d'un patient et de créer un protocole, avec ses arbres décisionnels et ses prescriptions, qui ressemble aux pratiques existantes sur le territoire.

Enfin, une dernière partie retrace le dérouler chronologique de l'application du protocole en officine et la mise à disposition aux CPTS, aux officinaux et infirmiers de l'ensemble des documents qui leurs permettront de former les professionnels, de déposer le protocole et de prendre en charge le patient tout en essayant de simplifier au maximum l'aspect administratif, élément limitant pour les professionnels de santé, en fournissant une aide numérique beaucoup moins chronophage.

I. Un système de santé fragile : de nombreuses possibilités pour l'améliorer alliant qualité de prise en charge et évolution des pratiques

A. Les démographies médicale et pharmaceutique en France

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a rendu un dossier en mars 2021 intitulé « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques » (1). C'est sur celui-ci que nous baserons les contours de notre étude démographique de ces professions, qui concourt à l'émergence de la dispensation protocolisée. En effet, les politiques de l'offre de soin sont influencées par la démographie des professionnels de santé, puisqu'elles doivent anticiper les besoins de santé de la population grandissante et vieillissante tout en tenant compte des disponibilités actuelles et à venir de ces mêmes professionnels.

Ce qui est important de voir à court terme sont le nombre de professionnels, leur âge et leur mode d'exercice. Le plus souvent, pour pallier à ce manque, les politiques ont choisis de moduler les capacités de formation des professionnels de santé via le *numerus clausus*, mais cela reste un levier à long terme étant donné la durée des études. La réforme des études de santé portée par la Loi Organisation et transformation du système de santé de 2019 met fin à ce dispositif puisque le *numerus clausus* est supprimé et la pluralité des parcours est mise en avant en permettant l'accès en deuxième ou troisième année du premier cycle de formation des études de santé via une licence accès santé (LAS), un parcours d'accès spécifique santé (PASS) ou une formation paramédicale (2).

Une solution pourrait être apportée en analysant et en anticipant la démographie de l'ensemble des professionnels de santé compétents dont dispose le système de santé français. Celui-ci est en constante transformation depuis plusieurs années en raison des nouvelles technologies, des enjeux environnementaux et sociaux, de la croissance des pathologies chroniques, du vieillissement des patients, d'une demande plus forte d'accompagnement et de personnalisation des soins et donc d'une nouvelle organisation des soins. Ces évolutions entraînent incontestablement une évolution des métiers et des compétences des professionnels de santé. L'Opérateur de Compétences du secteur privé de la santé (OPCO Santé) a rendu un rapport en 2020 sur la « Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040 » (3). Il établit 3 objectifs principaux : identifier les transformations dans le

secteur de la santé, décrire les métiers et compétences utiles pour accompagner les transformations, identifier les modalités de formation. Selon OPCO Santé, les facteurs expliquant le scénario qui se dessine dans le secteur de la santé d'ici à 2040 sont résumés dans le tableau ci-dessous, et dans lequel nous retrouvons une régionalisation de l'organisation des soins, une reconnaissance des professionnels (infirmiers, pharmaciens), une technisation des métiers, une coordination des professionnels ou encore une protocolisation des tâches.

	Facteurs de disruption	Facteurs tendanciels
Politiques	Fin de l'hôpitalo-centrisme, mise en place d'une véritable logique de parcours de vie, de santé, construction d'une politique de prévention ambitieuse	Régionalisation de l'organisation de la santé
Économiques	La précarité et ses conséquences épidémiologiques, importation des logiques de start-up dans les établissements de santé	Intensification du travail
Sociaux	Vieillesse de la population, fin du rôle prépondérant accordé au médecin au profit des infirmiers et des pharmaciens	Exigence de reconnaissance des professionnels
Technologiques	Favoriser la coordination et la gestion des flux, objets connectés pour la remontée de données, mais dans une balance entre l'automatisation et l'humain	Technicisation des métiers versus capacité de coordination
Organisation et management	Décloisonnement et ouverture Flexibilité et agilité Élargissement du socle de connaissances nécessaires à l'exécution des tâches et activités	Travail en équipe, coordination Quête d'autonomie Poids des protocoles et des normes
Patients et usagers	Empowerment Expérience patient Revendication et exigence de contrôle	Personnalisation et individualisation Dialogue éthique
Environnementaux	Réchauffement climatique et épidémies (ex. : Covid-19)	Pollutions de nature diverse
Légaux	Judiciarisation de la santé en particulier du fait des patients, nouvelles exigences à l'égard des aidants	Protection des données patients

Figure 1 : Facteurs scénarisant le secteur de la santé à l'horizon 2040, OPCO Santé, 2020

a) Démographie médicale

D'après la DRESS (1), au 1^{er} janvier 2021, on dénombre 214 200 médecins de moins de 70 ans en activité, un effectif stable puisque la baisse de généralistes est compensée par la hausse de spécialistes. En effet, selon leurs chiffres, le nombre de médecins généralistes a diminué de 5,6% contre une augmentation de 6,4% de

spécialistes. Cette tendance risque de creuser l'écart dans les prochaines années. Il est à noter que la baisse de généralistes se fait sentir surtout depuis la création des spécialités « médecine d'urgence » et « gériatrie » en 2017, jusque-là exercées par les généralistes. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réalise également tous les ans un « Atlas de la démographie médicale en France » reprenant la situation au 1^{er} janvier (4). Il est vrai que la France n'a jamais compté autant de médecins, toutes spécialités confondues (322 973 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre, au 1^{er} janvier 2023). Mais comme nous avons déjà pu le voir dans l'étude de la DRESS, la répartition médecins spécialistes/médecins généralistes évolue, au profit des spécialités.

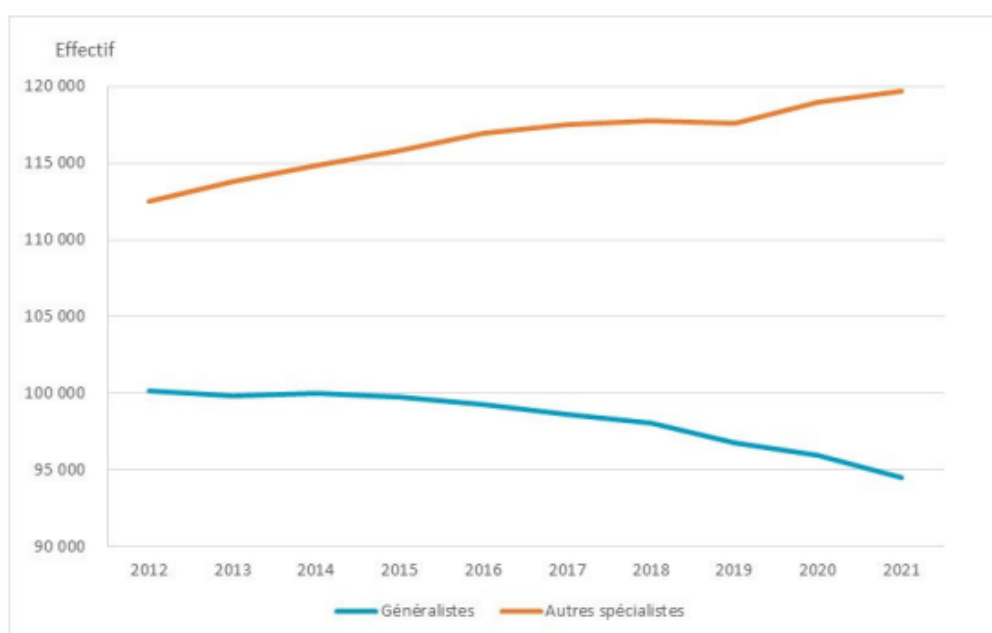


Figure 2 : Effectifs de médecins actifs de moins de 70 ans par spécialité de 2012 à 2021, DRESS, 2021

D'après le CNOM, l'effectif des médecins en activité régulière recule (76,5% en 2010, 61,1% en 2023) augmentant d'autre part notamment le nombre de retraités sans activités (+ 111,7% depuis 2010), en cumul emploi-retraite (+259,2% depuis 2010) ou en activité intermittente. Ainsi, seulement 197 417 médecins sont en activité régulière, bien en deçà du nombre de médecins inscrits à l'Ordre.

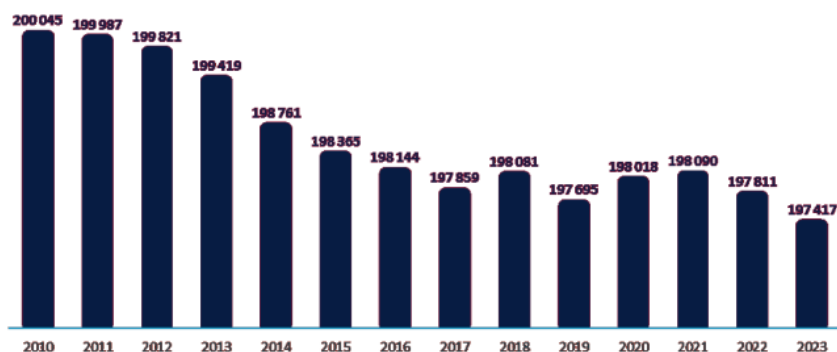
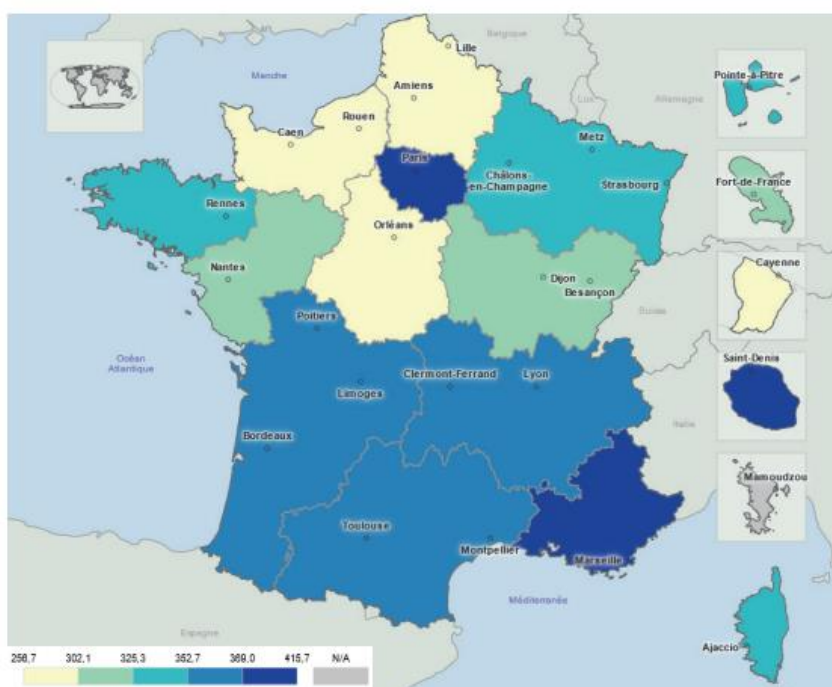


Figure 3 : Evolution de l'effectif des médecins en activité régulière depuis 2010, CNOM, 2023

Au niveau national, la moyenne est de 318 médecins pour 100 000 habitants selon la DRESS. Mais une inégalité de répartition territoriale existe, puisque les médecins sont concentrés dans la moitié Sud de la France (notamment la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur avec 377 médecins pour 100 000 habitants) et en Île-de-France (avec 354 médecins pour 100 000 habitants). Même constat cartographié par le CNOM en 2023.



Les études de la DRESS exploitent des données de 2012 à 2021. Ainsi, même si les effectifs de médecins ont peu évolué depuis 2012, on remarque une densité de médecins diminuée de 2,2% en raison de l'augmentation de la population française, passant de 325 à 318 médecins pour 100 000 habitants, hormis pour quelques régions comme la Bretagne, les Pays-de-la-Loire et le Nord. Pour ce qui

est des médecins généralistes, en plus de l'augmentation de la population, c'est également une baisse de leur effectif qui fait diminuer la densité de généralistes sur le territoire français, passant de 153 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Encore une fois, la conclusion est la même pour le CNOM, la majorité des départements enregistrent une baisse de la densité médicale de médecins généralistes en activité entre 2010 et 2023.

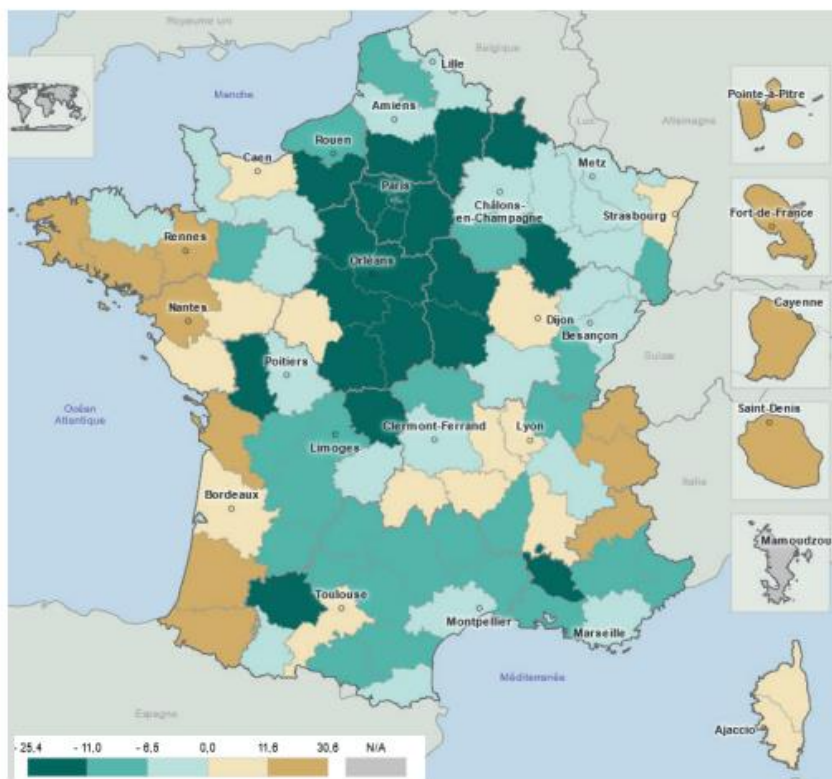


Figure 5 : Variation de la densité médicale des médecins spécialistes en MG en activité entre 2010 et 2023, CNOM, 2023

Il convient de rapporter le nombre de médecins à la population pondérée par sa consommation de soins, afin d'étudier plus précisément la démographie médicale et vérifier l'adéquation de l'offre et de la demande de soins. On parle alors de « densité standardisée de médecins généralistes ». Celle-ci a baissé de 2012 (155 médecins généralistes pour 100 000 habitants en moyenne nationale) à 2021 (139 médecins généralistes pour 100 000 habitants en moyenne nationale), ce qui démontre une augmentation des besoins de soins de la population, qui ont crû plus rapidement que l'effectif des médecins.

Ainsi, les « déserts médicaux » existent bel et bien. En cause du côté des professionnels, une part des généralistes en exercice sont issus du baby-boom (des années 1945 à 1960) et partent progressivement à la retraite sans être remplacés en

totalité, un exercice libéral moins attractif ou encore une médecine générale moins prisée. Du côté de la population, l'augmentation croissante de celle-ci ainsi que son vieillissement mal anticipé participent à une demande forte de soins réguliers et donc à une densité médicale insuffisante.

b) Démographie pharmaceutique

Toujours d'après la DRESS (1), on dénombre 72 200 pharmaciens de moins de 70 ans en activité au 1^{er} janvier 2021. Concernant l'évolution de la démographie pharmaceutique, elle a d'abord augmenté jusqu'en 2016 puis diminué jusqu'en 2021 pour retrouver le même effectif qu'en 2012. On ne note pas la même diminution que pour le nombre de médecins.

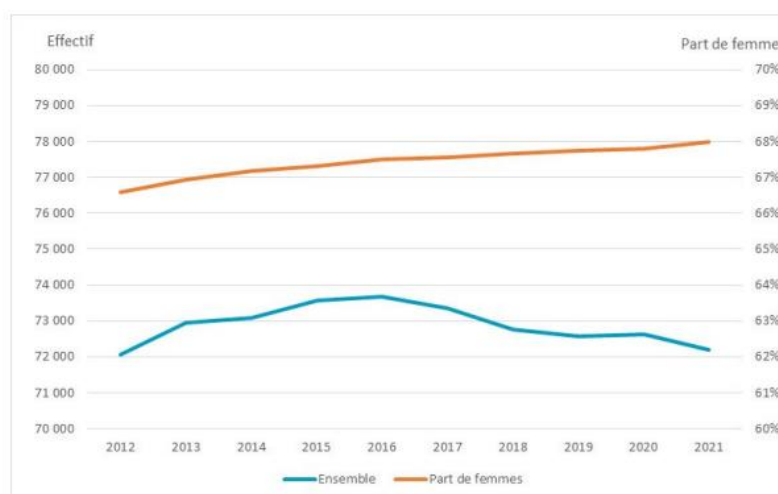


Figure 6 : Effectifs de pharmaciens actifs de moins de 70 ans et part de femmes parmi eux de 2012 à 2021, DRESS, 2021

En 2021, environ 50 000 pharmaciens exercent en officine soit 70% de la profession (titulaire et salariés d'officine confondus). Cette répartition est également constante de 2012 à 2021.



Figure 7 : Répartition des pharmaciens actifs de moins de 70 ans par type d'activité de 2012 à 2021, DRESS, 2021

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) a également établi un panorama de la démographie des pharmaciens au 1er janvier 2023 (5). On compte 73 795 pharmaciens inscrits à l'Ordre, une augmentation de 1,4% sur 10 ans. Pour la section D (Pharmaciens adjoints en officine et autres exercice) le nombre d'inscrits augmente de 0,3% entre 2021 et 2022, avec une hausse significative des pharmaciens intérimaires (liée à la période Covid). En revanche, pour la section A (Pharmaciens titulaires d'officine), le nombre d'inscrits diminue en 2022 de -1,1% par rapport à 2021 et de -10% par rapport à 2012. Cela fait baisser le nombre d'officine pour 100 000 habitants de 34 en 2012 à 30 en 2021. Au total, la France comptait 20 142 officines. Certes cette diminution est significative, mais elle est principalement due au regroupement d'officine, une restructuration du réseau officinal par les pharmaciens qui doivent adapter leurs structures aux nouvelles missions des pharmaciens et à l'exercice coordonné avec les autres professionnels de santé (agrandissement des locaux, recrutement, modernisation, ...). En 2023, le nombre d'officines est passé sous la barre des 20 000 (19966 officines).

La densité moyenne de pharmaciens d'officine est de 74 pharmaciens d'officine pour 100 000 habitants en 2021, contre 77 pharmaciens pour 100 000 habitants en 2012. En revanche, des disparités entre régions existent malgré un maillage territorial imposé par la réglementation. A la différence des autres professionnels de santé avec une répartition territoriale fragile, les pharmaciens ont besoin d'une licence et ne peuvent plus s'installer librement depuis la loi du 11 septembre 1941 et l'ordonnance du 23 mai 1945 (6). Ainsi, le maillage territorial

historique permet une répartition optimale des officines et les pharmaciens doivent converser leur maillage.

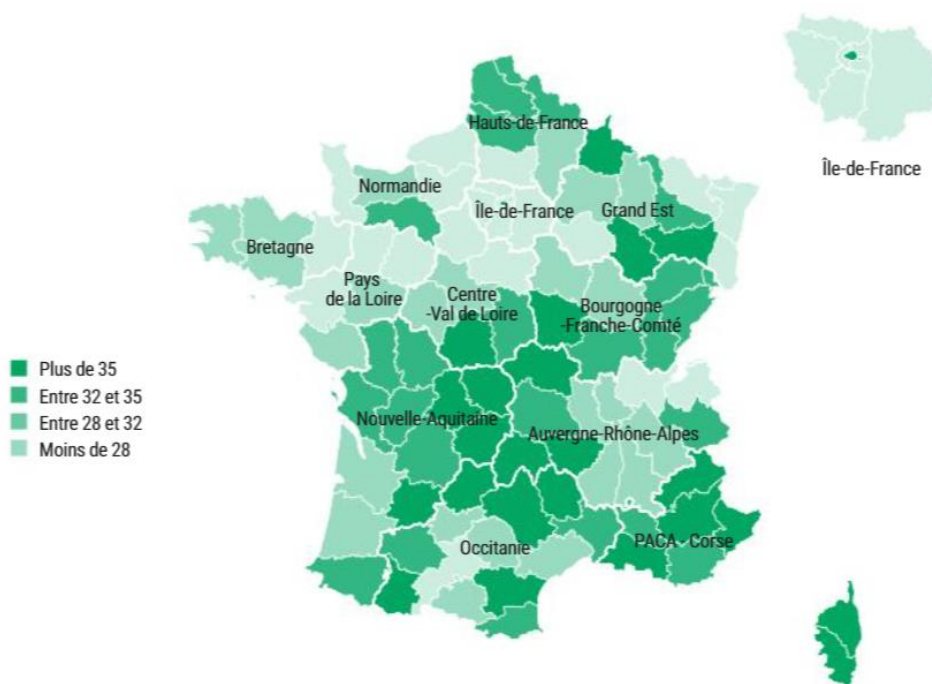


Figure 8 : Densité d'officines en France métropolitaine (pour 100 000 habitants), CNOP, 2023

Les pharmaciens sont les professionnels de santé se trouvant au plus près des français pour favoriser l'accès aux soins. La réglementation assure un maillage territorial optimal pour que l'accès aux soins de proximité soit garanti et harmonieux, faisant ainsi passer la mission de santé publique en priorité. En moyenne, la pharmacie la plus proche se trouve à 3,8km de chaque français en prenant en compte toutes les communes, voire 5km en incluant les communes dépourvues d'officine. Ainsi les pharmaciens, sont les professionnels dont la répartition est la plus homogène sur le territoire national.

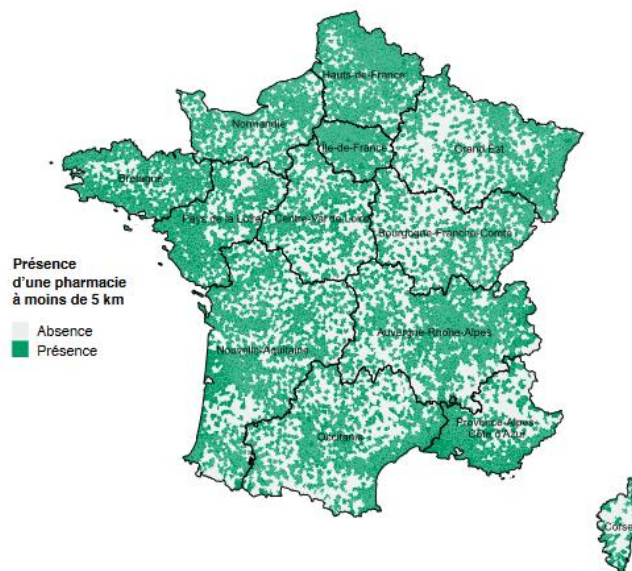
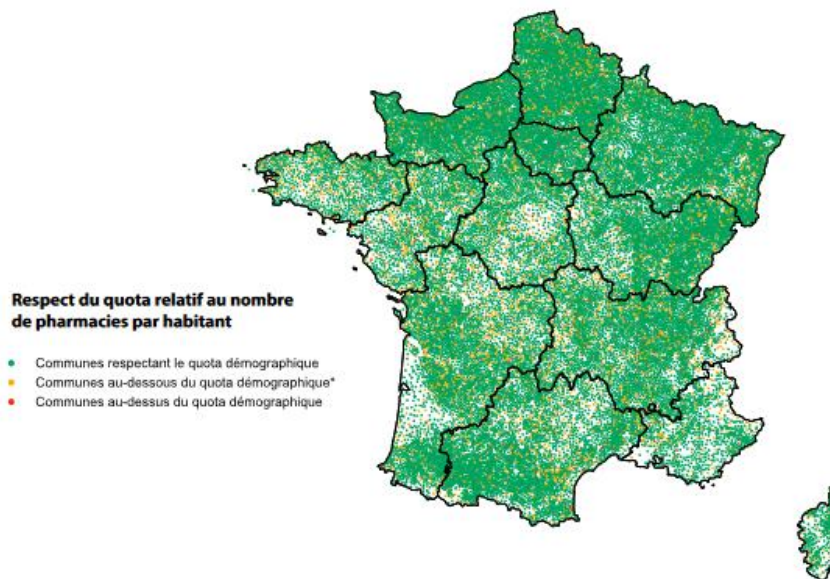


Figure 9 : Présence d'une pharmacie à moins de 5 kilomètres par commune, CNOP, 2023

Environ 85% des communes satisfont le quota démographique défini à l'article L.5125-4 du CSP (7), c'est-à-dire 1 officine pour 2500 habitants puis par tranche de 4500 habitants. 3,3% des communes étaient au-dessus des quotas, et 11,4% en-dessous.



Source : Insee, population légale de 2010 (pour la population) et BPE 2010 – Base permanente des équipements : service santé (pour les officines), traitement Crédoc.
 Note : les « communes au-dessous du quota démographique » se réfèrent aux communes avec une officine pour moins de 2 500 habitants, et une officine pour moins de 3 500 habitants pour les régions Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin. Les « communes au-dessus du quota démographique » se réfèrent aux communes avec un nombre d'officines supérieur au quota autorisé, en fonction de la population municipale répertoriée.

Figure 10 : Respect du quota démographique par les communes en 2011, CNOP, 2023

c) Scénario tendanciel

L'étude de la DRESS (1) fournit un scénario tendanciel, c'est-à-dire une démographie des professionnels évoluant selon les mêmes comportements et choix politiques. Concernant les médecins, les effectifs projetés diminuent jusqu'en 2024 avec 209 000 médecins. A l'horizon 2030, la France retrouverait ses effectifs actuels avant de connaître une augmentation croissante jusqu'en 2050 avec 292 000 médecins en activité à cette date. Pour les pharmaciens, les effectifs projetés diminuent jusqu'en 2027 pour atteindre 71 000 pharmaciens puis augmenterait jusqu'en 2050 pour atteindre 81 100 pharmaciens en activité à cette date.

De la même façon, il est évident que passer par des projections en densité serait plus judicieux afin de prendre en compte l'évolution de la population, de son âge et de ses besoins en soins pour relativiser l'accroissement des professionnels de santé. On peut espérer qu'en terme de densité standardisée, le niveau de médecins généralistes de 2021 sera atteint seulement en 2036 après une baisse de 6% entre 2021 et 2028. Ainsi, les difficultés d'accès aux soins pourraient continuer une bonne décennie dans les conditions actuelles.

B. Des difficultés qui se font ressentir dans le système de santé actuel

a) Un accès aux soins difficile pour des maux mineurs

Une étude de 2019 réalisée par Santéclair avec Harris Interactive intitulée « Observatoire des parcours de soins » s'intéresse aux habitudes des français concernant la médecine de ville (8). L'étude s'est déroulée entre le 19 et le 25 juillet 2019 auprès de 1008 personnes.

La majorité des personnes interrogées ont une bonne image des professionnels de santé et placent le médecin traitant comme acteur incontournable du parcours de soins. En revanche, les personnes interrogées vont utiliser spontanément des mots qui renforcent l'idée d'un manque de médecins tels que « manque », « moins », « pénurie », « déserts » (*Figure 10*). De plus, les personnes interrogées placent le pharmacien et le médecin respectivement en 3^{ème} et 4^{ème} position concernant la bonne image qu'ils renvoient au patient (*Figure 11*). Pour avoir un rendez-vous chez son généraliste, il faut attendre au moins une semaine pour un quart des sondés ; quelques jours pour 54% et seuls 20% parviennent à avoir un



- « Quand vous souhaitez consulter votre médecin généraliste, quel est votre délai d'attente en moyenne avant d'obtenir un rendez-vous ? » :

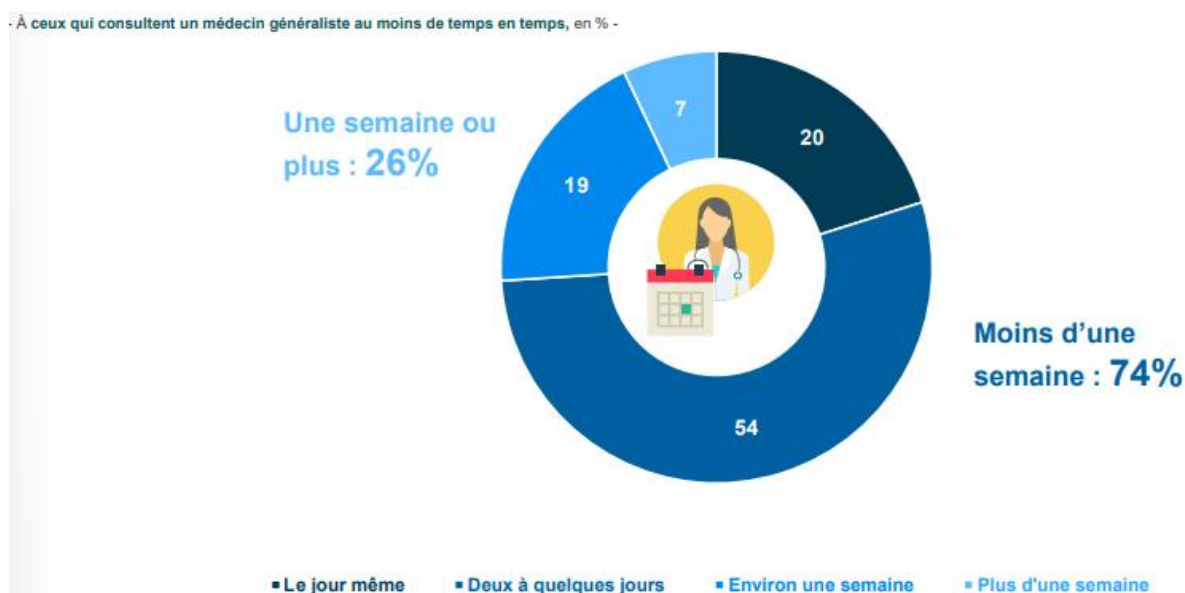


Figure 13 : Délai d'attente de rendez-vous chez son médecin généraliste, Etude Santéclair, 2019

- « Quand vous souhaitez consulter votre médecin généraliste, vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés pour pouvoir être disponible aux heures d'ouverture de son cabinet ? » :

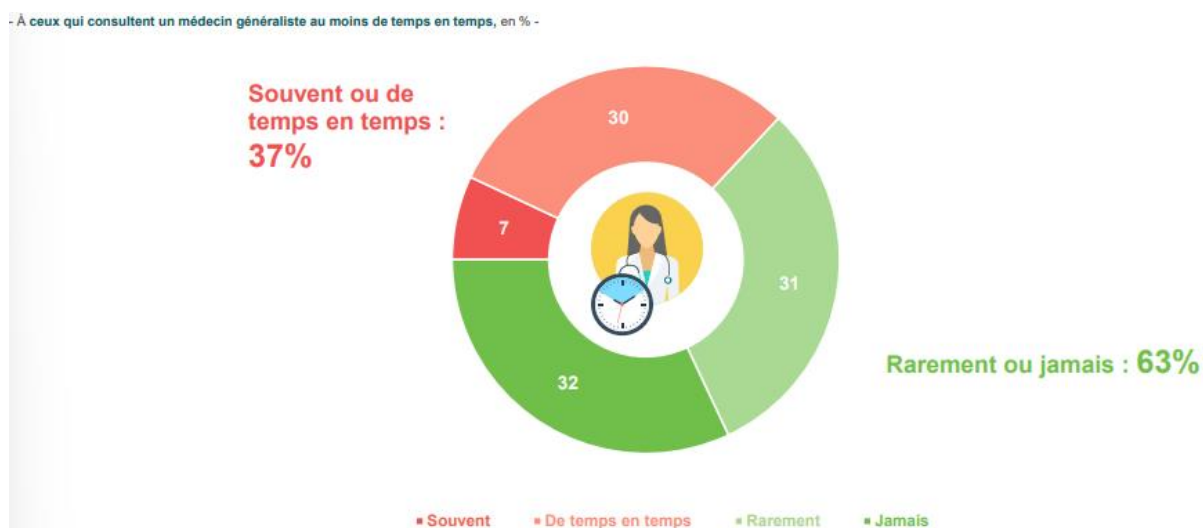
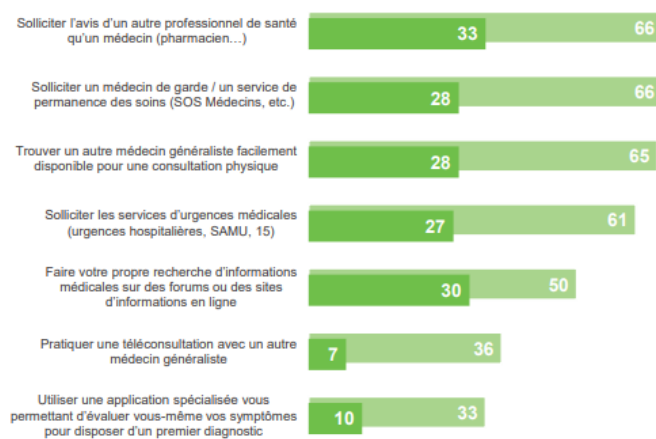


Figure 14 : Difficultés de disponibilités aux horaires d'ouverture du cabinet de son médecin généraliste, Etude Santéclair, 2019

- « En cas de difficulté pour obtenir rapidement une consultation avec votre médecin généraliste en semaine pendant la journée, pourriez-vous avoir recours à chacune des solutions suivantes ? » :

- À ceux qui consultent un médecin généraliste au moins de temps en temps, en % -

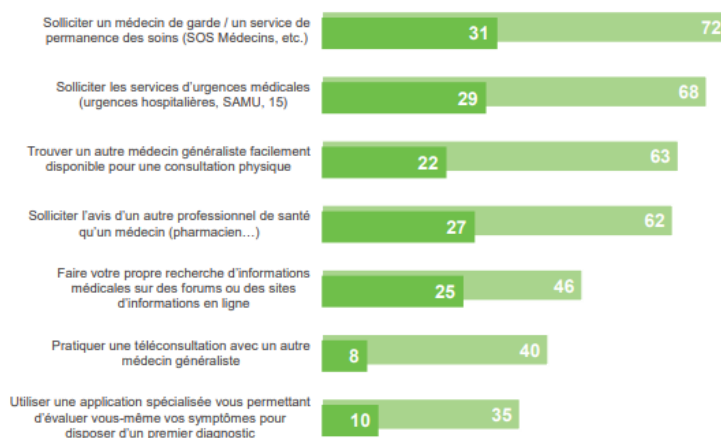


● % de réponses
« Oui »
● ... dont % de réponses
« Oui, et vous l'avez déjà fait »

Figure 15 : Recours à d'autres professionnels de santé en cas d'indisponibilité de son médecin généraliste en journée, Etude Santéclair, 2019

- « En cas de difficulté pour obtenir rapidement une consultation avec votre médecin généraliste le soir ou le week-end, pourriez-vous avoir recours à chacune des solutions suivantes ? » :

- À ceux qui consultent un médecin généraliste au moins de temps en temps, en % -



● % de réponses
« Oui »
● ... dont % de réponses
« Oui, et vous l'avez déjà fait »

Figure 16 : Recours à d'autres professionnels de santé en cas d'indisponibilité de son médecin généraliste le soir ou le week-end, Etude Santéclair, 2019

Ce qui ressort de ce sondage est que le pharmacien fait partie des professionnels de santé bénéficiant d'une bonne image. Les patients se voient avoir recours au pharmacien en cas de maux mineurs, car il est accessible très facilement.

Dans un sondage (9) incluant 2000 britanniques, publié en septembre 2022 et médiatisé en France ; demandé par Perrigo (une entreprise pharmaceutique) et réalisé par One Poll (un institut de sondage anglais) ; une grande partie des adultes (82%) souffrent de maux transitoires, du quotidien ou mineurs (céphalées,

lombalgies, allergies). Pour 25% d'entre eux, leur pathologie dure depuis plusieurs années, voire une décennie pour 8%.

Les conséquences sont pourtant graves car 46% ont du mal à dormir, 28% développent des problèmes de santé mentale et 18% sont incapables de travailler.

Les raisons de la non prise en charge est dans 28% des cas la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin généraliste, et 22% ne veulent tout simplement pas y aller.

Encore une fois, le pharmacien d'officine serait le professionnel de santé le plus accessible, disponible et capable de prendre en charge des pathologies bénignes grâce à des conseils et des médicaments en vente libre. Celui-ci pourra de plus en plus recourir à des médicaments listés grâce au développement de la dispensation protocolisée.

b) Une tension dans les services d'urgence

Cette tension dans l'offre de santé et la mauvaise optimisation du parcours de soins se répercute sur les services d'urgence. La « crise des urgences » et le manque de médecins généralistes conduisent tous les jours à un engorgement des services de santé et à des reports de soins chez certaines personnes n'ayant pas accès rapidement aux soins.

L'affaiblissement du système de soins non programmés, parfois urgents, est causé principalement par une crise sanitaire longue et difficile qui a eu comme conséquence d'épuiser les services médicaux, notamment celui des urgences.

Pour exemple, le Centre Hospitalier de Lens a décidé de réserver l'accès aux urgences aux patients seulement après appel au 15, permettant d'effectuer un triage des patients afin d'éviter une tension dans les services d'urgence en raison d'un manque de personnel. Ces informations sont relayées par la presse locale (10). On voit fleurir sur le réseau social du centre hospitalier de nombreux posts informant la population des jours de tension, obligeant un passage par le centre 15 afin de réguler le flux de patients et d'orienter vers le service adapté à la situation, en évitant un engorgement des urgences.



Figure 17 : Publication des Urgences du CH de Lens relayée sur le réseau social Facebook®, 2022

D'après les résultats de l'enquête « SUdF été 2023 : Quel bilan pour les urgences et les SMUR ? » publiée en septembre 2023 par SAMU-Urgences de France (11), la situation continue de se dégrader en raison des difficultés à recruter des paramédicaux, des fermetures de lits d'hospitalisation, d'un manque de valorisation de la permanence des soins et des libéraux moins disponibles. Cette enquête a été diffusée aux médecins urgentistes via un formulaire en ligne et porte sur la période allant du 1^{er} juillet au 31 août 2023 concernant la situation dans les services d'urgence. Elle a permis de recueillir 386 formulaires exploitables, recouvrant 57% des Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU), 92% des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et 54% des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Concernant l'état des SAU, 57% ont fermé une ligne médicale, 43% ont eu recours à une régulation médicale d'accès par le 15, 54% ont utilisé des mesures de réorientation pour diminuer le flux (dont 37% vers d'autres services d'urgence de proximité et 83% vers la médecine libérale via des centres de soins non programmés, le médecin traitant ou des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)) et 163 services d'urgences sur les 389 analysés ont fermé au moins ponctuellement avec une absence complète de patient se présentant spontanément ou adressé par le centre 15 engendrant un retard de soins voire un renoncement aux soins pour certains. Pour d'autres services n'ayant pas fermé, la réduction de l'offre d'accueil permet parfois de ne prendre en charge que les urgences vitales.

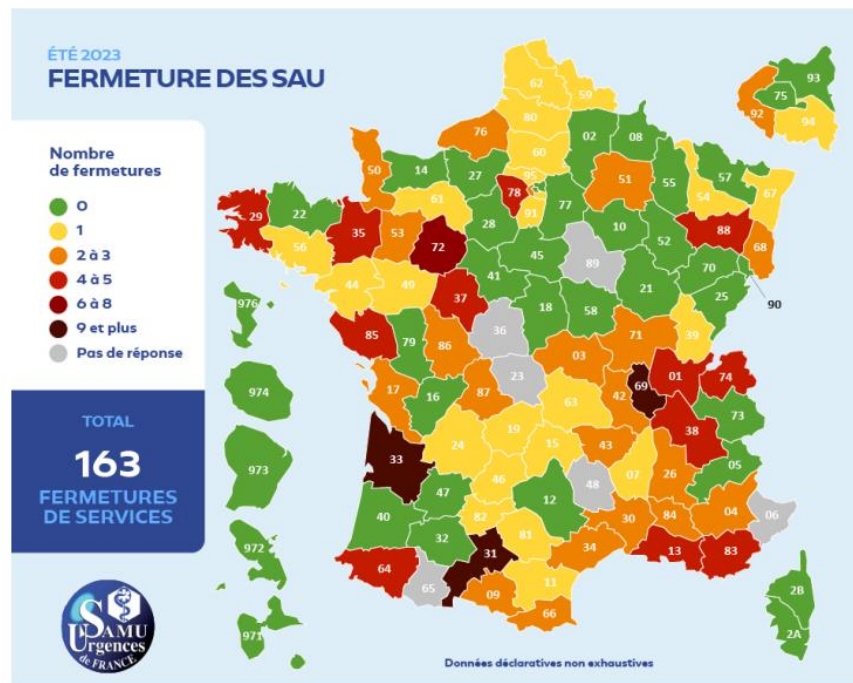


Figure 18 : Fermeture des SAU, SAMU-Urgences de France, 2023

La situation des SMUR n'en est pas moins dégradée. 70% des SMUR répondants à l'enquête ont été amenés à fermer au moins une ligne.

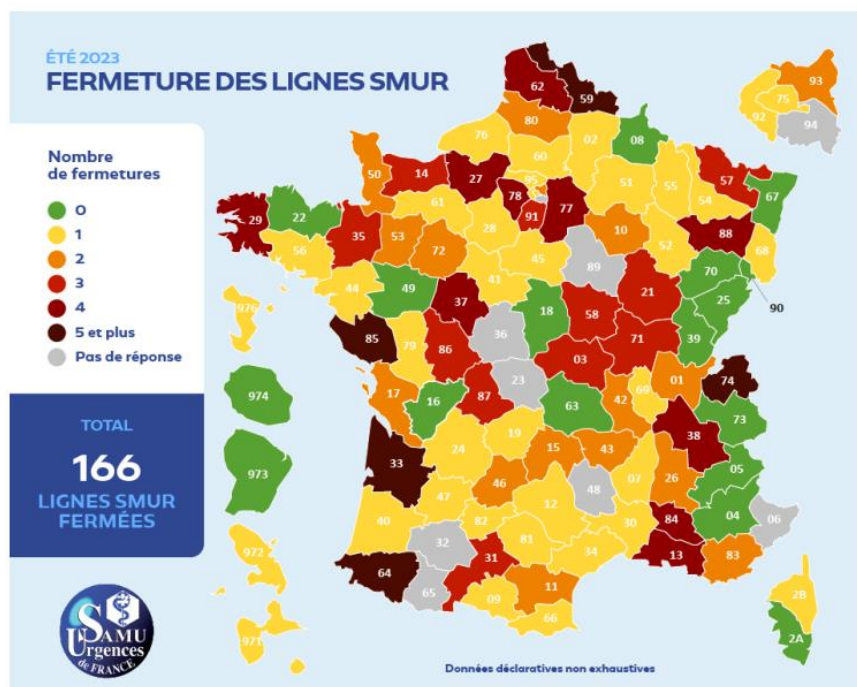


Figure 19 : Fermeture des lignes SMUR, SAMU-Urgences de France, 2023

c) Un rapport sur l'accès aux soins en 2018

Un rapport intitulé « Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires » a été remis par Thomas Mesnier, auteur et Député de Charente, en mai 2018 à la Ministre des Solidarités et de la Santé (12). Il fait suite au Plan National pour renforcer l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre 2017.

Les soins non programmés regroupent les soins ressentis urgents pour le patient, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et donc ne nécessitant pas un passage par les services hospitaliers d'urgence.

Depuis 20 ans, selon le rapport de Thomas Mesnier, la France connaît une hausse de 3,5% chaque année de la fréquentation des services d'urgence (environ 20,3 millions de passages en 2018). Cette augmentation s'explique facilement par la croissance et le vieillissement de la population, l'augmentation de patients souffrant de pathologies chroniques et une meilleure accessibilité aux informations médicales, le nombre en déclin et une mauvaise répartition des médecins généralistes, des départs en retraite non remplacés et des nouveaux choix de rythme de vie. En revanche, une part importante des soins non programmés (environ 43% d'après la DRESS) pourrait être prise en charge en ville.

Le problème est que le nombre de consultations pour des soins non programmés explosent et atteignent déjà en 2004 selon la dernière enquête connue, 35 millions de consultations par an, soit 12% de l'activité globale médicale. De plus, le patient considère faciliter sa prise en charge à l'hôpital car tous les examens et prescriptions peuvent être réalisés au même endroit, ce que la ville n'arrive pas encore à faire.

Selon ce rapport de 2018, la meilleure approche consisterait à encourager les professionnels de la santé à donner la priorité à la gestion des soins non programmés via les Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Toujours dans les conclusions de ce rapport, il est « impératif », notamment dans le cadre des soins non programmés, de dégager du temps médical utile en s'appuyant sur les autres professions de santé (infirmiers, kinésithérapeutes,

pharmaciens), concernant certains soins définis et protocolisés au niveau national pour être déclinés par les médecins et les autres professionnels de santé selon les besoins du territoire

d) Un rapport sur les urgences et les soins non programmés en 2022

Dans le contexte de la crise des urgences, en 2022, la ministre de la santé et de la prévention, le Dr Brigitte Bourguignon, a chargé le médecin urgentiste, Dr François Braun (à l'époque président de SAMU-Urgences de France), de diriger une « Mission flash sur les urgences et soins non programmés » dont il a remis une version de son rapport le 30 juin 2022 (13).

L'objectif est d'identifier les dysfonctionnements, leurs causes et de proposer des solutions rapidement applicables tout en appliquant aussi les solutions efficaces déjà mises en place sur certains territoires.

Plusieurs propositions de ce rapport nous intéressent plus particulièrement :

- Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé, notamment structurer les soins non programmés à partir des CPTS. En décembre 2021, 260 CPTS étaient actives (50% par rapport à juin) dont 231 ont signé l'Accord Cadre Interprofessionnel (ACI), couvrant 1/3 de la population française. La maturité de ces CPTS est très hétérogène, tout comme leur implication effective dans l'organisation de la réponse aux soins non programmés.
- Offrir aux professionnels non-médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients.
- Simplifier radicalement la mise en application des protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale dans les territoires volontaires, par la mise en place de protocoles de coopération en ville (médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux) depuis mars 2020, avec six protocoles de coopération ciblant des pathologies courantes simples de l'enfant et de l'adulte, autorisés pour les masseurs-kinésithérapeutes (prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville, prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines), pour les pharmaciens d'officine ou les infirmiers (renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique

saisonnaire pour les patients de 15 à 50 ans, prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans, prise en charge de l'odynophagie, prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse de l'enfant de 12 mois à 12 ans).

Le rapport établit également des axes à suivre pour pérenniser la mise en place des mesures proposées. La transformation de notre système de santé est devenue nécessaire. Les maîtres mots sont « besoins de santé » et « complémentarité ». En effet, il faut prendre en compte les besoins de santé de la population, sur lesquels se base l'offre de soins, et rendre les acteurs de santé complémentaires plutôt que concurrents. Ainsi, une approche centrée sur le patient est primordiale puisque différents facteurs lui sont inhérents : accessibilité de l'offre médicale tenant compte de la densité médicale, l'accessibilité logistique dont le transport, l'accessibilité financière et l'accessibilité culturelle. On peut ici inclure la notion de « parcours de soins inadapté » pour des patients chroniques ne bénéficiant pas de suivi régulier et donc forts consommateurs des services d'urgences. Un autre axe qui nous intéresse particulièrement est la fluidification des parcours de soins. Les soins primaires doivent s'organiser avec les professionnels de santé libéraux réunis au sein des CPTS ; en insistant sur la place de chaque professionnel de santé, sur la plus-value que chacun apporte et sur l'organisation des bilans de pathologies chroniques qui doivent reposer sur les professionnels de premier recours.

e) Un rapport sur l'organisation territoriale des soins de premier recours en 2024

En mai 2024, la Cour des comptes a rendu public un rapport intitulé « L'organisation territoriale des soins de premier recours » (14). Celui-ci dénonce également un accès aux soins de premier recours de plus en plus difficile. La tendance entre la demande et l'offre de soins est au déséquilibre. Cette offre de soin évolue notamment en diminuant les créneaux de soins ouverts en soirée ou en week-end. D'un autre côté la demande augmente puisque les pathologies chroniques « programmées » nécessitent plus de temps de travail de la part des médecins généralistes, amenant les patients et leur demande de soins « non programmée » sans solution. Les indicateurs le prouvent : un délai moyen plus long pour obtenir un rendez-vous, plus de patients sans médecin traitant, plus de médecins traitants n'acceptant plus de patients.



Figure 20 : Graphique de la Cour des comptes "Inadéquation entre offre et demande de soins : des conséquences dommageables", Cour des comptes, 2024

Les mesures mises en place depuis la fin des années 1990, pour mieux organiser les soins de premier recours et les rendre plus efficaces et répartis, sont peu coordonnées et de moins en moins tournées vers les territoires. Initialement, ce sont les médecins généralistes devenus « référents » puis « traitants » qui ont porté le rôle central dans la santé. Ensuite, se sont développés des « réseaux de soins » pour faciliter l'orientation des patients et leur prise en charge partagée entre divers professionnels de santé en aidant ces professionnels à s'installer ou maintenir leur installation dans des zones peu dotées en médecins. Dans les années 2010, ce sont les structures de soins coordonnées et la coopération interprofessionnelle qui ont tenté d'être développées. Malgré la loi HPST et la mission confiée aux ARS de mettre en œuvre l'organisation des soins de premier recours, l'application juridique et les aides financières n'étaient pas à la hauteur de cette ambition. Les mesures sont donc restées limitées. Les dispositifs se multiplient mais les résultats sont faibles du fait d'une faible pertinence des outils et d'un manque de ciblage des aides. La délégation de tâches entre le médecin et les autres professionnels de santé est moins mise en pratique en France que dans les autres pays développés.

Afin de consolider et rendre durables les actions mises en œuvre dans les territoires, ainsi que d'éviter l'oubli de certains territoires, une stratégie globale et

généralisée semble plus adaptée. Des indicateurs mesurables devraient être mis en place et les aides plus ciblées (territoires, patients vulnérables).

L'une des recommandations de la Cour des comptes est de conditionner l'aide apportée aux structures d'exercice coordonné par la signature de protocoles de coopération.

C. Une coopération interprofessionnelle importante pour lutter contre le dysfonctionnement du système de santé actuel

a) Créer un parcours de soins pour le patient

L'exercice coordonné pour les pharmaciens d'officine est en pleine expansion, afin de faciliter la prise en charge et l'accès aux soins des patients ainsi que de collaborer avec les autres professionnels du parcours de soins du patient. Grâce à une articulation plus cohérente des soins, la prise en charge devrait être plus efficiente (15) (16) (17).

Cette coopération possède différents intérêts pour le pharmacien(16) :

- Valoriser son expertise en matière de médicaments et produits de santé ;
- Être à l'initiative de protocoles de soins ;
- Coordonner des parcours de soins ;
- Collaborer à des réunions sur la prise en charge d'un patient ;
- Animer des réunions sur les prescriptions ;
- Assurer son rôle éducatif via l'éducation thérapeutique du patient.

L'exercice coordonné des soins non programmés profite aux territoires, aux professionnels de santé et aux patients. En effet, il permet de pallier au manque de professionnels de santé sur le territoire, de rendre le cadre attractif pour les professionnels de santé qui se voient acquérir de nouvelles missions et de garantir l'accès aux soins aux patients tout en offrant une meilleure prise en charge médicale du patient via des échanges et de la coordination entre les professionnels de santé.

Un parcours peut être défini comme la « *prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux* », selon le Ministère de la Santé et de la Prévention (18). Il est ainsi nécessaire de raisonner en termes de parcours et

de territoire pour faire évoluer l'organisation actuelle des soins. Pour se faire, l'exercice coordonné est obligatoire.

Ces parcours sont déclinés en 3 niveaux de prise en charge :

- Parcours de santé : « articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile »
- Parcours de soins : « permettent l'accès aux consultations de 1er recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) »
- Parcours de vie : « envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement... »

L'idée est d'offrir au patient la meilleure prise en charge possible (bons soins, bons professionnels, bonnes structures, bons moments) grâce à une égalité d'accès aux soins en faisant évoluer les soins et les services. Dans ce parcours, le patient est au centre de la prise en charge et gravitent autour les professionnels de santé qui s'adaptent au patient.

Le parcours de soins intègre les soins de premier recours. Ils sont définis par l'article L1411-11 du Code de la Santé Publique (CSP) (19) comme :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

b) Un enjeu pour l'Ordre des pharmaciens

La coopération interprofessionnelle est un sujet majeur pour l'Ordre national des pharmaciens, qui rédige alors le 10ème cahier thématique à ce sujet, intitulé « Décloisonner pour améliorer le parcours de soins, 10 exemples concrets » et dresse la genèse de la coopération (20).

Le concept de parcours de soins coordonnés, pluriprofessionnels, a toujours existé de manière informelle puisque les professionnels de santé ont coopéré dans l'intérêt du patient. Mais encore maintenant, ils continuent de travailler chacun séparément. Pour répondre aux enjeux actuels du système de santé, il faut pouvoir travailler ensemble.

Le pharmacien d'officine, par sa disponibilité, son accessibilité, sa proximité et sa capacité d'orientation dans le système de santé, est connu pour prendre en charge des soins non programmés faisant partie des petits maux du quotidien. En revanche, l'exercice coordonné doit être amélioré et les missions du pharmacien mieux encadrées concernant les soins de premier recours.

Initialement, la promotion de l'exercice coordonné par les pouvoirs publics ne donnait pas de place centrale aux pharmaciens. Progressivement, des évolutions concernant l'exercice et les missions du pharmacien ont été réglementairement et légalement reconnues.

Aujourd'hui les missions du pharmacien d'officine ont été élargies avec 4 missions obligatoires et 7 missions facultatives. Les missions obligatoires englobent la contribution aux soins de premier recours, la participation à la coopération interprofessionnelle et à la permanence des soins. Elles sont définies à l'article L5125-1-1 A du CSP (dans sa version en vigueur depuis le 25 décembre 2022) (21) :

« Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

- 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;
- 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;
- 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;
- 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
- 7° Peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie ;
- 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ;
- 9° Peuvent prescrire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- 9° bis Peuvent administrer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé ;
- 10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. »

c) Aspects historiques principaux

Les aspects historiques sont résumés dans le cahier thématique de l'Ordre des pharmaciens sur la coopération interprofessionnelle (20). C'est à partir d'octobre 2003 que le concept de délégation d'un professionnel vers un autre professionnel a vu le jour. En effet, c'est à cette date qu'est publié le rapport Berland « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » (22). La motivation de ce rapport se trouve dans une baisse de la démographie médicale et des tensions qui en découlent. Ce n'est pas encore une réelle coordination pluriprofessionnelle, mais bien une délégation de tâches vers des paramédicaux (infirmiers, manipulateurs radio, orthoptistes).

L'accès aux soins est un enjeu majeur pour les politiques publiques dans le but de réduire les inégalités sociales et territoriales, mettant la notion de « désert médical » au centre des débats récents. Elle traduit « l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire qui ne permettrait pas en certains endroits de répondre à la demande de soins ». C'est la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 qui prouve la volonté de l'Etat de régionaliser la santé, notamment avec au départ la création des Agences Régionales de Santé (ARS) (23). Leur rôle principal est de gérer la répartition des professionnels de santé et renforcer la coordination entre pharmaciens et autres professionnels de santé. Cette loi HPST, notamment dans son article 51 (24), formalise le principe de la délégation et ajoute la notion de coopération interprofessionnelle et de pluridisciplinarité. S'ajoute au débat le vieillissement de la population, la hausse de la dépendance et l'accroissement des pathologies chroniques. Ainsi, apparaît une nouvelle notion : le parcours de soins. Le but étant ici d'optimiser la prise en charge du patient en créant un partage d'informations sur son état de santé entre les différents professionnels rencontrés par le patient. C'est aussi par cette loi que sont reconnues des missions facultatives du pharmacien d'officine comme l'éducation thérapeutique du patient, comme référent dans un établissement dépourvu d'une PUI, comme correspondant au sein d'une équipe de soins. La loi HPST ajoute également l'utilité de protocoles de soins afin que les professionnels coopèrent efficacement. Il est donc rendu possible de créer des protocoles, transmis ensuite aux ARS puis validés par la HAS.

En août 2011, une loi modifie la loi HPST et le décret d'application du 23 mars 2012 crée les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) (25), qui permettent aux professionnels de santé de travailler ensemble dans un

environnement juridique formalisé et de recevoir collectivement des subventions pour rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé. Les rémunérations sont versées au titre de l'accord conventionnel signé le 20 avril 2017 entre les professionnels de santé libéraux et l'assurance maladie (26).

Puis, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 (27), dont l'article 74 instaure les plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, pour renforcer la notion de parcours de soins et garantir la continuité, l'accessibilité et la qualité de la prise en charge du patient. Les équipes de soins primaires (ESP) et les MSP sont conseillées pour mieux structurer la coopération. De plus, la mise en place de CPTS permet de regrouper des acteurs de soins de premier et second recours sur les territoires de santé.

Une proposition de loi sur l'accès aux soins en date de juin 2023 est soutenue par le député Frédéric Valletoux afin de rattacher l'ensemble des professionnels de santé aux CPTS pour une meilleure organisation et coordination des soins (28). Cette proposition de loi souhaite, entre autres, faire du territoire de santé l'échelon de référence de l'organisation locale de la politique de santé gouvernée par le Conseil Territorial de Santé. De plus, elle propose la participation obligatoire à la permanence des soins pour tous les professionnels de santé aux CPTS.

d) Synthèse sur les différentes formes d'exercice coordonné

L'exercice coordonné est plébiscité par les pouvoirs publics afin de répondre aux attentes de la population en termes d'offre de soins de premier recours sur un territoire donné. Les difficultés d'accès aux soins de la population grandissante et vieillissante permettent le renforcement du rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient (dépiages, vaccins, bilans de médication, pharmacien correspondant, ...). En effet, ces patients en forte demande de soins et de suivi, ont besoin d'une coordination entre les professionnels de santé.

Le cadre législatif et réglementaire est conçu pour permettre aux pharmaciens de s'impliquer facilement dans un exercice coordonné. Il existe sous différentes formes :

- Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) : Article L6323-3 du CSP (29)

- Elles sont organisées entre professionnels médicaux, pharmaciens et auxiliaires médicaux et constituées la plupart du temps en SISA. Elles sont toujours pluriprofessionnelles.
- Elles permettent de réaliser des activités de soins non programmés, sans hébergement, et de mettre en place des actions de santé publique, de prévention ou d'éducation pour la santé.
- Souvent libéraux, les professionnels peuvent également être salariés de la MSP depuis l'ordonnance numéro 2021-584 du 12 mai 2021 (30).
- Les Centres de Santé (CDS) : Article L6323-1 du CSP (31)
 - Ce sont des structures de proximité, où les professionnels de santé sont salariés. Ils peuvent être monoprofessionnels ou pluriprofessionnels.
 - Ils permettent également de réaliser des activités de soins non programmés, sans hébergement, et de mettre en place des actions de prévention, diagnostic et de soins. Le projet de santé porte notamment sur l'accessibilité et la continuité des soins. Ces activités peuvent se faire au domicile du patient.
- Les Equipes de Soins Primaires (ESP) : Article L1411-11-1 du CSP (32)
 - Elles regroupent des professionnels de santé autour de médecins généralistes, regroupés ou non sur un même site. Ces structures peuvent prendre la forme de MSP ou de CDS.
 - Les activités de soins non programmés se basent sur un projet de santé orienté vers la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales.
- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : Article L1434-12 du CSP (33)
 - Elles regroupent les professionnels de santé (libéraux ou salariés), les acteurs de soins non programmés, les établissements de santé mais également les professionnels médico-sociaux et sociaux.
 - Elles élaborent un projet de santé en adéquation avec le projet régional de santé, transmis à l'ARS.
 - Des missions obligatoires et optionnelles sont définies dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

La création d'une ESP ou CPTS est toujours à l'initiative des professionnels de santé du territoire. Le projet doit intégrer la plus grande part possible des professionnels présents sur ce territoire.

Un projet de santé est primordial afin de débiter un exercice coordonné. De plus, dans certaines structures, la création d'une SISA est également une étape obligatoire afin de permettre la rémunération des activités communes par l'assurance maladie. Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen (CPOM) est également nécessaire entre l'ARS et le représentant légal de la structure, si un financement est accordé par l'ARS. Ce CPOM est fixé pour 5 ans. Initialement régi par les Expérimentations sur des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), puis par le règlement arbitral, c'est depuis 2017 que l'exercice coordonné est régi par l'ACI. La rémunération conventionnelle est versée directement à la structure en fonction d'indicateurs tels que l'accès aux soins, le travail en équipe et l'utilisation d'un système informationnel partagé. Son montant est dépendant du nombre de patients pris en charge et de l'atteinte des objectifs fixés dans le CPOM (34).

D. Des exemples de solutions pour une meilleure prise en charge des patients en soins non programmés

a) Le Service d'Accès aux Soins

Le SAS est un nouveau dispositif apparu depuis le Pacte de refondation des urgences en 2019. Il se base sur l'estimation qu'environ 40% des patients accueillis aux urgences pourraient bénéficier d'une prise en charge dans un cabinet, maison de santé ou centre de santé (35).

Ce service a été initié en 2021 sur 22 sites pilotes (dont le Nord et la Somme, puis l'Oise au printemps 2023, le Pas-de-Calais depuis la mi-septembre 2023 et l'Aisne en décembre 2023), dans le but d'être généralisé sur l'ensemble des départements afin de répondre à la demande de soins non programmés. Le déploiement régional fait partie du projet régional de santé 2023-2028.

Le manque d'orientation initiale du patient est diminué grâce à ce service qui combine la régulation par le centre 15 (en cas de réelle urgence) et une régulation par des médecins généralistes, donnant conseils et/ou orientation vers un rendez-vous de ville en 48h par le biais d'une plateforme de rendez-vous dédiée.

Cette solution reste du domaine de l'urgence médicale et nécessite une régulation par un médecin.

b) La loi 41 et loi 31 au Canada

Depuis 2015 et la loi 41, les pharmaciens du Québec ont l'autorisation de prendre en charge des patients dans des situations précises afin d'éviter une consultation médicale.

La loi 31, en date de 2021, accroît efficacement le nombre de délégation de tâche au pharmacien d'officine dont (36) (37):

- Prescrire un test pour s'assurer de la sécurité et de l'efficacité des médicaments prescrits ;
- Délivrer un traitement pour traiter le zona et la grippe chez un patient présentant des signes et symptômes cliniques ;
- Délivrer un traitement déjà prescrits dans les 2 ans ou 5 ans précédents chez un patient concernant :

2 ans	- Candidose orale, - Dysménorrhée primaire, - Hémorroïdes
5 ans	- Acné mineure sans nodule ni pustule, - Aphtes buccaux, - Candidose cutanée, - Candidose orale secondaire à l'utilisation d'inhalateurs de corticostéroïdes, - Conjonctivite allergique, - Dermatite atopique nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance modérée, - Érythème fessier, - Herpès labial, - Infection urinaire chez la femme lorsque cette condition a fait l'objet d'au plus 1 traitement au cours des 6 derniers mois et d'au plus 2 traitements au cours des 12 derniers mois, - Rhinite allergique,

	- Vaginite à levure
--	---------------------

- Délivrer un traitement pour certaines situations déterminées :

Pratique préventive de santé	• Cessation tabagique, • Vaccination, • Traitement de la gonorrhée et de la chlamydia d'une personne visée par un programme du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le traitement accéléré des partenaires
Santé de la femme et de l'enfant	• Contraception orale d'urgence, • Contraception hormonale pour une durée initiale n'excédant pas 6 mois, • Supplémentation vitaminique en périnatalité
Santé-voyage	• Prophylaxie du mal aigu des montagnes, excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil, • Prophylaxie du paludisme, • Traitement de la diarrhée du voyageur (fourniture d'une thérapie pour auto-traitement par le patient durant son voyage)
Prophylaxie médicamenteuse liée à des conditions spécifiques	• Prophylaxie antivirale chez les personnes à risque de développer des complications liées à la grippe, • Prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve, • Prophylaxie antibiotique chez les personnes exposées à une piqûre de tique (maladie de Lyme), • Prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque, • Prophylaxie post-exposition accidentelle au VIH
Gestion des nausées et vomissements	• Prévention des nausées et vomissements, • Traitement des nausées et vomissements légers ou modérés
Autres situations	• Traitement de la dermatite de contact allergique nécessitant une corticothérapie topique de puissance légère à modérée, • Traitement de la dyspepsie et du reflux gastro-œsophagien d'une durée maximale de 4 semaines

	consécutives ou de 6 semaines cumulatives par période d'un an, • Situation d'urgence nécessitant l'administration d'agonistes bêta-adrénergiques
--	---

- Modifier une thérapie médicamenteuse (forme galénique, posologie, concentration, dose, voie d'administration, durée de traitement, quantité prescrite, cesser le traitement dès que nécessaire) ;
- Prescrire des vaccins ;
- Prolonger une ordonnance ;
- Substituer un médicament ;
- Administrer un médicament.

c) Le projet pilote NetCare en Suisse

Le service intitulé NetCare (38) est proposé en Suisse depuis 2012 dans 200 pharmacies suisses et permet aux 400 pharmaciens ayant suivi une formation de devenir le premier point de contact avec le patient qui présente un problème de santé gérable par le pharmacien d'officine. Il permet d'élargir les compétences du pharmacien et d'agrandir ses possibilités de prise en charge de maladies ou blessures aiguës.

Le patient présentant l'un des symptômes définis, se présente à la pharmacie, et bénéficie d'un triage initial effectué par le pharmacien. Il est alors possible d'orienter vers les urgences ou un médecin si besoin, ou dans une situation non urgente, de bénéficier d'un entretien par le pharmacien d'officine qui se conclura par une proposition de traitement par le pharmacien (ou par télémédecine/médecin si nécessaire). Un suivi est réalisé grâce à un appel systématique des patients 3 jours après.

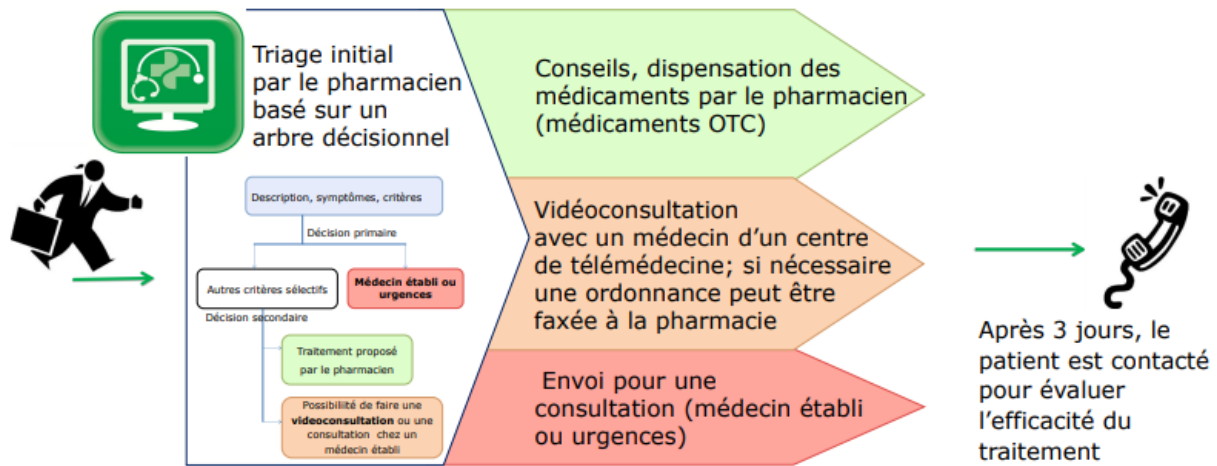


Figure 21 : Logigramme de NetCare, pharmaSuisse, 2014

Le NetCare inclut la prise en charge de 24 pathologies, grâce à des arbres décisionnels élaborés par médecins et pharmaciens.

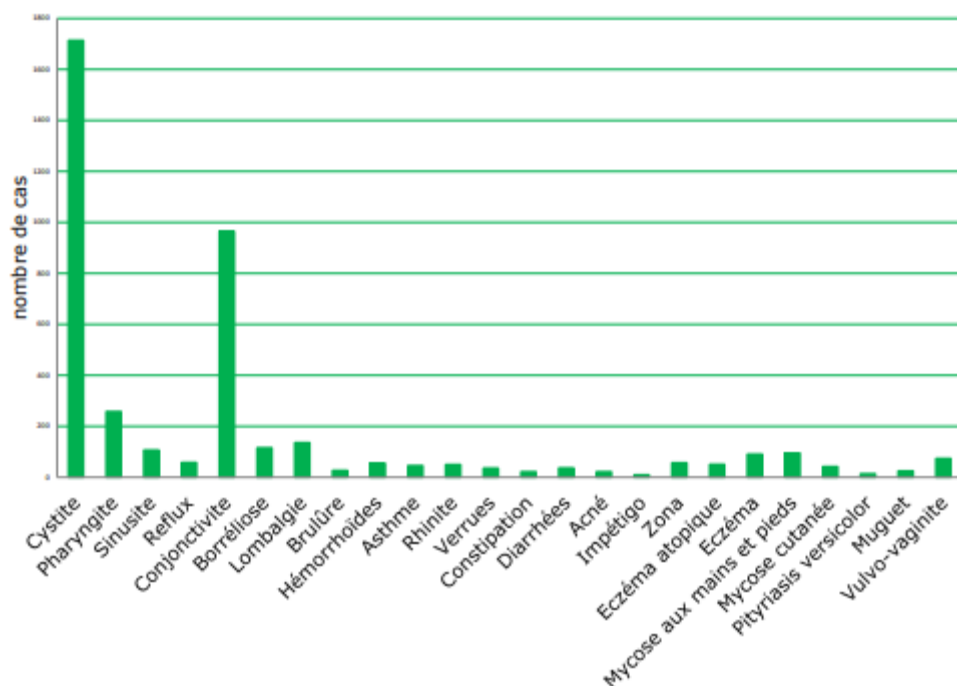


Figure 22 : Types de pathologies prises en charge dans le service NetCare et nombre de triages par pathologie, pharmaSuisse, 2014

Deux ans après le lancement de cette nouvelle gestion des soins non programmés, 4100 triages ont été réalisés par les pharmaciens, dont 884 qui ont nécessité une vidéoconférence (surtout pour la cystite, la conjonctivite et la pharyngite). Il est a noté que les pharmaciens délivraient des médicaments Over the Counter (OTC) non soumis à prescription et avaient besoin d'un médecin pour prescrire des médicaments à Prescription Médicale Obligatoire (PMO).

Ce système permet de trier facilement et efficacement des patients en soins non programmés. Ce service est « documenté, reproductible et correspond au travail quotidien dans la pharmacie », d'après un article publié par pharmaSuisse dans la revue Prescrire en 2014 (38). Il engendre un moindre coût de prise en charge pour des consultations non nécessaires chez le médecin ou dans les services d'urgence. Selon pharmaSuisse, 76% des cas sont pris en charge par le pharmacien d'officine, 22% nécessitent une consultation médicale et 2% relèvent de l'urgence. Cette expérimentation a été généralisée en 2016 en Suisse. La pharmacie devient la porte d'entrée dans le système de santé.

d) L'expérimentation d'Orientation dans le Système de Soins en France

L'expérimentation OSyS (39) (40) en Bretagne s'inspire de NetCare en Suisse et a été initiée en réponse à l'appel à candidature de l'ARS Bretagne dans le cadre « Innovation et orientations » en juin 2018. Elle est portée par l'Association Pharma Système Qualité et est permise notamment par le dispositif de financement de l'article 51 de la LFSS, permettant d'expérimenter des innovations organisationnelles et financée par l'ARS de Bretagne et l'Assurance Maladie.

Ce projet part d'un constat simple : les pharmaciens d'officine sont capables de prendre en charge certaines pathologies transitoires, bénignes et relevant souvent du conseil officinal afin d'offrir un nouveau parcours de prise en charge et d'améliorer l'accès aux soins non programmés, tout cela dans un contexte de désertification médicale ou de difficulté d'accès aux soins. Ce projet s'appuie sur les CPTS.

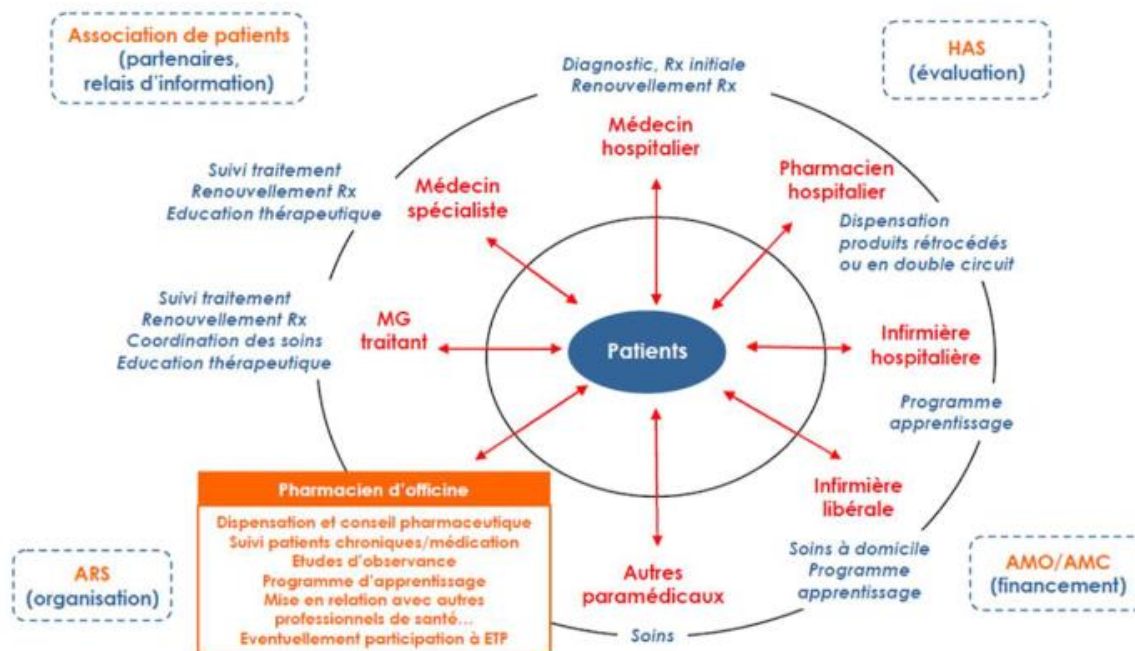


Figure 23 : Nouvel écosystème de santé proposé par l'expérimentation, Osys, 2021

Cette expérimentation, ouverte à plus de 70 pharmacies bretonnes, expérimente 13 situations de triage (pathologies) incluant :

13 situations de triage	
• Rhinite, • Douleur mictionnelle, • Douleur pharyngée (incluant angine), • Conjonctivite, • Lombalgie / douleur lombaire, • Piqure de tique,	• Diarrhées, • Plaie simple, • Vulvo-vaginite, • Brûlure 1° degré, • Céphalées, • Dyspepsies fonctionnelles, • Constipation.

La prise en charge se base sur des arbres décisionnels élaborés par une équipe de professionnels, avec critères d'inclusion et d'exclusion, en fonction des symptômes que présente le patient.

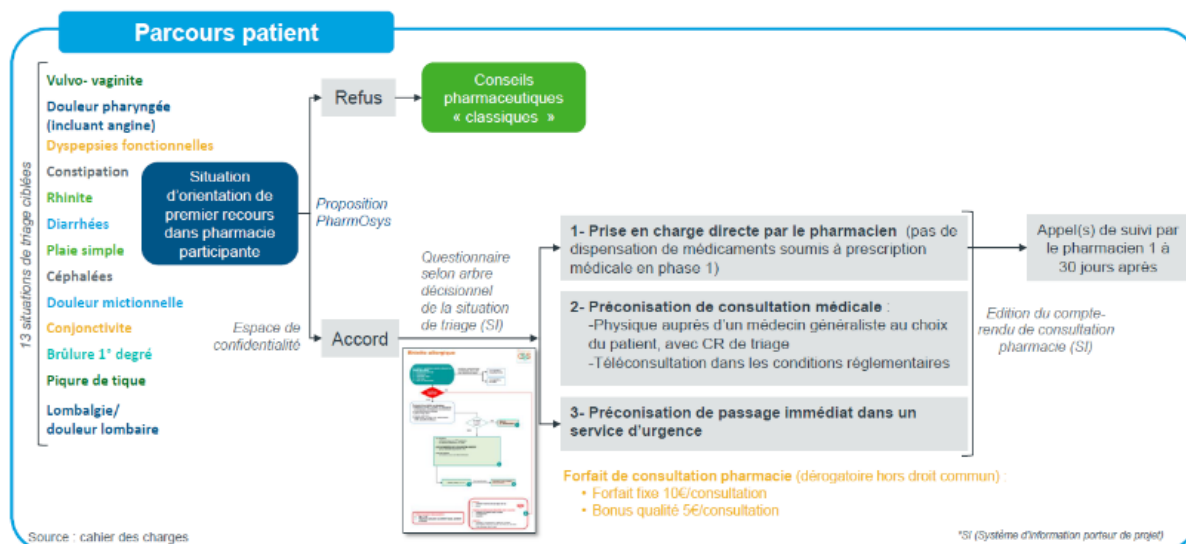


Figure 24 : Logigramme d'Osys, Osys, 2023

Les étapes de prise en charge se décomposent de la manière suivante, pour un temps moyen de 15 minutes :

- Accueil en officine et proposition de prise en charge via les protocoles OSys (si le patient accepte, il se dirige dans l'espace de confidentialité avec un pharmacien) ;
- Situation de triage via un questionnaire sur la base d'arbres décisionnels et un outils informatique mis à disposition des officinaux, puis en fonction de la situation :
 - Prise en charge du patient et dispensation d'un médicament (sauf PMO dans la phase 1 de l'expérimentation) puis rappel 1 à 3 jours après.
 - Orientation vers une consultation médicale
 - Orientation immédiate vers un service d'urgence
- Finalisation de l'entretien, réalisation d'une fiche d'information d'orientation (identification de la pathologie, résultat du questionnement exprimé en point selon l'algorithme, médicaments dispensés et médicaments de PMO que le pharmacien aurait voulu dispenser, conseils et limites de la médication remis au patient).

Une phase 2 a permis d'adapter les protocoles, confirmer la sécurisation de la prise en charge/choix des critères et de pouvoir délivrer des médicaments de PMO. Concernant le calendrier, le projet a été initié en fin 2019. La préparation des arbres décisionnels, choix des territoires et sélection des officines s'est poursuivi sur l'année 2020. Le déploiement de la phase 1 (dont formation, présentation) a eu lieu en janvier 2021 et celui de la phase 2 en janvier 2022.

En juin 2023, un point sur l'expérimentation OSyS (41) a été effectué par Martine Costedoat, pharmacien, directeur général de Pharma Système Qualité et porteur du projet OSyS. Un recentrage a été effectué sur 6 pathologies afin de concentrer la prise en charge sur les situations qui se sont le plus souvent présentées en officine (Plaie simple, Piqûre de tique, Brûlure de 1^{er} degré, Conjonctivite, Douleur mictionnelle, Douleur pharyngée) et le nombre de pharmacies expérimentatrices en Bretagne a été augmenté dès l'été 2023.

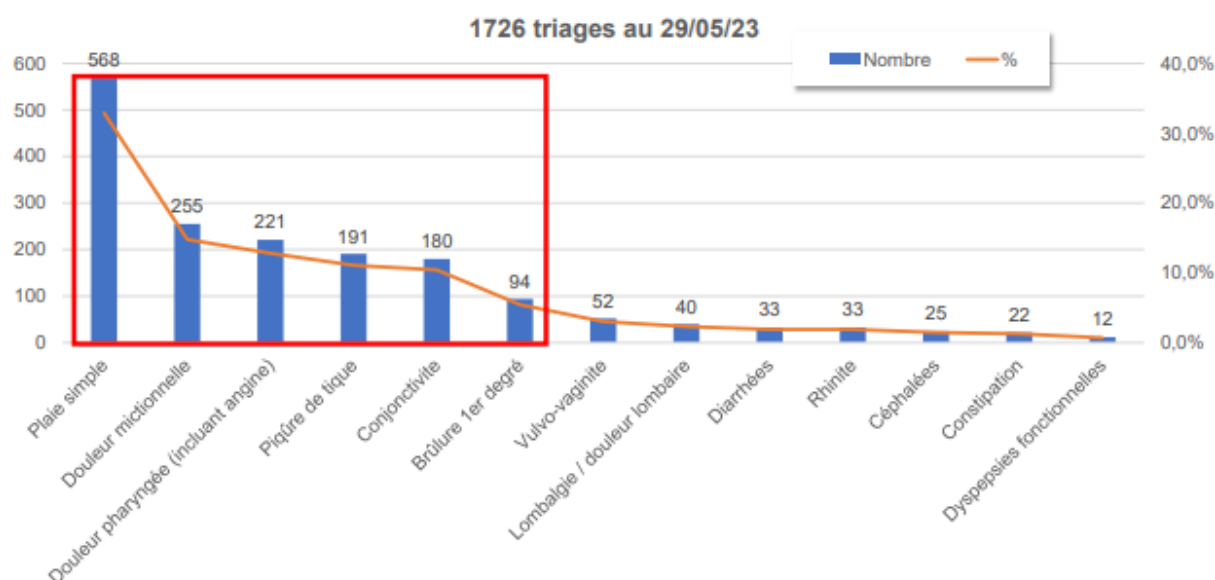


Figure 25 : Suivi des triages de la phase 1 de l'expérimentation et recentrage sur 6 pathologies, Osys, 2023

Les points positifs et négatifs relevés à l'issu de l'expérimentations sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Points positifs	Points négatifs
• Porteur de projets réactifs et investis • Gouvernance efficace • Formation de qualité • Système informatique performant • Adhésion forte des pharmaciens • Très forte adhésion des patients • Prise en charge efficace même si perfectible	• Médecins déconnectés et souvent critiques • Communication insuffisante • Manque d'aisance des pharmaciens (inclusion du patient, dialogue avec les médecins) • Manque de temps • Arbres de triages qui ne rencontrent pas tous le même succès et pertinence • Bilan économique négatif

Par ailleurs, un appel à projet vers les autres ARS nationales est lancé dans le but de dupliquer cette forme d'interprofessionnalité dans d'autres régions et d'apporter une solution aux territoires fragilisés dans la prise en charge des soins non programmés. Ce seront les régions Occitanie, Centre-Val de Loire et Corse qui expérimenteront OSyS dès janvier 2024, comptant 200 pharmacies pour prendre en charge les 6 pathologies ciblées.

E. La création de protocoles de coopération, un choix judicieux pour faciliter l'exercice coordonné

a) Une nouvelle forme d'exercice médiatisée nécessaire pour la profession de pharmacien

Les 4 protocoles nationaux (« cystite », « odynophagie », « varicelle », « rhino-conjonctivite allergique ») peuvent être appliqués depuis 2020 par les pharmacies coordonnées sous forme de MSP (42). Depuis les conclusions du rapport de François Braun en sortie de crise sanitaire et pour limiter l'engorgement des urgences durant l'été 2022, les pharmaciens adhérents à une CPTS peuvent appliquer ces protocoles en coopération avec un ou plusieurs médecins de la CPTS (43). Les protocoles « cystite » et « odynophagie » sont autorisés de façon durable, par deux arrêtés du 9 mars 2023 (44) (45), pour une application dans les CPTS (46).

Le décret du 17 juin 2024 « relatif à la délivrance sans ordonnance de certains médicaments, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique par les pharmaciens d'officine » (47) fait entrer dans le droit commun la prise en charge des odynophagies (chez la personne âgée de plus de 10 ans présentant des symptômes évocateurs d'angine) et des cystites (chez la femme âgée de 16 à 65 ans présentant des symptômes évocateurs d'une cystite simple apyrétique) par le pharmacien d'officine, sans justifier d'un exercice coordonné. L'arrêté du 17 juin 2024 fixe « les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle » (48) : le pharmacien doit être formé pour ces nouvelles missions, sauf cas particuliers dispensés, puis vérifier les critères d'exclusion ou de gravité, avant de réaliser un TROD au marquage CE et de délivrer un antibiotique sans ordonnance. Cet arrêté propose en annexe les logigrammes

d'application du protocole, les critères d'exclusion, les questions à poser pour vérifier l'éligibilité, la recherche des signes de gravité, la liste des antibiotiques pouvant être dispensés, le cahier des charges de la formation ainsi que le cahier des charges relatif aux conditions techniques pour la réalisation des TRODs. Un second arrêté du 17 juin 2024 fixe la « tarification des prestations effectuées par les pharmaciens » (49) : 10 euros pour la réalisation du TROD en cas d'ordonnance de dispensation conditionnelle ou pour la réalisation d'un TROD sans délivrance de médicament et 15 euros pour la réalisation du TROD avec délivrance de médicament par le pharmacien.

Le déploiement progressif de la collaboration entre les professionnels de santé permet le renforcement de l'accès aux soins. Toutefois, une simplification de la mise en œuvre des protocoles, aujourd'hui encore souvent limitée à un exercice coordonné, ainsi que la création de nouveaux protocoles sont demandés (50).

Les difficultés rencontrées lors de la mise en place de cette forme d'exercice et de délégation de tâche, s'explique parfois par l'avis septique des professions médicales. En retour de l'expérimentation OSyS pour 13 pathologies bénignes prises en charge par le pharmacien d'officine en Bretagne, un sondage a été réalisé par le « Quotidien du médecin ». A la question « Faut-il déléguer aux pharmaciens la prise en charge des petits bobos du quotidien ? », 71% des 119 réponses étaient négatives, contre seulement 26% positives (51).

Toujours dans la presse médicale, le président du CNOM, Dr François Arnault a accordé une interview au « Quotidien du médecin ». Il est en faveur de la délégation de tâche afin de libérer du temps médical. D'après lui, le médecin reste le coordinateur et l'équipe déléguée est en partie sous sa responsabilité en matière de diagnostic et de choix thérapeutique. L'organisation doit se faire sur les compétences de chacun. De plus, c'est pour lui l'occasion de redonner de la considération aux médecins en réhabilitant le rôle des médecins et des prises en charges complexes (52).

b) Objectifs des protocoles de coopération

Les protocoles de coopération ont pour but de formaliser une nouvelle organisation du travail pour les professionnels de santé. L'initiative est à l'origine des

professionnels de santé du territoire en repérant les besoins de santé du territoire et les problèmes présents. La réponse apportée nécessite une dérogation aux missions initiales de la profession du délégué et les bénéfices devront être exposés. L'objectif passe alors par la valorisation des tâches et de l'élargissement des compétences, une évolution des missions de la profession du délégué (pharmacien ou infirmier, par exemple). La finalité est d'élargir l'offre de soins sur un territoire, réduire les délais de prise en charge et les difficultés d'accès aux soins grâce à un parcours de soins coordonné entre les professionnels de santé afin de faciliter son accessibilité en s'appuyant sur l'ensemble des professionnels compétents et disponibles sur le territoire.

La prise en charge des patients par des délégués, grâce aux protocoles de coopération, permet de la rendre plus sûre et de qualité en harmonisant les pratiques sur un territoire et en apportant des outils décisionnels. D'un autre côté, les délégants pourront consacrer du temps médical aux patients chroniques présentant des pathologies lourdes et/ou nécessitant un suivi. Enfin, dans un contexte de tension en matière de soins non programmés, la fluidification du parcours de soins ne sera qu'améliorée.

D'après le bilan HAS sur les années 2010-2018 des protocoles de coopération (53), les principaux enjeux sont :

- Une évolution de l'exercice et l'extension des compétences des professions pharmaceutiques et paramédicales ;
- Un dégagement du temps médical pour des missions d'expertise complexes ;
- Une meilleure organisation des soins en réduisant les délais de prise en charge ;
- Une meilleure coordination entre les professionnels de santé et l'optimisation des parcours de soins.

c) Législation des protocoles de coopération

L'idée de créer des protocoles de coopération est apparue dans l'article 51 de la loi HPST de 2009 (24), créant les 3 articles L4011-1 à L4011-3, modifiés ensuite par l'article 66 de la Loi Organisation et transformation du système de santé du 24 juillet 2019 (54).

Ainsi, dans la partie législative du CSP (articles L4011-1 à L4011-5) (55), il est précisé que les professionnels de santé peuvent de leur initiative s'engager dans un modèle de coopération, les protocoles de coopérations permettant le transfert d'activités. Les formations sont précisées lors de l'élaboration du protocole et le patient est toujours informé des conditions de prise en charge. Pour que le protocole soit mis en place, il doit respecter les exigences essentielles de qualité et de sécurité.

Les protocoles nationaux sont initiés par un comité national des coopérations interprofessionnels. Ce comité est responsable du suivi annuel et de l'évaluation des protocoles mis en place, propose d'intégrer les actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il est aussi de son ressort de proposer un modèle de financement. L'équipe de rédaction du protocole est sélectionnée dans le cadre d'un appel national à manifestation d'intérêt.

Le but est de généraliser l'application du protocole à l'ensemble du territoire par arrêté ministériel après avis de la Haute autorité de Santé (HAS).

De plus, les protocoles locaux expérimentaux sont possibles, à l'initiative des professionnels de santé ayant signé l'ACI. Il est nécessaire d'intégrer les protocoles au projet de santé. Ce sont les responsables des structures d'exercice coordonnée ou d'établissement de santé qui déclarent la mise en œuvre des protocoles auprès du directeur général de l'ARS et transmettent les protocoles à la HAS pour information. Il est également demandé de transmettre annuellement au directeur général de l'ARS les données issues des indicateurs de suivi des protocoles et d'informer sans délai les éventuels événements indésirables survenus. Dans certains cas, le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national est possible par arrêté ministériel après avis de la HAS.

d) Caractéristiques générales des protocoles

Le CNOP a réalisé une synthèse sur les protocoles de coopération pour aider les pharmaciens dans leur exercice professionnel (56). Les protocoles possèdent un caractère dérogatoire des activités ou des actes de soins transférés d'une profession à une autre. En effet, les délégués auront à réaliser des tâches qui incombent initialement aux délégants et qui ne faisaient pas partie de leur pratique courante. C'est ainsi que le protocole de coopération élaboré doit décrire efficacement les

activités ou actes de soins transférés et l'organisation nouvelle que doivent mettre en place les professionnels de santé.

Les délégations peuvent être de nature préventive, diagnostique ou thérapeutique, sous forme de protocoles locaux ou nationaux.

Les professionnels de santé concernés sont :

- « Professions médicales : médecins, sage-femmes et odontologistes ;
- Professions de la pharmacie : pharmaciens, préparateurs en pharmacie ;
- Auxiliaires médicaux : aides-soignants, ambulanciers, audioprothésistes, auxiliaires de puériculture, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens lunetier, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes et orthésistes, pédicures-podologues, psychomotriciens, techniciens de laboratoire. »

Les délégants sont les professionnels de santé de l'équipe qui transfèrent des actes et activités de leur champ d'exercice tandis que les délégués sont les professionnels de santé de la même équipe qui vont pouvoir exercer les activités de soins déléguées par le délégant. C'est surtout pour les délégués que le protocole trouve tout son sens, car il leur permet de développer de nouvelles compétences (de part une formation spécifique). Les délégants doivent rester joignable par les délégués en cas de besoin.

Il est alors possible d'envisager toutes les combinaisons de professionnels dans la liste ci-dessus, et quel que soit le mode d'exercice (libéral/salarié) et le cadre d'exercice (établissements de santé, maisons de santé, pôles de santé, réseaux de santé, centres de santé, cabinets médicaux, EHPAD, HAD, SSIAD, etc.). Il est également possible d'inclure autant de délégants et de délégués que voulu.

Dans les protocoles de soins non programmés, il est possible que le délégant soit un médecin quelconque sous réserve que le médecin traitant soit informé de la prise en charge réalisée. Ils s'opposent à des protocoles élaborés pour des soins prolongés qui ne peuvent être appliqués que si le délégué est le médecin traitant.

Les protocoles de coopération peuvent être déclinés pour différentes thématiques : les maladies chroniques, la gériatrie, l'oncologie, les actes techniques, l'ophtalmologie, la prise en charge dans les services des urgences, les soins non programmés, l'imagerie, la vaccination, les maladies infectieuses, la diététique.

Une foire aux questions sur le site du Ministère de la santé permet de mieux comprendre certains points quant aux protocoles (57).

L'élaboration d'un protocole de coopération ne doit pas forcément être adossé aux recommandations de l'HAS. Il doit les suivre dans le cas où une recommandation existe déjà. Sinon, les recommandations des sociétés savantes françaises voire étrangères peuvent être utilisées.

En revanche, il doit correspondre aux exigences de sécurité et de qualité définies par l'article R. 4011-1 du CSP.

Les protocoles définissent les modalités d'intervention du délégué et du délégant : actes et activités dérogatoires, critères d'éligibilité des patients, qualification des professionnels. Ils incluent également les modalités d'inclusion des patients dans le protocole, la prise en charge, les situations nécessitant une prise en charge par le délégant et les moyens de partage d'information. De plus, l'organisation générale de mise en place du protocole y est détaillée.

Cf. annexe 1: Grille d'élaboration d'un protocole local de coopération inter professionnelle (58).

Des formations complémentaires pour le délégué sont obligatoires pour se former aux nouvelles compétences requises et non prévues dans la formation initiale. Il est recommandé d'inclure une partie à distance pour acquérir les savoirs et une partie en présentiel pour développer les savoir-faire, savoir-être et les échanges interprofessionnels.

La mise en application de protocoles de coopération, avec transfert d'activités et actes de soins, implique le transfert des responsabilités qui relèvent alors du droit commun. Ainsi le délégué est responsable des fautes commises, si elles s'avèrent dépasser le cadre du protocole ou de l'arbre décisionnel. Pour les délégués, l'article R. 4011-1 du CSP prévoit que les professionnels de santé impliqués dans un protocole de coopération doivent déclarer « leur engagement dans la démarche de coopération régie par le protocole auprès de leurs compagnies d'assurance de responsabilité civile professionnelle respectives ou auprès des établissements de

santé dont ils relèvent, ou, dans le cas des professionnels du service de santé des armées, auprès de ce dernier ».

Dans le cadre d'établissement de santé, médico-social, MSP, centre de santé ou cabinet libéral, les professionnels de santé exercent sous leur propre responsabilité. Cependant, les CPTS qui souhaitent mettre en place un protocole de coopération ont également des responsabilités selon l'article L. 4011-3 du CSP : « les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant mettre en œuvre un protocole national déclarent, le cas échéant conjointement, à l'agence régionale de santé compétente sa mise en œuvre sous leur responsabilité ». La structure déclare que les professionnels de santé adhèrent volontairement au protocole de coopération, travaillent en équipe conformément à l'alinéa 1 de l'article L. 4011-1 du CSP, ont ou auront validé la formation requise avant de mettre en œuvre le protocole comme mentionné au 3° de l'article R. 4011-1 et ont été informés de l'obligation d'informer leur compagnie d'assurance de responsabilité civile professionnelle ou l'établissement de santé dont ils relèvent de leur engagement dans la démarche de coopération régie par le protocole comme mentionné au 6° de l'article R. 4011-1.

La prescription de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux), d'actes ou de certificats est possible depuis les dérogations permises par les nouvelles compétences apportées par le protocole. Pour le moment, l'Assurance Maladie réclame la mention d'au moins un RPPS d'un délégant et/ou du FINESS de l'établissement pour reconnaître la validité des ordonnances. Cela n'engage pas pour autant la responsabilité du délégant dans les actes et décisions du délégué. C'est pour cela que des travaux avec l'Assurance Maladie sont en cours afin de permettre aux délégués d'utiliser un « moyen générique de reconnaissance de la prescription sous protocole », puisque la contrainte des informations délégants (perçues comme un signe de responsabilité) constitue encore un obstacle au développement des protocoles sur le terrain.

L'adhésion à un protocole reste toujours soumise au volontariat. Le professionnel de santé n'est pas contraint de s'impliquer dans un protocole de coopération mis en place au sein d'une structure d'exercice coordonné. C'est d'ailleurs pour cela que l'identité de chaque professionnel doit être déclarée à l'ARS, étant donné que le dépôt d'un protocole par une structure ne conditionne pas

l'inscription automatique de tous les professionnels de santé concernés au sein de la structure.

e) Protocoles nationaux

Il existe actuellement 4 protocoles nationaux, pour les soins non programmés, développés pour les pharmaciens et infirmiers exerçant en structure pluriprofessionnelle :

- « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'Etat de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé » (44) ;
- « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé » (45) ;
- « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle » (59) ;
- « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle » (60).

Pour mettre en place un protocole national (61), il suffit de consulter la liste des protocoles existants et d'identifier ceux qui pourraient s'appliquer sur son territoire et permettre une meilleure prise en charge des patients.

La première étape consiste à remplir un formulaire de déclaration, comprenant un accord de l'employeur (coordonnée du responsable, nom de la structure, intitulé exact du protocole avec arrêté et date, composition de l'équipe pluriprofessionnelle), un accord d'engagement des membres de l'équipe (délégants et délégués avec nom, prénom, profession, numéro RPPS, signature) ainsi qu'une attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération (avec nom de l'organisme de formation ou nom du responsable de formation, nombre d'heures de formation théorique et pratique).

Ensuite, il est nécessaire de créer un compte sur la plateforme démarches-simplifiées.fr afin de déclarer l'équipe à partir d'un formulaire et les documents cités ci-dessus.

Une fois la déclaration renseignée complètement, le protocole peut immédiatement démarrer.

Chaque année, un questionnaire en ligne sera envoyé dans le but de collecter des données issues des indicateurs de suivis du protocole de coopération.

Lors de la mise en place des protocoles nationaux de coopération de soins non programmés en MSP ou CPTS, la structure tarifie à l'assurance maladie l'ensemble des protocoles réalisés et s'engage à redistribuer aux professionnels de santé participants, en fonction de la répartition choisie entre délégué et délégant.

Pour information, les protocoles de la filière visuelle permettent une facturation directe du professionnel à l'Assurance Maladie.

f) Protocoles locaux

En complément des protocoles nationaux existants, des protocoles locaux de coopération (62) peuvent être créés à partir des besoins du territoire et à l'initiative des professionnels de santé de ce territoire. L'usage est exclusif pour l'équipe promotrice de ce protocole.

La déclaration et la rémunération sont identiques à celles décrites pour les protocoles nationaux de coopération. Toutes les caractéristiques générales doivent également être appliquées.

Il est tout à fait imaginable de déployer un protocole national à partir d'un protocole local. Cette éventualité est prévue par la loi et peut-être réalisée à l'initiative du comité national des coopérations interprofessionnelles après avis de la HAS.

En structure d'exercice coordonnée et en CPTS, les professionnels de santé peuvent être rémunérés par l'ARS et le Fonds d'Intervention Régional (FIR) sous forme de subvention donnée à la structure chaque année en fonction du nombre de patients et soins prévus par le protocole.

Des indicateurs doivent être envoyés chaque année à l'ARS.

g) Rémunération

La rémunération des protocoles locaux de coopération est déléguée aux ARS, grâce au FIR (63), afin de permettre une plus grande souplesse et adaptation des financements aux besoins des territoires, de soutenir les innovations ainsi que de diffuser la culture de l'évaluation (par le suivi des dispositifs financés en mode projet). Elle finance notamment les actions et expérimentations validées par les ARS.

Le FIR a été créé en 2012, en application de l'article 65 de la LFSS pour 2012. Pour une grande partie, il est financé lui-même par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Les 5 missions du FIR sont les suivantes :

- « Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire ;
- Permanence des soins et répartition des professionnels de santé et des structures de santé sur le territoire ;
- Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- Développement de la démocratie sanitaire. »

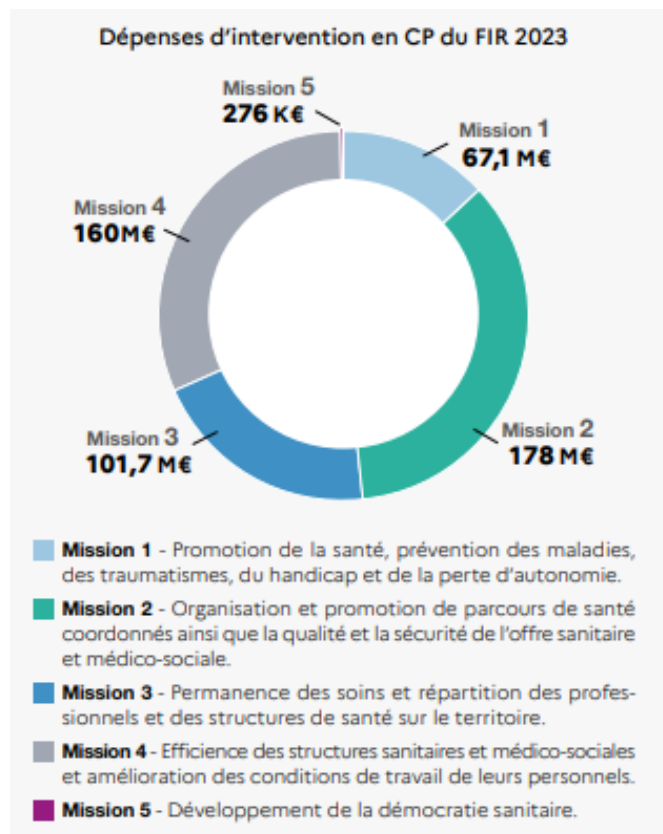


Figure 26 : Missions et dépenses du FIR, ARS HDF, 2023

En région Hauts-de-France (64), le FIR promeut le déploiement des protocoles de coopération locaux en plus de l'inscription des professionnels de santé dans les protocoles nationaux. Dans cet objectif, l'ARS a défini une stratégie de financement entre 2023 et 2025 pour un montant de 196 000 euros correspondant à 10 protocoles locaux par an. Une CPTS de la région en 2023 ainsi que 4 CPTS pour 2024 ont bénéficié du financement, sans précisions sur les projets validés.

Une rémunération de 25€ par patient inclus dans le protocole est allouée à l'équipe délégué/délégant (65). La répartition est décidée en avance par l'équipe lors de l'élaboration du protocole. Généralement, elle se partage entre 20 euros pour le délégué et 5 euros pour le délégant.

II. Elaboration d'un protocole de coopération destiné aux CPTS

A. Objectifs de la mise en place d'un protocole et ciblage du protocole de coopération

a) Problématique et objectifs

La problématique générale est celle évoquée dans la première partie de ce mémoire de thèse, c'est-à-dire répondre à la difficulté d'accès aux soins pour l'ensemble de la population, notamment concernant les soins non programmés.

Les objectifs de la mise en œuvre d'un protocole sont dans un premier temps de réduire les délais de prise en charge des patients présentant une symptomatologie courante. Ainsi, il est envisagé de diminuer le risque d'absence de soins et de complications du fait d'une prise en charge précoce du patient, en s'appuyant sur différents professionnels de santé disponibles et accessibles dans un contexte de démographie médicale déficitaire.

Il est également important de diminuer le recours injustifié à la permanence des soins (urgences et permanence de soins ambulatoires) altérant les prises en charge de patients en situation d'urgence absolue, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé.

Le protocole permettra aux professionnels de santé d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et de prendre en charge une symptomatologie courante.

L'amélioration de la sécurité de la prise en charge est également une facette principale du protocole puisqu'elle favorise une prise en charge par un professionnel de santé formé aux pathologies incluses dans les protocoles locaux, utilisant des algorithmes décisionnels issus de référentiels validés et améliorant la traçabilité de la prise en charge grâce à un échange sécurisé des informations avec le délégant et le patient.

Enfin, la mise en place de protocoles locaux permettra d'optimiser la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents.

b) Exemple d'une CPTS

Pour exemple, la CPTS de Liévin – Pays d'Artois est un territoire où la mise en place d'un protocole de coopération de premier recours serait nécessaire.

En effet, ce territoire rassemble plus de 80 000 habitants pour 476 professionnels de santé libéraux et de nombreuses structures de soins et d'exercice coordonné. Sur la carte ci-dessous, les épingles jaunes correspondent aux centres de santé, tandis que les épingles bleues correspondent aux MSP conventionnées.



Figure 27 : Territoire de la CPTS Liévin - Pays d'Artois, Rezone CPTS, 2024

Sur les données 2022 extraites de Rezone CPTS (66), il ne reste que 89 médecins généralistes sur le territoire, dont la moitié de plus de 60 ans, bien loin de la moyenne nationale. Pour comparaison, la France compte en moyenne 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Démographie Professions de Santé

Catégories sélectionnées	Nombre sur le territoire ⁽⁷⁾		
	total	+ 60 ans	dont + 65 ans
Spécialités médicales			
Tous les méd. spéc. en méd. générale	89	35	14
dont Médecin MEP	4	4	1
Tous les méd. spéc. hors méd. générale	29	16	7
Spécialité Sage femme			
Sage Femme	7	0	0
Auxiliaires médicaux			
Infirmier	158	5	2
Masseur Kinésithérapeute	87	9	3
Pharma/Labo.			
Pharmacie	40	-	-

(7) Pour les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs, seules les officines ou sociétés sont dénombrées (les colonnes relatives aux âges sont donc neutralisées)

Données SNDS (Aout 2022)

Figure 28 : Démographie des professionnels de santé, Rezone CPTS, 2024

Selon l'analyse exportée de Rezone CPTS, hormis le nombre remarquable de patients polymédiqués (27,1% de patients sur le territoire, cf. figure 30), le nombre de patients bénéficiant d'une exonération affection longue durée (25,8% de patients sur le territoire, cf. figure 29) et le nombre de patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (17,9% de patients sur le territoire, cf. figure 29), le nombre passage aux urgences sans hospitalisations est important au sein de cette CPTS (cf. figure 31), avec la douleur et l'accident comme motif le plus souvent cité.

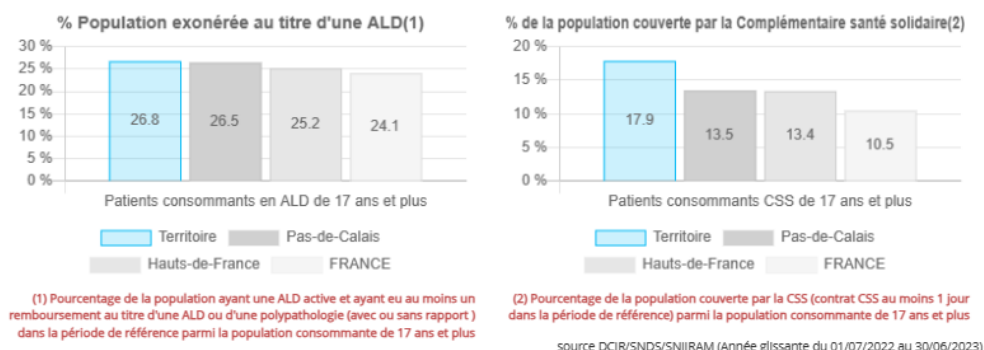


Figure 29 : Population de la CPTS d'étude bénéficiant d'une ALD et de la CSS, Rezone CPTS, 2024

POLYMÉDICATION CONTINUE

Rapport entre la population consommatrice de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules (Classe ATC sur 7 caractères) distinctes délivrées 3 fois dans l'année et le nombre de consommateurs âgés de 65 ans ou plus

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
27.1% 3 969 pat.	24.7%	23.6%	17%	↑2.4	↑3.5	↑10.1

source DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année glissante du 01/07/2022 au 30/06/2023)

Figure 30 : Population de la CPTS d'étude polymédiquée, Rezone CPTS, 2024

NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES NON SUIVIS D'HOSPITALISATION (POUR 100 CONSOMMANTS DU TERRITOIRE CONCERNÉ)

Nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapporté aux patients consommateurs calculé à partir du forfait **ATU**

Territoire	Taux			Différence territoire et		
	Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
25.9 16 550 pat.	21.4	22.5	19.8	↑4.5	↑3.4	↑6.1

source ATIH (Année 2022)

Figure 31 : Nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (pour 100 consommateurs de la CPTS d'étude), Rezone CPTS, 2024

c) Rétro-planning



Figure 32 : Rétro-planning de l'élaboration du protocole local de coopération, Image personnelle, 2024

d) Choix des acteurs pour l'élaboration d'un protocole de coopération

Dans le cadre de ce travail de thèse, un protocole local a été élaboré dans l'optique de le voir rapidement mis en place dans une ou plusieurs CPTS.

Un protocole local peut être adapté et répondre aux besoins d'un territoire tout en apportant une cohérence et une uniformisation de prise en charge sur ce territoire (échanger et standardiser la pratique, partager la bonne pratique) dans le but d'optimiser la prise en charge des patients.

Un premier temps a été consacré à prendre contact avec différentes CPTS, initialement deux dans ce cas présent, afin de bénéficier d'un accompagnement à l'élaboration d'un protocole local ainsi que des avis et recommandations de professionnels de terrain.

La première fut la CPTS Liévin Pays d'Artois, contactée dès le 24 octobre 2022 afin d'expliquer le projet de thèse et la nécessité de rencontrer les acteurs locaux afin d'échanger sur les protocoles mis en place, la vision de la CPTS sur les protocoles locaux et les besoins des professionnels de terrain voire les freins existants. Cet échange a été initié par appel téléphonique avec le coordinateur de cette CPTS, qui a validé le projet et orchestré les deux rencontres futures avec les professionnels. Une réunion par visioconférence le 17 novembre 2022 a alors été réalisée avec 2 pharmaciens de cette CPTS. Le projet leur a été présenté personnellement et le thème du protocole local abordé. Leur avis était alors mitigé, puisqu'ils étaient d'accord pour proposer un protocole local au sein de la CPTS mais prudents afin d'éviter un désaccord avec les autres professionnels du territoire, notamment les médecins délégués. Pour confronter l'avis de différents professionnels, une seconde rencontre a été effectuée le 8 février 2023 avec le coordinateur de la CPTS, 5 pharmaciens et 2 médecins afin d'exposer une nouvelle fois le projet, les difficultés du territoire ainsi que l'ébauche du protocole. Il est à noter que cette CPTS n'avait encore jamais mis en place un protocole de coopération, qu'il soit national ou local. Les avis étaient toujours mitigés : des pharmaciens prêts à mettre en place des protocoles locaux et nationaux afin de limiter les effets négatifs de la diminution de la démographie médicale et prendre part au système de soins, des pharmaciens ne bénéficiant pas de temps conséquent pour une mise en place effective de protocoles au sein de leur officine mais aussi des délégués réticents à

déléguer certaines tâches tout en « gardant leur responsabilité ». Ce sont les 3 grands avis récoltés durant cette rencontre.

Une seconde CPTS, la CPTS Nord-Aisne, a également été contactée dès le 14 novembre 2022. De leur côté, l'interprofessionnalité est très développée et de nombreux protocoles de coopération ont déjà vu le jour et montré leur intérêt. Ainsi, dès l'explication du projet de thèse, notamment l'élaboration d'un protocole de coopération local, un accompagnement a tout de suite été envisagé, avec une proposition de thématique et de terrain. Plusieurs réunions ont été nécessaires pour discuter de l'organisation générale, du choix des pathologies, des critères d'inclusion et de non inclusion, de la liste des dérogations nécessaires, de la création des arbres décisionnels et des ordonnances. Elles ont eu lieu le 7 décembre 2022, 21 février, 28 février et 6 mai 2023 se concluant à chaque fois sur des modifications (ajout, retrait, simplification, adaptation ...) et un perfectionnement du protocole.

Un médecin généraliste et urgentiste a également pu donner son avis sur le protocole, me permettant d'avoir un avis cette fois ci médical afin de modifier le protocole pour le rendre le plus ressemblant à la prise en charge habituelle sur le territoire de la CPTS Grand-Aisne. Cette rencontre par visioconférence a eu lieu le 8 février 2023.

Le président du laboratoire AAZ, Joseph Coulloc'h a également été mis à contribution concernant une relecture du protocole ainsi qu'une expertise concernant les TRODs, qui seront évoqués dans la suite de cette thèse : tétaQuick®, développé expressément dans un format adapté aux CPTS avec ce protocole local ; et tiques Trod'Tique®, en cours de développement.

Enfin, dans un but de généralisation du protocole local, en passant d'abord par une mise en place du protocole de coopération puis une multiplication des dépôts du protocole dans différentes CPTS, une présentation visioconférence a eu lieu le 30 août 2023 devant une dizaine de pharmaciens. La genèse du protocole a été énoncée, ainsi que les objectifs de celui-ci. De plus, après la présentation de chaque arbre décisionnel via la création de cas cliniques, un temps d'échange et de discussion a été prévu afin de prendre les critiques, défauts et améliorations possibles, pour compléter le protocole et éclaircir certains aspects du protocole ne bénéficiant pas de consensus en pratique.

Concernant les professionnels concernés par le protocole local, les délégants sont les docteurs en médecine tandis que les délégués peuvent être docteurs en

pharmacie, titulaires ou adjoints exerçant dans une pharmacie d'officine et infirmiers diplômés d'état exerçant en libéral.

En effet, étant donné les situations prises en charge par le protocole, les compétences et la disponibilité de chaque profession, il est nécessaire d'inclure pharmaciens et infirmiers pour rendre la prise en charge efficiente et l'étendre à son maximum.

Le lieu de mise en œuvre peut être la pharmacie d'officine, le cabinet d'infirmier libéral ou le domicile du patient au sein de la CPTS ayant déposé le protocole.

e) Choix des pathologies nécessitant un protocole de coopération

Dans les discussions avec les deux CPTS présentées ci-dessus, il a été évoqué la récurrence des demandes de prise en charge de différentes plaies à l'officine, sans pour autant avoir l'autorisation légale de prendre en charge cette symptomatologie. Ce sont effectivement des demandes souvent urgentes, où le patient se rendra facilement vers son officine la plus proche ou son infirmier habituel, lorsque son médecin traitant ne peut pas le prendre dans l'immédiat et dans le but d'éviter un passage aux urgences (sauf nécessité).

Il a été choisi d'inclure dans le protocole une plaie simple d'origine animale (morsure par un mammifère, morsure par une tique, morsure par un aoûtat, piqûre d'hyménoptère), une plaie simple de type brûlure cutanée, une plaie simple de type infection cutanée (impétigo, panaris) et toute autre plaie simple correspondant aux critères d'inclusion, développés dans la partie suivante.

L'expérimentation Osys évoquée précédemment, conforte le choix de la thématique du protocole local. En effet, le contexte actuel du système de santé engendre des évolutions rapides. Ainsi, après l'élaboration des différents arbres décisionnels et du choix des pathologies en concertation avec les professionnels du territoire, les résultats de la première phase de l'expérimentation Osys ont permis un recentrage sur 6 pathologies afin de se concentrer sur les situations qui se sont le plus souvent présentées en officine (Plaie simple, Piqûre de tique, Brûlure de 1^{er} degré, Conjonctivite, Douleur mictionnelle, Douleur pharyngée). La prise en charge des douleurs mictionnelles et pharyngées font déjà l'objet de protocoles nationaux

tout comme le renouvellement des traitements d'une rhino-conjonctivite saisonnière. Ainsi, le protocole sur la plaie simple et les infections cutanées voit ici un intérêt certain.

f) Choix des patients, des critères d'inclusion/de non inclusion et des dérogations

Les critères d'inclusion et de non inclusion prennent en compte les situations à risque, nécessitant une prise en charge aux urgences ou un avis médical. Seul les cas simples et fréquents sont pris en charge par le pharmacien d'officine.

Le patient doit être âgé de 5 à 70 ans. Sont exclus les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées, définies comme une personne de plus de 70 ans (simplifiant la notion de patient de plus de 65 ans sans comorbidités ou 75 ans avec comorbidités). Ensuite, le patient doit présenter une plaie simple, correspondant à l'un des critères d'inclusion 2 à 9.

Critère 1 : Patient âgé de 5 à 70 ans se présentant avec une plaie simple

+ Présentant un des critères 2 à 9 :

Critère 2 : Morsure unique par un mammifère

Critère 3 : Morsure(s) par une tique

Critère 4 : Morsure(s) par un aoûtat (rougeurs, démangeaisons, douleurs, petites papules rouges avec auréole plus claire)

Critère 5 : Piqure(s) d'hyménoptère (rougeurs, démangeaisons, douleurs, gonflement léger, induration)

Critère 6 : Brûlure cutanée du 1^{er} degré ou du 2^{ème} degré superficiel (érythème douloureux, souple, persistance de pilosité, avec ou sans cloque)

Critère 7 : Impétigo (lésions vésiculo-pustuleuses de l'épiderme voire crouteuses, souvent autour de la bouche ou des narines)

Critère 8 : Panaris (inflammation de la dernière phalange) avec douleurs modérées

Critère 9 : Autre type de plaie aigue <6 semaines, non étendue <15 cm², peu profonde <5 mm

Les signes de gravité (urgence ou avis médical) et situations à risque de mauvaise cicatrisation sont alors exclus du protocole, correspondants aux critères de

non inclusion 1 à 13. De la même façon, selon les différentes recommandations, des critères de non inclusion spécifiques ont été listés afin d'écarter les situations complexes pour chaque pathologie. Ils correspondent aux critères 14 à 19.

Critères généraux de non inclusion :

<u>Critère 1 :</u> Age <5 ans ou >70 ans
<u>Critère 2 :</u> Altération de l'État Général : température >39,5° ou PA <90 mmHg ou FC >110/mn ou FR >20/mn ou perte de connaissance (hors urgence allergie piquûre d'hyménoptère)
<u>Critère 3 :</u> Réaction allergique ou difficultés respiratoires (hors urgence allergie piquûre d'hyménoptère)
<u>Critère 4 :</u> Grossesse avérée ou non exclue
<u>Critère 5 :</u> Notion d'insuffisance rénale sévère (clairance <30ml/min) et/ou dialysé
<u>Critère 6 :</u> Immunodépression ou risque d'immunodépression (cancers, maladies hématologiques malignes en cours de traitement, transplanté d'organes ou allogreffe de cellules souches hématopoïétiques)
<u>Critère 7 :</u> Diabète
<u>Critère 8 :</u> Trisomie 21, mucoviscidose ou maladies rares
<u>Critère 8 :</u> Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
<u>Critère 9 :</u> Plaie chronique > 6 semaines, profonde > 5 mm, étendue > 15 cm
<u>Critère 10 :</u> Plaie au niveau cervico-facial, des mains ou des pieds (brûlure, morsure par un mammifère ou autre plaie uniquement) ou ORL ou des organes génitaux
<u>Critère 11 :</u> Ulcère de la jambe ou pied diabétique ou escarre ou moignon d'amputation
<u>Critère 12 :</u> Perte de sensibilité
<u>Critère 13 :</u> Signes digestifs associés

Critères spécifiques de non inclusion :

<u>Critère 14 :</u> Morsures de tique >2 présentes sous forme disséminée (atteinte neurologique/cardiaque/articulaire) ou tique restée plus de 36h
<u>Critère 15 :</u> Piquûres multiples d'hyménoptère >20 ou morsures multiples d'aoûtat >20

<u>Critère 16</u> : Brûlure due à l'électricité ou à un produit chimique ou du 2 ^{ème} degré superficiel >1% de la surface corporelle (paume) ou du 2 ^{ème} degré profond ou 3 ^{ème} degré
<u>Critère 17</u> : Impétigo de forme nécrotique ou bulleuse, impétigo de surface >2% (2x paume) ou >6 lésions ou extension rapide
<u>Critère 18</u> : Panaris à répétition ou douleurs violentes ou valvulopathie
<u>Critère 19</u> : Morsure de mammifère >1

Les dérogations du protocole à la pratique courante sont :

- Examen de la plaie, délimitation de la zone avec stylo dermatologique et prise de photo ;
- Nettoyage de la plaie à l'eau et savon doux, rinçage, séchage ;
- Prescription d'antiseptiques et antisepsie ;
- Prescription d'antalgiques, d'antihistaminiques, de corticoïdes, de laluset® et d'Ascabiol® + prescription et injection d'adrénaline si urgence ;
- Prescription d'antibiotiques (amoxicilline/acide clavulanique, pristnamycine, mupirocine, doxycycline, azithromycine) ;
- Prescription et pose de pansements et/ou de tulle gras et/ou de bandelettes adhésives ;
- Prescription et vaccination anti-tétanique, injection d'immunoglobulines anti-tétaniques ;
- Refroidissement de la brûlure ;
- Arrêt du saignement par compression ;
- Retrait de corps étrangers à la pince à épiler ;
- Retrait de la tique avec un tire tique ;
- Retrait du sac à venin d'hyménoptère ;
- Utilisation du TROD Tétanos.

B. Comprendre la physiopathologie et la prise en charge des plaies simples et infections cutanées incluses dans le protocole

a) Morsure par un mammifère

Les morsures (67) (68) (69) les plus fréquentes sont celles données par les chiens et les chats, puis d'autres animaux comme les rongeurs ou renards. Le risque

de transmission du virus de la rage étant quasi nul en cas de morsure survenue en France par un animal non importé, sans comportement suspect, sous la garde d'un propriétaire et susceptible d'être placé sous observation vétérinaire (tel qu'un chat, un chien ou un furet), aucune mesure spécifique n'est jugée nécessaire. Seule la morsure par une chauve-souris nécessite une vaccination antirabique.

Les morsures sont considérées à tort comme anodines. Les enfants sont les plus touchés avec des blessures principalement localisées à la tête et au cou, tandis que les adultes sont plus facilement mordus aux bras et aux jambes. La morsure peut être profonde, engendrer une hémorragie, des fractures osseuses, des dégâts nerveux et musculaires et être à risque infectieux.

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

Ces morsures se caractérisent par une effraction cutanée, un érythème, un œdème local et une douleur localisée, et parfois hémorragique, avec corps étrangers. Le patient sera inclus dans le protocole uniquement dans le cas d'une morsure unique.

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

Comme pour toute plaie, si elle est localisée au niveau cervico-facial, ORL, des mains, des pieds ou des organes génitaux externes, alors elle ne peut être prise en charge par le protocole. De même, les patients fragiles (grossesse, immunodépression, diabète, insuffisance rénale sévère, ...) ne peuvent pas être pris en charge. Enfin, la plaie ne doit pas être trop profonde ou trop large (*cf. critères de non-inclusion*). Le principal critère de non-inclusion spécifique aux morsures est la présence de plus d'une morsure. Durant la prise en charge, le patient pourra être réorienté en cas d'impossibilité à retirer les corps étrangers, d'une plaie hémorragique ne cédant pas à la compression ou en cas de nécessité de vaccination antirabique.

Les risques secondaires

Des risques infectieux découlent souvent dans les heures voire les jours suivants en raison des germes présents dans la salive de l'animal ou d'un humain. Des signes peuvent avoir lieu en moyenne 24h après la morsure et se caractérisent

par des douleurs, une rougeur, un gonflement, un écoulement purulent voire de la fièvre.

La victime peut être contaminée par le tétanos voire la rage si l'animal est porteur du virus. De plus, la maladie des griffes du chat ou lymphoréticulose peut être transmise par la salive du chat et aussi du chien.

Des séquelles physiques et psychologiques peuvent être laissées.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

Il conviendra de désinfecter et de surveiller la plaie. De plus la prise de température peut être faite pour repérer une éventuelle infection systémique.

Il sera important d'identifier l'animal mordeur et les circonstances de l'accident. Il pourra être demandé au propriétaire le carnet de vaccination de l'animal. D'un point de vue légal, le détenteur d'un chien mordeur doit informer le maire de sa commune et consulter le vétérinaire le jour de la morsure, au 7^e puis au 15^e jour afin de surveiller l'animal et réaliser une évaluation comportementale.

Il est recommandé d'adopter un comportement approprié avec l'animal :

- Ne pas se fier aux apparences,
- Toujours surveiller,
- Eviter de s'approcher d'un animal inconnu ou qui grogne,
- Caresser sans accord,
- S'interposer dans un combat,
- Déranger le sommeil,
- Emparer les jouets,
- Serrer, tirer ou grimper sur l'animal,
- Courir proche de l'animal.

b) Morsure par une tique

Les tiques (70) (71) (72) (73) sont des acariens parasites vivant dans des zones humides et boisées, des parcs et prairies. Les tiques dures (*Ixodidae*) sont les plus courantes et vecteurs de la maladie de Lyme. Les personnes exposées sont donc des professionnels de forêt, des campeurs, des chasseurs, des cueilleurs ou des randonneurs. La période la plus propice aux morsures s'étend de la fin du printemps à la fin de l'été.

Les tiques possèdent un appareil buccal, le rostre, pour s'accrocher à la peau des animaux en pratiquant la méthode de l'affût. Une fois leur ciment sécrété et leur fixation, elles vont prendre le repas sanguin et se gorger de sang, en alternant succion et sécrétion salivaire. Les tiques femelles mordent à chaque stade de développement (larve, nymphe, adulte). Elles sont recouvertes par un écusson dorsal dur. Elles possèdent un corps divisé en 2 parties et 4 paires de pattes.

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

La morsure de tique se caractérise par une petite plaque rouge autour de la morsure, souvent à l'origine de démangeaisons. Celle-ci peut apparaître dans les 24 premières heures suivant la morsure. Cette réaction est simplement liée à la réaction normale à la salive de la tique. On considère un temps moyen de 48h avant régurgitation de la tique et transmission de maladies si elle est contaminée. Le patient peut être pris en charge dans le cas d'une ou deux morsure(s) de tique, en place depuis moins de 36h.

Il existe différentes formes cliniques de la borréliose de Lyme :

- Forme localisée, précoce (érythème migrant) : caractérisée par une macule érythémateuse de forme ronde à ovale, sur plusieurs centimètres de diamètre à croissance centrifuge avec un éclaircissement central. Celui-ci apparaît au site de morsure après une durée généralement de 3 à 30 jours. Le patient peut présenter des signes généraux, mais ce n'est pas obligatoire (myalgies, fièvre, fatigue, signes rhumatologiques/neurologiques/dermatologiques). La disparition est rapide et complète en 1 semaine à 1 mois après l'antibiothérapie. Le patient peut être pris en charge dans le cadre de ce protocole, si la tique a été retirée dans les 36h, que l'érythème migrant est localisé au site de morsure, apparaît avant le 30^{ème} jour et qu'aucun signe fonctionnel n'est retrouvé.

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

Le patient ne sera pas pris en charge dans le cadre du protocole en cas de plus de deux morsures de tiques. En effet, le risque de contamination augmente avec le nombre de morsure même si la durée d'accrochage de la tique reste déterminante. Si la tique est encore en place, le patient sera réorienté si elle est restée plus de 36h accrochée à la peau. Si la tique n'est plus en place et a été

retirée, alors le patient pourra être réorienté dans le cas d'un retrait plus de 36h après la morsure et/ou si les effets cliniques apparaissent plus de 30 jours après la morsure. De plus, en cas d'impossibilité de retirer la tique, d'atteinte fonctionnelle (forme disséminée de la maladie de Lyme) ou d'un érythème migrant non isolé au site de morsure, le patient sera orienté vers un médecin.

Par contre, pour les autres formes de la borréliose de Lyme, le patient sera directement réorienté dans le cas :

- Forme disséminée, précoce : ces érythèmes ont les mêmes signes cliniques mais apparaissent dans les 6 mois après la morsure, avec des localisations multiples et parfois très à distance du site de morsure ;
- Atteintes articulaires inflammatoires ;
- Lésions cutanées nodulaires ou en plaques (lymphocytome borrélien) ;
- Atteintes neurologiques (paralysie faciale, méningite) ;
- Atteintes cardiaques (troubles du rythme) ;
- Atteintes ophtalmologiques (uvéite) ;
- Forme disséminée, tardive : tous les signes cliniques décrits peuvent apparaître plus de 6 mois après la morsure.

Les risques secondaires

En fonction de leur répartition, les tiques peuvent être vectrices de différents agents pathogènes responsables de certaines maladies :

- Les borrélioses, via *Borrelia* (maladie de Lyme en Europe et Amérique du Nord) ;
- Certaines rickettsioses ;
- Des encéphalites virales ;
- Des fièvres hémorragiques.

Si la tique est contaminée par la bactérie *Borrelia*, elle peut transmettre la maladie de Lyme. Ainsi cette maladie survient qu'après une morsure, mais il n'existe pas de transmission directe entre personnes ou animaux infectés. De plus, il n'existe pas d'immunité acquise, ce qui explique qu'on peut être réinfecté plusieurs fois.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

Il est recommandé d'examiner son corps entier au retour d'une promenade et le lendemain (tique mieux visible car gorgée de sang). Cette méthode doit être précise car des tiques au stade de nymphe peuvent mesurer seulement quelques millimètres. Certaines zones comme les aisselles, plis du genou, organes génitaux, nombril, conduits auditifs, cou et cuir chevelu sont plus propices à une morsure et pourtant difficiles d'accès à l'examen visuel.

En cas de morsure de tique, il sera important de la ou les retirer le plus vite possible avec un tire-tique, sans utiliser de produit qui pourrait faire régurgiter la tique et transmettre des maladies.

Il est possible de signaler la morsure de tique sur l'application « Signalement-TIQUE ».

La surveillance continue pendant plusieurs mois. Si une plaque rouge inflammatoire s'étant entre 3 à 30 jours après la morsure, alors un antibiotique peut être délivré dans le cadre du protocole en raison de l'érythème migrant, symptôme de la maladie de Lyme. De plus, toutes réactions systémiques (douleurs, fièvre, fatigue, érythème migrant ailleurs qu'au site de piqûre, douleurs articulaires ou encore troubles neurologiques) doivent faire reconsulter. Des photos seront intéressantes tout au long de l'évolution.

Prévenir les morsures de tiques :

- Porter des vêtements clairs et longs, couvrant les bras et les jambes et resserrés aux extrémités, porter un chapeau couvrant la tête et le cou, porter des chaussures fermées ;
- Utiliser un répulsif cutané (DEET ou IR3535 peut être utilisé chez l'enfant dès 6 mois ou la femme enceinte) ;
- Rester sur des chemins débroussaillés et éviter les herbes hautes ;
- Ne pas s'asseoir sur le sol directement mais utiliser un linge clair ;
- Tondre et débroussailler régulièrement son jardin.

c) Morsure par un aoûtat

Les aoûtats sont des larves d'acariens (*Trombicula autumnalis*) de couleur rouge/orange, de taille inférieure au millimètre, visibles uniquement en amas. Ils possèdent des crochets pour se fixer sur la peau.

Ils se placent dans les replis de la peau ou entre les doigts et forment ainsi des croûtes orangées caractéristiques entraînant des démangeaisons.

Les larves se nourrissent sur la peau des animaux à sang chaud. Elles ne sucent pas de sang mais injectent dans la peau des enzymes pour prédigérer les cellules et aspirer les tissus cellulaires. Les larves gorgées se détacheront spontanément et poursuivront leur développement dans le milieu extérieur.

Ces parasites sont nombreux en période estivale, plutôt dans des herbes denses même si un simple gazon peut accueillir des aoûtats. Ils peuvent être présents dans les élastiques des vêtements (chaussettes, caleçons).

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

Les morsures d'aoûtats caractérisées par des petits boutons rouges et boursoufflés vont entraîner des démangeaisons intenses à l'origine de rougeurs/dépilations/croûtes, souvent au niveau des plis, entre les doigts, ou lorsque la peau est fine. Un amas de larves orangé peut être visible. Le patient sera pris en charge s'il existe moins de 20 morsures (moins de 20 boutons rouges).

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

Les réactions locales simples ne sont pas prises en charge par le protocole si elles sont localisées sur les muqueuses ou tissus conjonctifs, tout comme un grand nombre de morsure (au-delà de 20).

Les diagnostics différentiels

Les morsures par les punaises de lit seront plus souvent localisées dans de nombreuses parties du corps, tandis que les morsures d'aoûtats sont souvent regroupées au même endroit.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

Il sera important de surveiller l'évolution locale de la piqûre et les signes généraux, notamment allergiques décrits.

Prévenir les morsures d'aoûtats :

- Porter des vêtements clairs et longs, couvrant les bras et les jambes et resserrés aux extrémités, porter un chapeau couvrant la tête et le cou, porter des chaussures fermées ;
- Utiliser un répulsif cutané (DEET ou IR3535 peut être utilisé chez l'enfant dès 6 mois ou la femme enceinte) ;
- Rester sur des chemins débroussaillés et éviter les herbes hautes ;
- Ne pas s'asseoir sur le sol directement mais utiliser un linge clair ;
- Tondre et débroussailler régulièrement son jardin.

d) Piqûre d'hyménoptère

Les piqûres d'hyménoptères (74) (75) (76) sont les plus courantes, surtout durant la période estivale.

Les hyménoptères regroupent les guêpes, abeilles, frelons et bourdons. Ils ont 2 paires d'ailes, 3 paires de pattes, un corps divisé en 3 parties (tête/thorax/abdomen) et ont la particularité de piquer grâce à un dard ou aiguillon inoculant un venin toxique.

Caractéristiques principales des hyménoptères :

- Guêpe (robe rayée jaune vif et noir, taille fine, possède un dard qu'elle ne laisse pas dans la peau donc peut piquer plusieurs fois)
- Frelon (proche de la guêpe mais plus gros, possède un dard long qu'il ne laisse pas dans la peau donc peut piquer plusieurs fois)
- Abeille (couleur et pilosité différentes selon la race = noir/gris/coloré, volumineuse, possède un dard denticulé qu'elle laisse en place dans la peau avec la glande à venin, meurt après la piqûre)
- Bourdon (proche de l'abeille, mais plus gros et plus velu, reconnaissable par son bourdonnement, pique rarement et ne laisse pas son dard)

Seuls les hyménoptères femelles piquent car possèdent l'appareil de défense (dard ou aiguillon + glande à venin). L'inoculation a lieu sous la peau, dans une muqueuse (bouche) ou dans un tissu conjonctif (œil). Le venin contient entre autres de l'histamine, des peptides immunogènes et des enzymes.

Les hyménoptères ne sont pas naturellement agressifs (les abeilles ne piquent que pour se défendre, les bourdons sont paisibles et dans un environnement souvent

agricole, tandis que les guêpes et les frelons seront plus offensifs proches de leur nid ou lors de la recherche de nourriture).

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

Les formes cliniques sont variées et commencent par une réaction locale non allergique caractérisée par une papule érythémateuse (<2cm) accompagnée d'un œdème. Cela peut s'accompagner d'une douleur locale, parfois d'une induration autour de la zone piquée et des démangeaisons. La réaction disparaît en quelques heures. Le patient sera pris en charge s'il existe moins de 20 piqûres.

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

Les réactions locales simples ne sont pas prises en charge par le protocole si elles sont localisées sur les muqueuses ou tissus conjonctifs.

De la même manière, sera exclu toute réaction toxique pouvant survenir après un grand nombre de piqûre (au-delà de 20) et entraînant une injection importante de venin qui augmente les signes cliniques. Ils seront intenses et s'accompagneront de fatigue, vomissements, diarrhées, maux de tête, vertiges voire perte de connaissance.

Enfin une réaction allergique peut apparaître après une seule piqûre, sans grande quantité de venin nécessaire. Cette réaction est d'autant plus grave que l'allergie est connue et que la personne est déjà sensibilisée au venin d'hyménoptère en ayant développé une réaction auparavant. Il existe une réaction importante à l'endroit de la piqûre, avec un gonflement qui peut atteindre 10 cm et rejoindre une ou deux articulations proches qui seront également gonflée. De plus, une réaction générale peut survenir et est caractérisée par un urticaire généralisé, un angioœdème, des difficultés respiratoires, une chute de pression artérielle ou un malaise voire un choc anaphylactique. La réaction survient dans l'heure.

Ce sont des urgences vitales. L'appel aux secours est nécessaire, ainsi qu'une prise en charge immédiate.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

Il sera important de surveiller l'évolution locale de la piqûre et les signes généraux, notamment allergiques.

Il est possible d'appliquer de la glace pour calmer la douleur et diminuer l'œdème puis de rester au calme pendant 30 minutes après la piqûre.

En cas d'allergie aux venins d'hyménoptères, les proches doivent être prévenus et une trousse d'urgence contenant un stylo d'adrénaline auto-injectable, un antihistaminique, un corticoïde et un B2 mimétique de courte durée d'action doit être toujours avec le patient. Les signes d'un malaise et l'utilisation du stylo doivent être connus.

Prévenir les piqûres d'hyménoptères :

- Porter des vêtements couvrants, clairs, en évitant les parfums ;
- Porter des gants lors de travaux extérieurs ;
- Eviter de rester près de plantes à fruits, ruches ou nids d'insectes ;
- Veiller à la présence de guêpes dans l'alimentation ou les canettes ;
- Jeter régulièrement le reste de nourriture et les poubelles ;
- Rester calme et éviter les mouvements brusques, voire cacher le visage avec les mains ;
- Ouvrir les fenêtre un hyménoptère tourne autour de vous en intérieur ou dans la voiture ;
- Eviter de marcher pieds nus ou en sandales dans la nature ;
- Faire retirer les nids près de l'habitation.

e) Impétigo

L'impétigo (77) (78) (79) (80) (81) est avant tout une pathologie bactérienne due à un staphylocoque ou un streptocoque. C'est surtout une pathologie pédiatrique, avec un pic d'incidence entre 0 et 10 ans, même s'il n'est pas exclu que des patients plus âgés ou adultes soient infectés. Elle concerne 10% des consultations dermo-pédiatriques. Il existe une prédominance estivale.

L'impétigo se forme sur peau saine ou sur des lésions cutanées préexistantes qui s'infectent par grattage (*cf. diagnostics différentiels*). Il apparaît souvent autour des orifices (narine, bouche, anus), mais peut s'étendre au cuir chevelu ou toute partie du corps par auto-contamination liée au grattage.

Les facteurs favorisant l'impétigo sont les lésions de la peau préexistantes, un traumatisme (plaie, brûlure, piqûre), le portage asymptomatique de la bactérie ou rhinopharyngite, la mauvaise condition d'hygiène, la dénutrition ou

l'alcoolodépendance, une maladie chronique (diabète, maladie rénale, ...) ou un traitement immunosuppresseur (corticoïdes, médicaments contre le rejet de greffe, thérapies ciblées des maladies auto-immunes, ...)

C'est une pathologie contagieuse, qui se transmet par contact direct avec les lésions cutanées, par le linge ou par auto-contamination.

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

L'impétigo se caractérise par des lésions cutanées vésiculo-pustuleuses et secondairement croûteuses. On parle de forme habituelle non bulleuse, ou croûteuse. Elle représente 70% des cas d'impétigo.

L'aspect clinique débute par des vésicules, entourées parfois d'une auréole inflammatoire, qui se transforment en pustules contenant le pus. Ceux-ci vont se rompre pour prendre un aspect croûteux. Ces croûtes sont regroupées en placard.

Ce sont des lésions peu douloureuses, ne donnant pas de fièvre mais parfois des adénopathies régionales.

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

L'impétigo grave, exclu du protocole et nécessitant un avis médical, comprend :

- L'impétigo avec une surface cutanée atteinte supérieure à 2% de la surface corporelle (2 fois la taille de la paume de main) ;
- L'impétigo ayant plus de 6 lésions ;
- L'extension rapide des lésions (quelques heures) ;
- La présence de fièvre ;
- L'impétigo de forme bulleuse :

Cette forme survient le plus souvent chez le nourrisson, au niveau du tronc, du périnée ou des extrémités des membres. Elle se caractérise par des bulles molles et transparentes de 1 à 2 cm entourés d'une auréole inflammatoire. Ces bulles se rompent en 2 à 3 jours. Il peut y être associé de la fièvre, de la fatigue et de la diarrhée. Cette forme est plus contagieuse ;

- L'ecthyma (forme nécrotique creusante) :

Cette forme est une variante clinique évolutive, localisée souvent au niveau des membres inférieurs en raison de mauvaises conditions de circulation. Elle survient chez le sujet fragile (diabète,

immunodépression, dénutrition, précaire). Elle se caractérise par une ulcération profonde du derme.

Les diagnostics différentiels

Vérifier l'existence d'une dermatose préexistante (pédiculose du cuir chevelu, gale, varicelle, prurigo ou dermatite atopique). On parle d'impétiginisation. Il conviendra de traiter la dermatose sous-jacente en plus du traitement de l'impétigo.

Les risques secondaires

On note une complication, exceptionnelle en France, qui est la glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique (pas de dépistage systématique dans les suites d'un impétigo).

Sans traitement, l'impétigo peut également se compliquer d'un abcès, d'une lymphangite, d'une pneumonie, d'arthrite, ou d'une septicémie.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

Il conviendra d'expliquer la surveillance des lésions. Consulter le médecin en cas d'extension rapide, de surinfection, de présence de fièvre ou de diarrhées ou de passage vers la forme bulleuse. Les lésions tendent à disparaître en deux semaines.

Il conviendra d'assurer un nettoyage régulier avec un savon doux surgras, d'appliquer une lotion hydratante et éventuellement des soins de démangeaisons.

Si les lésions sont sur le corps, il sera important de changer les sous-vêtements tous les jours, en privilégiant des vêtements amples et en coton afin de limiter la macération.

Il sera primordial d'éviter le contact avec les lésions et ainsi avoir une bonne hygiène des mains (pour l'adulte s'occupant d'un enfant, des enfants eux-mêmes notamment après avoir touché leur nez) et couper les ongles courts.

Eviter le contact de l'enfant malade avec d'autres enfants, ne pas échanger les vêtements, laver les jouets au préalable.

L'établissement scolaire ou d'accueil de l'enfant doit être prévenu. En cas de lésions qui ne peuvent être recouvertes d'un pansement, alors l'éviction scolaire est recommandée jusqu'à guérison.

En cas de plaie ou lésion cutanée, toujours désinfecter efficacement. En cas de maladie de peau, ne pas gratter les lésions pour éviter leur impétiginisation. En

cas d'infection nasale, traiter l'infection pour éviter qu'elle ne se propage pas auto-contamination sur la peau.

f) Panaris

Le panaris (82) (83) (84) est une infection bactérienne (staphylocoque et streptocoque) de la peau et du tissu sous-cutané d'un doigt, de la main ou du pied. Il apparaît tout d'abord une réaction inflammatoire autour de l'ongle et sous l'ongle, ou au niveau de la pulpe de doigt, puis se collecte en un abcès en l'absence de traitement.

Le panaris survient souvent 2 à 5 jours après une blessure de la peau (manucure brutale, trituration de la cuticule avec les dents, arrachement de peau autour de l'ongle = onychophagie) ou suite au percement d'ampoule, d'une piqûre d'insecte, d'un corps étranger sous la peau, d'un traumatisme de l'ongle ou d'une morsure ou griffure.

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

Le panaris en stade inflammatoire se caractérise par une peau tendue, douloureuse et rouge autour de l'ongle ou sur la pulpe du doigt. La douleur est supportable et diminue la nuit.

Le panaris peut évoluer au stade purulent, avec une poche de pus (abcès) qui se forme sous ou autour de l'ongle ou dans la pulpe du doigt. La peau est toujours tendue et rouge, mais se ramollit en son centre montrant la collection de pus et est parfois surmontée d'une phlyctène purulente. La douleur est alors intense et une fièvre peut apparaître.

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

Le panaris collecté au stade d'abcès sera pris en charge en partie, dans l'attente d'une consultation médico-chirurgicale pour avis sur l'incision par un médecin voire d'une éventuelle prescription d'antibiotique par le médecin.

Un patient se plaignant de douleurs violentes, empêchant les activités quotidiennes ou de dormir la nuit sera réorienté vers son médecin.

Une valvulopathie connue empêche la prise en charge du panaris.

Les risques secondaires

Les complications surviennent chez les personnes fragiles (diabétiques, immunodéprimées, ...) ou si le panaris est vu trop tard ou mal traité.

L'infection peut s'étendre à la racine de l'ongle et entraîner une déformation de l'ongle. Elle peut aussi atteindre les gaines des tendons musculaires, les articulations ou les os de la main ou du pied.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

Il sera important de surveiller l'évolution du panaris et reconsulter en cas de passage du stade inflammatoire vers celui de l'abcès. L'inflammation doit régresser dans les 48h. Un lavage et une désinfection sont primordiaux ainsi que la protection par un pansement. La surveillance de la température sera utile pour vérifier l'absence d'infection systémique.

Prévenir le risque de panaris :

- Prendre le soin de ses ongles (éviter de ronger les ongles, ne pas arracher la peau ni les cuticules) ;
- Prévenir les blessures des mains (utiliser des bons ciseaux et coupe-ongles désinfectés, porter des gants pour bricoler/jardiner, éviter les piqûres d'insectes) ;
- Soigner les mains (retirer les corps étrangers au plus vite, éviter les surinfections des plaies, soigner les maladies de peau (eczéma/psoriasis/mycose).

g) Brûlure

Une brûlure cutanée (85) (86) (87) est la destruction plus ou moins grave de la peau par une agression le plus souvent thermique (source de chaleur comme les flammes, les braises, une surface brûlante, un liquide ou des vapeurs brûlantes, ... voire un rayonnement ultra-violet lors d'un coup de soleil ou ionisant lors d'une radiothérapie ou tout simplement des frottements).

Elles peuvent aussi être causée par une agression électrique (électrisation), une exposition chimique (soude caustique, ammoniacale, acide chlorhydrique, acide sulfurique, eau de javel, ...) ou un produit adhérent (colles, plastiques, ...).

Les premières informations à recueillir sont :

- La cause de la brûlure,
- La localisation de la brûlure,
- L'étendue de la brûlure,
- Le degré de la brûlure,
- Le type de patient.

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

Le protocole inclut la prise en charge des brûlures du premier degré et de deuxième degré superficiel dont la surface n'excède pas 1% de la surface corporelle (correspondant à la paume de la main du patient) due à une agression thermique. Il est possible qu'une brûlure ne soit pas uniforme et regroupe différents degrés.

- Une brûlure de premier degré se caractérise par une peau rose à rouge (érythème), sèche, souple/élastique, douloureuse, avec une pilosité encore présente, et sans cloques. Elle atteint uniquement la couche cornée. Elle guérit en quelques jours.
- Une brûlure de deuxième degré superficiel se caractérise par une peau rose à rouge (érythème), toujours douloureuse, mais avec une présence de cloques (phlyctènes). Elle touche l'épiderme, une partie de la membrane basale et le derme superficiel.

La préservation des follicules pileux de façon totale ou partielle va permettre d'établir la distinction entre brûlures « superficielles » et « profondes ». Ils permettront une reprise de cicatrisation spontanée.

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

Le protocole exclut les brûlures du deuxième degré superficiel excédant 1% de la surface corporelle (correspondant à la paume de la main du patient), du deuxième degré profond, du troisième degré, les brûlures électriques et les brûlures chimiques.

- Une brûlure de deuxième degré profond se caractérise par une peau avec des zones blanches car le derme profond est touché, peu sensible, mais avec une présence de cloques (phlyctènes). Elle touche l'épiderme, une partie de la membrane basale et le derme profond.
- Une brûlure de troisième degré se caractérise par une peau beige à noire, sèche, insensible. Le revêtement cutané est détruit totalement. Aucune reconstruction spontanée n'est possible.

Les brûlures dites graves et non prises en charge par le protocole sont celles qui touchent le visage, le cou, les mains, les pieds, les articulations, les organes génitaux externes ou les orifices naturels. De plus une brûlure est plus grave lorsqu'elle survient chez l'enfant de moins de 5 ans et chez l'adulte de plus de 70 ans, chez la femme enceinte et s'il existe une maladie chronique chez le brûlé (diabète, maladie rénale chronique, immunodépression, ...). Ils ne seront donc pas pris en charge dans le protocole (*cf. critères d'exclusion généraux*).

L'urgence

Contactez les urgences si la brûlure :

- Touche un nourrisson ou enfant de moins de 5 ans, un enfant de plus de 5ans ou personne âgée dont plus de 5% de surface corporelle est touchée, un adulte dont plus de 10% de la surface corporelle est touchée ;
- Est localisée sur des zones fragiles exclues par le protocole ;
- Est de troisième degré ;
- Est survenue après une explosion, électrisation, manipulation de produits chimiques, lors d'un accident de la voie publique ou lors d'un incendie en lieu clos.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

Il conviendra d'éviter toute exposition solaire de la zone brûlée, se couvrir et appliquer une photoprotection d'indice élevé si exposition. Ne pas appliquer de crème/pommade cosmétique sur la brûlure, ni de glace qui pourrait abîmer la peau.

Il sera nécessaire d'expliquer la surveillance de la température, de maux de tête, de douleurs, de vomissements qui peuvent être signe d'une infection systémique.

Il sera nécessaire d'expliquer la surveillance de l'aspect de la brûlure. Une amélioration voire cicatrisation complète doit intervenir dans les 3 à 15 jours.

Eviter de prendre des bains jusqu'à cicatrisation. Prendre une douche sans frotter la zone concernée, puis sécher la plaie en tamponnant avec une serviette.

Prévenir les brûlures :

- Température du bain à 37°C, veiller aux liquides chauds dans la cuisine (tourner les manches de casseroles vers le mur, ne pas laisser à portée de main friteuse, bouilloire, ...), vérifier la température des liquides à boire ;
- Tenir les enfants à distance de la porte du four, du fer à repasser, des plaques de cuisson, de la cheminée, des ampoules électriques ;
- Ne pas fumer au lit, ne pas attiser le feu avec un liquide inflammable, manipuler les produits chauds avec précaution, ne pas s'exposer au soleil entre 12 et 16h et limiter l'exposition, manipuler les produits caustiques avec des gants et des lunettes, éviter les risques d'électrisation.

h) Autre plaie

Une plaie est une brèche dans la peau provoquée par un traumatisme. La gravité sera évaluée en fonction de sa taille, sa profondeur, sa localisation et l'état de santé du patient.

Les signes cliniques (critères d'inclusion)

Les autres plaies (88) (89) (90) (91) (92) (93) non décrites peuvent être provoquées par tout objet tranchant (couteau, machine, débris de verre, ...) ou par un choc (chute de vélo, accident, coup).

Elles peuvent présenter un risque hémorragique ou des corps étrangers.

Elles peuvent être plus ou moins profondes :

- Une égratignure touchant les couches superficielles, avec des bords irréguliers et un faible saignement ; on parle alors de coupure superficielle.
- Une entaille (profondeur limitée à 5mm) à bords réguliers provoquant un saignement important et des douleurs intenses ; on parle alors de coupure profonde.

Une infection peut se manifester par une rougeur, une douleur et par la présence éventuelle de pus.

Les situations non prises en charge (critères de non-inclusion)

Une plaie trop profonde (>5mm), étendue (>15cm) ou ancienne (>6 semaines) ne peut être prise en charge par le protocole, tout comme les localisations à risque de complications (face et cou, ORL, mains ou pieds, organes génitaux) pouvant inclure une perte de sensibilité, ou les sujets à risques (grossesse, insuffisance rénale sévère, immunodépression, diabète, ...) (*cf. critères d'exclusion*)

En revanche d'autres plaies comme les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du pied diabétique et les moignons d'amputation sont plus complexes à gérer et souvent définies comme des plaies chroniques. Ainsi elles ne sont pas prises en charge dans le protocole.

Les risques secondaires

Des complications infectieuses peuvent survenir si la désinfection initiale est insuffisante, un mauvais suivi ou encore la présence de corps étrangers. Une infection systémique (fièvre, ganglions douloureux) doit faire réorienter vers le médecin.

De plus, des séquelles peuvent exister en cas de lésions nerveuses, tendineuses ou articulaires.

La surveillance et les règles hygiéno-diététiques

La cicatrisation intervient normalement après 2 à 4 semaines. Une plaie cicatrisée évolue pendant 6 à 18 mois, ainsi il est préférable de ne pas l'exposer au soleil, au risque de pigmenter définitivement.

Les pansements sont généralement à changer tous les jours pendant 2 à 3 jours puis tous les 2 jours si la plaie est propre.

Eviter de prendre des bains jusqu'à cicatrisation. Prendre une douche sans frotter la zone concernée, puis sécher la plaie en tamponnant avec une serviette.

Prévenir le risque de plaie :

- Ne pas laisser d'objet tranchant à portée de main, équiper les tables et meubles de protège-coins, apprendre aux enfants à ne pas claquer les portes et ne jamais laisser ses doigts dans l'encadrement ;
- Respecter les consignes d'utilisation des outils dangereux et se protéger avec des vêtements adaptés (gants, blouse, lunettes, casque) ;
- Porter un casque, des genouillères, des protège-coudes, des protège-poignets pour faire des sports à risque de chute.

C. Apprendre sur les actes techniques nécessaires pour la prise en charge du patient

a) Gestion d'une allergie/anaphylaxie

L'allergie (74) (76) est une hypersensibilité de l'organisme à des substances généralement inoffensives. Une fois sensibilisée, le système immunitaire de la personne réagit de façon excessive à l'allergène.

Les symptômes sont essentiellement cutanéomuqueux, respiratoires et cardiovasculaires, pouvant engager le pronostic vital.

La classification historique en quatre grades de Ring et Messmer n'a pas d'utilité pratique dans la prise en charge initiale de l'anaphylaxie et ne sont pas reprises dans les recommandations internationales.

Une anaphylaxie est possible en cas d'installation aiguë (minutes à heures) d'au moins deux des signes suivants :

- Atteinte cutanéomuqueuse (éruption généralisée, prurit, flush, œdème des lèvres/ de la langue/ de la luette)
- Atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe)
- Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes (syncope, collapsus, hypotonie, incontinence)
- Signes gastro-intestinaux (douleurs abdominales, vomissements)

Conduite à tenir :

- Reconnaître l'anaphylaxie, notamment augmentation de la pression artérielle et du pouls
- Appeler le 15
- En attendant le SMUR ou réanimateur
 - Position adaptée à l'état du patient, rassurer
 - Dyspnée : position semi-assise
 - Malaise conscient : allongé avec jambes surélevées
 - Trouble de la conscience : Position Latérale de Sécurité (PLS)
 - Injection précoce d'adrénaline en IM (tiers supérieur de la cuisse, face antérolatérale), sur prescription téléphonique du 15
 - Aucune contre-indication absolue !
 - 150 µg (enfants de 15 à 30kg)

- 300 µg (enfants et adultes > 30kg)
- Une seconde injection est possible dans les 5 à 15 minutes après la première, en l'absence d'amélioration clinique voire d'aggravation.

Tout patient victime d'anaphylaxie doit être hospitalisé pour surveillance, cela même en cas de régression rapide des symptômes.

Les corticoïdes et les antihistaminiques ne constituent pas le traitement d'urgence. Leur efficacité n'a jamais été démontrée. Les antihistaminiques ne sont efficaces que sur les symptômes cutanéomuqueux.

b) Gestion d'une brûlure

Dans le cas d'une brûlure (85), le premier réflexe est de refroidir la brûlure.

Dans les cas simples pris en charge par le protocole, il s'agira de refroidir durant environ 15 minutes (entre 5 et 15 minutes, jusqu'à cessation de la douleur) à 15 cm d'un filet d'eau à 15°C par ruissellement.

Dans des cas plus graves (étendu, 2^{ème} degré profond ou 3^e degré, zone sensible, localisation particulière, enfant, ...), il faudra également refroidir pendant 5 minutes en soutenant la victime, afin d'éviter toute hypothermie (choc thermique). Les urgences doivent être prévenues, la victime allongée et surveillée.

En cas de brûlure chimique, il est toujours nécessaire de rincer abondamment et de contacter le centre antipoison.

c) Gestion d'une plaie traumatique

Lors d'une plaie simple, la priorité est de nettoyer et d'aseptiser en partant du centre vers l'extérieur de la plaie (94) .

Les corps étrangers de type petits débris/éclats, seront retirés à la pince à épiler, mais des corps étrangers de type arme/projectile/outil ne seront pas retirés pour éviter une hémorragie (93).

En cas de plaie grave, la personne sera mise en position d'attente et les urgences prévenues.

- Plaie à l'abdomen : position allongée et genoux fléchis pour détendre la sangle abdominale (attention en descendant la victime, faire glisser le long des bras et aider avec un genou) ;

- Plaie au thorax : position semi-assise pour faciliter la respiration ;
- Plaie à l'œil : bloquer la tête vers le haut pour éviter la perte de liquide oculaire, allonger et couvrir les yeux

d) Gestion d'une hémorragie

Une hémorragie peut être interne, interne extériorisée ou externe. Dans le cadre du protocole, elles seront uniquement externes.

On observera un jaillissement sanguin lorsqu'une artère sera touchée et plutôt un écoulement en cas de veine touchée.

L'urgence (94) (92) est de comprimer localement l'endroit de l'hémorragie et d'allonger la victime en maintenant la compression si l'hémorragie est importante pour éviter la perte de connaissance. On peut couvrir la victime pour éviter l'état de choc.

Un tampon relai peut être mis en place en cas de complications. Celui-ci permet de ne pas couper la circulation sanguine, à la différence du garrot. Cette technique nécessite une épaisseur quelconque (tissus, paquet de mouchoir, portefeuille, ...) posé sur la blessure et autour de laquelle un lien va venir serrer. En cas d'objets dans la plaie, deux tampon relai seront posés en amont et en aval de la blessure.

e) Gestion d'un malaise

Le malaise (95) se caractérise par de multiples symptômes désagréables (douleurs, difficulté respiratoire, angoisse, sueur, agitation, pâleur, rougeur, ...) chez une personne consciente. Il conviendra d'alerter les urgences si besoin et d'inciter la personne à s'allonger ou rester en position semi-allongée. Il est possible de donner un peu d'eau, de découvrir la victime si besoin.

- Hypoglycémie : boisson sucrée à donner ;
- Crise convulsive : amortir la chute, protéger la victime de l'environnement.

f) Gestion d'une perte de connaissance

La perte de connaissance (95) met en jeu la fonction nerveuse. On distingue :

- Somnolence : réaction à la parole, capable d'effectuer des gestes simples ;

- Inconscience légère : pas de réaction à la parole, réaction à la douleur ;
- Inconscience profonde : pas de réaction à la parole, pas de réaction à la douleur, modification des pupilles.

Il est possible d'examiner la fonction nerveuse en posant des questions simples et des ordres simples. Ensuite, vérifier la respiration en libérant les voies aériennes. Toujours surveiller les constantes (50 à 80 battements par minute et 12 à 20 respirations par minute chez l'adulte). Si la personne respire, placer en Position Latérale de Sécurité, sinon débiter une réanimation.

g) Nettoyage et antisepsie

Avant tout, un nettoyage des mains doit être effectué minutieusement (à l'eau savonneuse, ou avec du gel hydroalcoolique) et/ou ports de gants.

Le nettoyage (94) sera composé d'un nettoyage à l'eau savonneuse tempérée ou au sérum physiologique pour éliminer le sang, les débris, les salissures et les différents germes. Ensuite la plaie sera rincée et les bords séchés, car certains antiseptiques locaux peuvent être inactivé en contact avec le savon. L'antisepsie s'effectue avec une compresse et un antiseptique en partant du centre vers l'extérieur de la plaie. Pour les soins effectués ensuite par le patient, il n'est pas recommandé d'utiliser un antiseptique en systématique.

h) Retrait de corps étrangers

Un corps étranger est un fragment qui se place sous la peau ou dans une plaie (éclats de bois, épines de plantes, cailloux, éclat de verre, débris de plastiques, pièces métalliques, ...). Le risque est infectieux. Attention un corps étranger de grande taille peut endommager des structures avoisinantes (vaisseau, nerf, tendon), ne doit pas être retiré et nécessite un avis médical (93).

Les corps étrangers seront retirés grâce aux nettoyage minutieux de la plaie. Si besoin une pince à épiler permettra d'éliminer délicatement les restes de corps étrangers.

- Après lavage des mains : nettoyage de la plaie, désinfection de la pince à épiler ;
- Dans un endroit éclairé ;
- Retrait en suivant l'angle d'insertion du corps étranger ;

- Désinfection supplémentaire après retrait.

i) Pose de bandelettes adhésives

Dans le cas d'une plaie peu profonde, peu étendue, propre et aux bords nets, alors il est possible de poser des bandelettes adhésives de suture afin de rapprocher les bords et favoriser la cicatrisation (92).

- Après lavage des mains, nettoyage de la plaie ;
- Mettre une première bandelette adhésive au centre et perpendiculaire à la coupure tout en maintenant ses bords rapprochés ;
- Poser les autres bandelettes sur la plaie parallèlement à la première à une distance de 3 millimètres environ ;
- Appliquer deux bandelettes adhésives de part et d'autre de la coupure, parallèles à elle et collées sur les précédentes.

j) Retrait de tique

Immédiatement après avoir découvert la morsure de tique, il est nécessaire d'extraire la tique encore en place et ce dans les 24 à 36h dans l'idéal (72). Tout produit (éther, alcool, ...) doit être contre-indiqué, car pourrait faire régurgiter la tique (qui pourrait transmettre certaines maladies). De plus, la pince à épiler n'est pas recommandée en raison du risque d'arrachement corps/tête.

- Utiliser le tire-tique adapté à la taille ;
- Placer le tire-tique entre la peau et la tique ;
- Faire des mouvements de rotation circulaire ;
- Désinfecter après retrait.

k) Retrait de dard et sac à venin

En cas de piqûre d'abeille (74), le dard (ressemblant à un point noir) doit être éliminé le plus rapidement possible avec précaution, en glissant parallèlement à la surface de la peau avec l'ongle, le bord lisse non tranchant d'un objet plat (carte, spatule, couteau). Une pince à épiler ne doit pas être utilisée car pourrait atteindre la glande à venin et libérer le venin. Si le dard n'est pas présent, la glande à venin

seule peut être retirée de la même façon. Ensuite, il convient de désinfecter minutieusement. La pompe à venin n'a pas prouvé son efficacité.

l) Vaccination contre le tétanos :

Rappel sur le calendrier vaccinal :

- Primo-vaccination (deux injections suivies d'un rappel) obligatoire pour tous les enfants nés à compter du 1er janvier 2018 ;
- Nourrissons (2, 4 et 11 mois) : vaccin combiné hexavalent (D, T, Ca, P, Hépatite B, Haemophilus influenzae type B) ;
- 6 ans : vaccin combiné contenant la valence coqueluche acellulaire (Ca) et les valences tétanique et diphtérique à dose complète d'anatoxine diphtérique et d'antigènes coquelucheux (D, T, Ca, P) ;
- Entre 11 et 13 ans : vaccin combiné contenant des doses réduites d'anatoxine diphtérique et d'antigènes coquelucheux (d, T, ca, P) ;
- Adulte : 25 ans [à cet âge, le vaccin, inclura la valence coqueluche à dose réduite (ca) chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des cinq dernières années (d, T, ca, P), sinon (d, T, P)] + 45 ans + 65 ans puis tous les 10 ans [vaccin à dose réduite d'anatoxine diphtérique combiné à l'anatoxine tétanique et aux antigènes poliomyélitiques (d, T, P)].

Diphtérie / Tétanos	vaccin disponible sur demande d'une ATU nominative
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite	Revaxis® (valences dTP)
Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Poliomyélite	Enfants (valences DTCaP) : InfanrixTetra® / Tétravac-acellulaire® Adolescents et adultes (valences dTcaP) : BoostrixTetra® / Repevax®
Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Poliomyélite / Haemophilus influenzae b	InfanrixQuinta® Pentavac®
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche / Haemophilus influenzae b / Hépatite B	Infanrix Hexa® Hexyon® Vaxelis®

Figure 33 : Vaccins disponibles contre le tétanos, tableau du calendrier vaccinal 2023

Une blessure nécessite une vérification de statut vaccinal du patient. Une personne à jour de ces vaccins reste protégée et aucune vaccination contre le tétanos est nécessaire. En revanche, une personne qui ne serait pas à jour de ses vaccins, notamment contre le tétanos, doit être vaccinée immédiatement. Dans le cas où la plaie est définie comme majeure (étendue, pénétrante, présence de corps étrangers ou traitée tardivement) ou susceptible d'être contaminée par des germes

d'origine tellurique, le patient doit aussi recevoir une injection d'immunoglobuline tétanique humaine dans le deuxième bras.

Type de blessure	Personne à jour de ses vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur*	Personne non à jour
Mineure, propre	Pas d'injection. Préciser la date du prochain rappel.	Administration immédiate d'une dose de vaccin contenant la valence tétanique*** Proposer si nécessaire un programme de mise à jour et préciser la date du prochain rappel***.
Majeure** ou susceptible d'avoir été contaminée par des germes d'origine tellurique	Pas d'injection. Préciser la date du prochain rappel.	Dans un bras, immunoglobuline tétanique humaine 250 UI. Dans l'autre bras, administration d'une dose de vaccin contenant la valence tétanique***. Proposer si nécessaire un programme de mise à jour et préciser la date du prochain rappel***.

[*] Personnes âgées de moins de 65 ans ayant reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de vingt ans. Personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu une dose de vaccin contenant une valence tétanique depuis moins de dix ans.

[**] Plaque majeure : plaie étendue, pénétrante, avec corps étranger ou traitée tardivement.

[***] Outre la prévention immédiate du tétanos, l'administration d'anatoxine tétanique doit s'inscrire dans une optique de mise à jour du statut vaccinal de la personne concernée en utilisant un vaccin trivalent (dTP) voire quadrivalent (dTPca). La personne vaccinée devra être informée de la nécessité éventuelle de compléter la mise à jour de ses vaccinations et de la date de son prochain rappel, en application des recommandations du calendrier vaccinal.

Figure 34 : Prévention du tétanos et recommandations de prise en charge des plaies, tableau du calendrier vaccinal 2023

m) Vaccination contre la rage :

La vaccination contre la rage est recommandée pour les chiroptérologues et les personnes régulièrement exposées aux virus de la rage des chauves-souris en France métropolitaine.

En post-exposition, l'évaluation de la nécessité du traitement et sa mise en œuvre ne sont assurées que dans les centres de vaccination antirabique et selon les recommandations de la HAS.

La nature du contact détermine la conduite à tenir en raison d'un risque différent selon le contact (cf. figure 36). L'OMS détermine la prophylaxie nécessaire en fonction de la catégorie de risque et du statut vaccinal de la personne. La prophylaxie nécessite toujours un lavage de la plaie, parfois une vaccination selon un schéma précis et dans un cas précis une injection d'immunoglobulines antirabiques. (cf. figure 37)

Rage	Vaccin rabique Pasteur® Rabipur®
------	-------------------------------------

Figure 35 : Vaccins disponibles contre la rage, tableau du calendrier vaccinal 2023

Catégorie	Nature du contact avec un animal sauvage ou domestique présumé enragé, ou dont la rage a été confirmé
I	Contact ou alimentation de l'animal Léchage sur peau intacte
II	Peau découverte mordillée Griffure bénignes ou excoriations sans saignements Léchage sur peau érodée
III	Morsure(s) ou griffure(s) ayant traversé la peau Contamination muqueuse par la salive (léchage)

Figure 36 : Niveaux de risque d'exposition au virus de la rage par catégorie d'après la World Health Organization, recommandations HAS, 2018

	Exposition de catégorie I	Exposition de catégorie II	Exposition de catégorie III
Individus jamais encore immunisés quel que soit le groupe d'âge	Lavage des surfaces cutanées exposées. Aucune PPE n'est requise.	Lavage de la plaie et vaccination immédiate : • Injections ID en 2 sites aux jours 0, 3 et 7 ou • Injections IM en 1 site aux jours 0, 3, 7 et entre 14 et 28 jours ou • Injections IM en 2 sites au jour 0 et en 1 site aux jours 7, 21 Les immunoglobulines antirabiques ne sont pas indiquées.	Lavage de la plaie et vaccination immédiate : • Injections ID en 2 sites aux jours 0, 3 et 7 ou • Injections IM en 1 site aux jours 0, 3, 7 et entre 14 et 28 jours ou • Injections IM en 2 sites au jour 0 et en 1 site aux jours 7, 21 L'administration d'immunoglobulines antirabiques est recommandée
Individus précédemment immunisés quel que soit le groupe d'âge	Lavage des surfaces cutanées exposées. Aucune PPE n'est requise.	• Lavage de la plaie et vaccination immédiate : • Injections ID en 1 site aux jours 0 et 3 • Injections ID en 4 sites au jour 0 • Injections IM en 1 site aux jours 0 et 3 • Les immunoglobulines antirabiques ne sont pas indiquées.	Lavage de la plaie et vaccination immédiate : • Injections ID en 1 site aux jours 0 et 3 • Injections ID en 4 sites au jour 0 • Injections IM en 1 site aux jours 0 et 3 Les immunoglobulines antirabiques ne sont pas indiquées.

Figure 37 : Prophylaxie post exposition au virus de la rage par catégorie d'après la World Health Organization, recommandations HAS, 2018

n) Rattrapages de vaccination

Caractéristiques générales des rattrapages vaccinaux :

- Toutes les doses de vaccins reçues comptent ;
- Possibilité de réaliser jusqu'à quatre injections au cours d'une séance de vaccination ;
- Utiliser des sites différents lors d'injections multiples ;

- Tous les vaccins peuvent être administrés le même jour ou à n'importe quel intervalle à l'exception des vaccins vivants viraux qui doivent être administrés le même jour ou à 4 semaines d'intervalle ;
- Il n'est pas dangereux d'administrer un vaccin à une personne éventuellement déjà immune vis-à-vis de la maladie concernée, mais la réalisation d'un TROD tétanos est le moyen utile choisi par ce protocole pour déterminer la protection vis-à-vis du tétanos d'une personne ne connaissant pas son statut vaccinal (évite les injections de gamma-tétanos inutiles à risque, plus efficace que l'anamnèse) :
 - Patient porteur d'un certificat de vaccination
 - OUI
 - A jour : pas de prévention vaccinale
 - Non à jour :
 - Plaie propre : vaccination
 - Plaie à risque tétanigène* : vaccination + Immunoglobulines humaines anti-tétaniques (250 UI)
 - NON → TROD tétanos
 - Positif : immunisé, pas de prévention vaccinale
 - Négatif : patient non immunisé
 - Plaie propre : vaccination
 - Plaie à risque tétanigène* : vaccination + Immunoglobulines humaines anti-tétaniques (250 UI)

* Toute morsure de mammifère, présence de corps étranger, plaie souillée/susceptible d'avoir été en contact avec la terre, prise en charge > 20h, brûlure.

- Déterminer, pour chaque valence, le nombre de doses que la personne aurait dû recevoir en tenant compte de l'âge au moment du rattrapage, des doses antérieures reçues avec preuve de vaccination en s'assurant que l'intervalle minimal entre les doses antérieures reçues (primo-vaccination et rappel) a bien été respecté et ce indépendamment de l'ancienneté des doses administrées ;

- Etablir un programme de rattrapage en débutant préférentiellement par les vaccins protégeant contre les maladies infectieuses invasives et/ou ceux nécessitant plusieurs doses, tout en respectant l'intervalle minimal entre chaque dose.

Vaccins	nécessaires incluant les doses reçues antérieurement	Intervalle minimal entre la dose 1 et la dose 2	Intervalle minimal entre la dose 2 et la dose 3	Prochain rappel
Age au moment du rattrapage : 2 mois – 1 an				
DTCaP	3	2 mois	6 mois	A 6 ans
Age au moment du rattrapage : 1 an – 5 ans				
DTCaP	3	2 mois	6 mois	A 6 ans (ou 11-13 ans si dernière injection à l'âge de 4 ans ou plus)
Age au moment du rattrapage 6 ans – 13 ans				
DTCaP	3	2 mois	6 mois	A 11-13 ans (ou 25 ans si dernière injection à l'âge de 11 ans ou plus) Puis recalage sur calendrier avec rappel à 25 ,45 ans, 65, 75 ans, etc...
Age au moment du rattrapage ≥ 14 ans				
DTCaP	3 dont 2 de dTP	2 mois	6 mois	≥ 5 ans après un rappel DTCaP/ dTcaP/dTP Recalage sur calendrier avec rappel à 25 ,45, 65, 75 ans, etc...

Figure 38 : Nombre de doses nécessaires et intervalle minimal à respecter selon l'âge lors du rattrapage chez un patient en population générale dont le statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu, calendrier vaccinal 2023

		Âge lors de la consultation																				
		25/29	30/34	35/39	40/44	45 ans	46/49	50/54	55/59	60/64	65 ans											
Âge lors du dernier rappel effectué	15/19	puis 45	puis 45	puis 45	puis 65	puis 65	puis 65	puis 65	puis 65	puis 75	puis 75	Âge lors du dernier rappel effectué	15/19	puis 75	puis 85	puis 85	puis 85	puis 95	puis 95	puis 95	puis 105	puis 105
	20/24	45	45	45	45	??	??	??	??	??	??		20/24	??	??	??	??	??	??	??	??	??
	25/29	??	??	??	??	??	??	??	??	??	??		25/29	??	??	??	??	??	??	??	??	??
	30/34	⊗	??	??	??	??	??	??	??	??	??		30/34	??	??	??	??	??	??	??	??	??
	35/39	⊗	⊗	??	??	??	??	??	??	??	??		35/39	??	??	??	??	??	??	??	??	??
	40/44	⊗	⊗	⊗	65	65	65	65	65	65	??		40/44	??	??	??	??	??	??	??	??	??
	45/49	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	??	??	??	??	??		45/49	??	??	??	??	??	??	??	??	??
	50/54	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	??	??	??	??		50/54	??	??	??	??	??	??	??	??	??
Âge lors du dernier rappel effectué	55/59	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	??	??	??	Âge lors du dernier rappel effectué	55/59	??	??	??	??	??	??	??	??	??
	60/64	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	75	75		60/64	75	75	??	??	??	??	??	??	??
													65/69	??	??	??	??	??	??	??	??	??
													70/74	⊗	85	85	85	85	??	??	??	??
													75/79	⊗	⊗	??	??	??	??	??	??	??
													80/84	⊗	⊗	⊗	95	95	95	95	??	??
													85/89	⊗	⊗	⊗	⊗	95	95	95	105	105
														90/94	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	105	105

Rappel immédiat puis prochain rendez-vous vaccinal

Rappel à effectuer au prochain rendez-vous vaccinal

↓ : Nouveaux rendez-vous vaccinaux à âge fixe (n)

Figure 39 : Tableau de transition entre ancien et nouveau calendrier vaccinal de l'adulte introduit en 2013 (rappels dTP et dTcaP), calendrier vaccinal 2023

o) Utilisation de TROD

Dans le cadre du protocole de coopération, il a été choisi de réaliser un Test Rapide d'Orientation au Diagnostic pour vérifier le statut immunitaire vis-à-vis du tétanos d'une personne qui n'aurait pas en sa possession son carnet de vaccination. Pour rendre cela possible, j'ai pu être en contact avec le Dr Joseph Couloch'h, président de AAZ. Ce fabricant français dans le domaine des tests de diagnostic a souhaité commercialiser son test TetaQuick® en boîte de 10 tests pour le rendre accessible aux professionnels délégués dans le cadre du protocole de coopération.

Ce test permet de justifier une vaccination et/ou l'injection d'immunoglobulines anti-tétaniques. A l'inverse, possédant tous deux des inconvénients, un test positif confirmerait une protection vis-à-vis du tétanos et permettrait d'éviter une vaccination et/ou l'injection d'immunoglobulines anti-tétaniques.

TetaQuick® est un test immunochromatographique en phase solide pour la **détection rapide et qualitative des anticorps dirigés contre le *Clostridium tetani*** dans le sang total, le sérum ou le plasma humain. Ce test **permet la détermination du statut immunitaire vis-à-vis du tétanos**.

Ce test peut être utilisé pour la prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS.

Kit complet : cassette, pipette, flacons tampon, lancettes, tampons d'alcool

Conditionnement : boîtes de 10 tests

Code EAN : 3 770011 742653



Figure 40 : Description du test TetaQuick® sur le site internet de AAZ, 2024

La notice d'utilisation nous est fournie par le laboratoire. Elle reprend notamment un rappel de la maladie et les difficultés d'accès au statut vaccinal réel d'une personne, le principe du test (test immunochromatographique, détection des anticorps dirigés contre *Clostridium tetani*, dans le sang total), le matériel, la procédure de réalisation du test, l'interprétation des résultats, les performances (Sensibilité 98,6%, spécificité 98,8%) ainsi que des références de littérature.

Cf. annexe 2 : Notice d'utilisation du test TetaQuick®

L'Académie nationale de Pharmacie a apporté quelques recommandations en 2017 concernant les TROD et autotests en officine (96) en raison du développement des technologies, du rôle essentiel du pharmacien dans ce parcours de soins, d'une démarche de prévention et d'implication des patients, d'une précocité de la prise en charge et de l'avancée en matière de santé publique. En revanche, les tests disponibles en officine doivent avoir une pertinence clinique, les pharmaciens d'officine doivent être formés et la qualité des tests mieux évaluée. L'Académie de pharmacie recommande notamment aux pouvoirs publics d'augmenter le niveau d'exigence d'assurance qualité des tests et de faire évoluer la liste des TRODs autorisés en officine, dont le TROD « recherche d'anticorps antitétaniques » ; les TRODs « angine », « grippe », « tests urinaires » ou kit de dépistage du cancer colorectal également cités sont actuellement disponibles et réalisables via un pharmacien d'officine.

Concernant le TROD de détection des immunoglobulines anti-tétaniques, une étude de 2019 (97) a permis une analyse d'articles européens rédigés par des services d'urgence. La plupart des tests confirment l'intérêt en terme de coûts et d'avantages (rapide, facile, disponible, peu invasif, reproductible). Ces TRODs permettent d'éviter une revaccination et l'injection d'immunoglobulines antitétaniques et donc un surcoût. Il est rappelé que l'anamnèse liée au statut vaccinal n'est pas fiable et que l'utilisation d'un TROD semble logique. D'ailleurs, une étude de validité du TROD « Tetanus Quick Test » l'a comparé à l'anamnèse (98). La sensibilité du TROD était de 93% et sa spécificité de 94% tandis que la sensibilité de l'anamnèse était de 41% et sa spécificité de 85%, permettant de considérer le TROD comme nettement supérieur à l'anamnèse pour confirmer le statut immunitaire des patients. En 2002, une étude française a comparé le TROD « Tetanus Quick Test » à la technique de référence ELISA (99) et a permis de valider l'utilisation du TROD aux urgences comme test diagnostique. En effet, sur un échantillon de 300 patients admis en urgence, la concordance des résultats entre le test ELISA et le TROD était de 91% (laboratoire de Saint Denis). En 2005, un autre article décrit l'insertion d'un TROD tétanos dans les services d'urgence français (100) et indique que le TROD est l'outil le plus sensible et le plus spécifique pour déterminer une conduite prophylactique anti-tétanique aux urgences. Une étude prospective incluant des patients âgés de plus de 65 ans en ambulatoire dans un centre gériatrique à Marseille (101) démontre l'efficacité du TROD dans les services d'urgence. D'après

cette étude, l'extension en ville de l'utilisation des TROD pourrait permettre une amélioration de la prise en charge des patients à risque tétanique.

À REMPLIR TOUT BLESSÉ		OUI	NON	Étiquette patient
*Possède-t-il un certificat de vaccination ?.		☐	☐	
**Données démographiques :				
- Né dans 1 pays émergent et immigré en France après l'âge de 15 ans		☐	☐	
Age > 65 ans, (quels que soient pays de naissance et sexe)		☐	☐	
***Existe-t-il un risque tétanigène?		☒	☒	
1. Dû au mécanisme de la blessure:				
Morsure, griffure	☒	☒		
Brûlure	☒	☒		
Plaie chronique	☒	☒		
Plaie de jardinage	☒	☒		
Plaie punctiforme profonde	☒	☒		
Corps étranger difficile à nettoyer	☒	☒		
Mécanisme inconnu ou non évaluable	☒	☒		
Autre	☒	☒		
(précisez) :				
2. Dû au contact avec le sol / terre :		☒	☒	
3. Âge de la blessure > 6 heures		☒	☒	
SI 1 CASE ROUGE EST COCHÉE faire le test rapide d'immunisation				
		SI TEST POSITIF Patient immunisé. Pas de GAT°, et suivi du calendrier de vaccination par le médecin traitant		
		SI TEST NÉGATIF ° GAT et mise à jour de la VAT°°		
Modalités d'administration:				
°GAT: Gammaglobulines antitétaniques: 250 UI par voie intramusculaire. Produit soumis à la traçabilité et accompagné d'une information sur les dérivés du sang. °°VAT: vaccination antitétanique = 1 dose par voie SC ou IM				

Figure 41 : Algorithme déterminant la prophylaxie antitétanique aux urgences et utilisation de Test Rapide d'Immunisation, Elkharrat, 2005

Un autre TROD est en développement par AAZ concernant la contamination d'une tique par *Borrelia*. Ce test pourrait avoir un intérêt afin de connaître l'état d'infection de la tique et justifier un contrôle régulier et minutieux de l'apparition d'un érythème migrant ou de symptômes grippaux. En revanche, dans le cadre du protocole, le test ne serait pas proposé en systématique mais proposé en supplément au patient (à sa charge, statut d'autotest) s'il souhaite connaître l'état d'infection de la tique qui l'a mordu. Il nécessite la présence de la tique retirée par le patient lui-même ou par le pharmacien. Un test positif permettrait d'expliquer au

patient d'être très vigilant sur l'apparition de signes cliniques de maladie de Lyme, vigilance nécessaire dans tous les cas.

La notice d'utilisation est également fournie par le laboratoire, avant commercialisation. Elle reprend notamment un rappel de la maladie, le principe du test (test immunochromatographique, détection des bactéries *borrelia* dans la tique), le matériel, la procédure de réalisation du test, l'interprétation des résultats, les performances (Sensibilité 90%, spécificité 97,75%) ainsi que des références de littérature.

Cf. annexe 3 : Notice d'utilisation du test TROD'TIQUE®

D. Synthétiser les caractéristiques des médicaments prescrits dans le cadre du protocole (102)

a) Antiseptiques

Alcool benzylique 4%/Benzalkonium chlorure 0.025%/Chlorhexidine gluconate 0.25% (BISEPTINE®) :

- Antiseptique à large spectre, bactéricide, fongicide + propriétés détergentes + action légèrement anesthésique et analgésique locale ;
- Indiqué dans l'antisepsie des plaies chirurgicales et traumatiques peu profondes, traitement d'appoint des affections dermatologiques primitivement bactériennes ou susceptibles de se surinfecter ;
- 1 application 1 à 2 fois par jour, éviter l'accumulation dans les plis cutanés, laisser sécher avant application d'un pansement occlusif ;
- Contre-indication pour application oculaire, sur les muqueuses, dans le conduit auditif ;
- Arrêt en cas d'apparition de réaction sévère d'hypersensibilité ;
- Interaction avec d'autres antiseptiques ou savon.

Solution concentrée d'hypochlorite de sodium (DAKIN®) :

- Antiseptique chloré à large spectre, bactéricide, fongicide et virucide ;
- Indiqué dans l'antisepsie de la peau, des muqueuses et des plaies ;
- 1 application en bain de 3 minutes 3 fois par jour (utilisable en lavage, bains locaux ou compresses imbibées), laisser sécher après application ;
- Contre-indication pour application oculaire

- Arrêt en cas d'apparition de réaction sévère d'hypersensibilité ;
- Interaction avec d'autres antiseptiques ou savon.

b) Antihistaminique

Desloratadine (AERIUS®) :

- Antihistaminique non sédatif (antagoniste sélectif sur les récepteurs H1 périphériques), d'action prolongée ;
- Indiqué en cas de rhinite allergique ou d'urticaire ;
- Comprimé pelliculé dosé à 5mg, indiqué chez l'adulte et l'adolescent de plus de 12 ans ;
- Solution buvable dosée à 0,5mg/mL, indiquée chez l'adulte et l'enfant de plus de 1 an (2.5mL chez l'enfant de 1 à 5 ans, 5mL chez l'enfant de 6 à 11 ans) ;
- Prise par voie orale à n'importe quel moment, 1 fois par jour ;
- Effets indésirables : céphalées, asthénie, sécheresse buccale ;
- *Précaution d'emploi chez l'insuffisant rénal sévère, en cas d'antécédents de convulsions ;*
- *Eviter en cas de grossesse et allaitement.*

c) Corticoïde

Hydrocortisone 1% :

- Dermocorticoïde d'activité faible ;
- Crème concentrée à 1%, indiquée pour piqûres d'insectes ;
- 1 application 1 à 2 fois par jour, en touches espacées puis étalé en massant légèrement jusqu'à pénétration complète, se laver les mains après application ;
- Contre-indications : infections primitives bactériennes, virales, fongiques ou parasitaires, lésions ulcérées, acné, rosacée ;
- Arrêt en cas d'apparition de réaction sévère d'hypersensibilité ;
- *Précaution d'emploi en cas de grande surface (effets systémiques possibles).*

d) Antibiotiques/Antiparasitaire

Amoxicilline/Acide clavulanique (AUGMENTIN®) :

- Antibiotique de la famille de bêta-lactamines, inhibe les enzymes de la voie de biosynthèse des peptidoglycanes bactériens + inhibe les bêta-lactamases évitant l'inactivation de l'amoxicilline ;
- Indiqué chez l'adulte et chez l'enfant dans les infections de la peau et des tissus mous ;
- Comprimé pelliculé ou poudre pour suspension buvable dosée à 1g d'amoxicilline et 125mg d'acide clavulanique, chez l'adulte et l'enfant de plus de 40kg, posologie de 1000mg/125mg 3 fois par jour ou 2 fois par jour ;
- Poudre pour suspension buvable, chez l'enfant de moins de 40kg, posologie de 40mg/5mg/kg/j à 80mg/5mg/kg/j en 3 prises ;
- Prise en début de repas pour éviter le risque d'intolérance gastro-intestinale et améliorer l'absorption intestinale ;
- Modalités de reconstitution ou dispersion dans un demi-verre d'eau à expliquer ;
- Contre-indications : antécédents de réaction d'hypersensibilité immédiate sévère à une bêta-lactamine (pénicilline, céphalosporine, carbapénème, monobactame), antécédents d'ictère ou d'atteinte hépatique liée à l'amoxicilline/acide clavulanique ;
- Effets indésirables : diarrhées, nausées, vomissements, candidose cutanéomuqueuse ;
- *Eviter en cas de grossesse et allaitement.*

Doxycycline :

- Antibiotique de la famille des tétracyclines, inhibe la synthèse protéique bactérienne ;
- Indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans dans certaines infections ;
- Comprimés pelliculés dosé à 100mg, posologie de 100mg deux fois par jour chez l'adulte et l'adolescent de plus de 12 ans, posologie de 4mg/kg/j en deux prises chez l'enfant entre 8 et 12 ans ;
- Prise au milieu du repas, 1h avant le coucher ;
- Contre-indications : association avec rétinoïdes, femme enceinte, femme allaitante ;
- Effets indésirables : réactions de photosensibilisation, hypertension intracrânienne, décoloration dentaire, troubles digestifs et risque d'œsophagite.

Pristinamycine (PYOSTACINE®) :

- Antibiotique de la famille des streptogramines ;
- Indiqué chez l'adulte et l'enfant dans les infections de la peau et des tissus mous ;
- Comprimé pelliculé dosé à 250mg ou 500mg, posologie de 1g 2 à 3 fois par jour chez l'adulte ou 50mg/kg/j en 2 ou 3 prises chez l'enfant ;
- Prise au milieu du repas, possible d'écraser les comprimés ;
- Contre-indications : antécédents d'éruptions graves, allergie au blé, administration concomitante de colchicine, femme allaitante ;
- Effets indésirables : pesanteur gastrique, vomissements, diarrhées, nausées, rash.

Mupirocine (MUPIDERM®) :

- Antibiotique à usage topique, inhibe la synthèse des protéines bactériennes ;
- Pommade concentrée à 2%, indiquée dans les infections de la peau dues à un staphylocoque ou un streptocoque (impétigos de dermatoses impétiginisées) en traitement local uniquement dans les formes localisées à petit nombre de lésions ou en traitement local d'appoint en association avec une antibiothérapie générale dans les formes plus étendues ;
- 2 à 3 applications par jour après nettoyage de la surface infectée, possible de recouvrir d'une gaze stérile ou tout autre pansement occlusif ;
- Contre-indications : allergie à la mupirocine ou au polyéthylène-glycol, en application sur les seins en cas d'allaitement ;
- Effets indésirables : picotements ou brûlures locales.

Benzoate de Benzyle (ASCABIOL®) :

- Antiparasitaire externe actif sur les acariens, sarcoptes de la gale et aoûtats ;
- Emulsion concentrée à 10%, indiquée chez l'adulte et l'enfant de plus de 1 mois dans la trombidiose automnale (aoûtats) ;
- Appliquer au moyen d'un coton tige sur les lésions à 1 ou 2 reprises ;
- Effets indésirables : réactions allergiques et/ou irritation locale, sensation de brûlure ;
- *Ne pas utiliser près de flammes car inflammable ;*
- *Ne pas appliquer sur les muqueuses ;*
- *Ne pas utiliser chez la femme allaitante.*

e) Antalgiques

Paracétamol :

- Antalgique et antipyrétique, mécanisme d'action central et périphérique ;
- Indiqué chez l'adulte et chez l'enfant dans les douleurs d'intensité légère à modérée et/ou états fébriles ;
- 1g 3 par jour à renouveler toutes de 6h chez l'adulte ou 60mg/kg/j chez l'enfant en 3 à 4 prises ;
- Contre-indications : insuffisance hépatocellulaire sévère.

Paracétamol 500mg/codéine 30mg :

- Antalgique et antipyrétique, mécanisme d'action central et périphérique associé à un opioïde antalgique à faible action centrale en agissant sur les récepteurs opioïdes μ ;
- Indiqué chez les patients de plus de 12 ans pour des douleurs aiguës d'intensité modérée qui ne peuvent pas être soulagées par d'autres antalgiques comme le paracétamol ou l'ibuprofène seul ;
- De 31 à 50kg (soit de 12 à 15 ans), 1 comprimé toutes les 6 heures jusqu'à 4 par jour ;
- > 50kg (soit de 15 à 18 ans) et adulte, 1 à 2 comprimés toutes les 6 heures jusqu'à 6 par jour ;
- Soit 60mg/kg/j de paracétamol en 4 prises et 3mg/kg/j de codéine en 4 prises ;
- Contre-indications : enfant de moins de 12 ans, insuffisance hépato-cellulaire sévère, patient asthmatique et insuffisant respiratoire, patients <18 ans après amygdalectomie et/ou adénoïdectomie dans le cadre d'un syndrome d'apnée du sommeil, patients connus pour être métaboliseurs ultra-rapides du CYP2D6, femme allaitante ;
- Effets indésirables : constipation, nausées, vomissements, fatigue, étourdissements, sensation de tête vide, confusion, somnolence, céphalées, accès de transpiration et rétention urinaire ;
- Attention au risque sédatif avec l'utilisation concomitante de médicaments sédatifs ;
- Une utilisation régulière et prolongée de codéine induit un phénomène d'addiction et d'accoutumance (agitation et irritabilité à l'arrêt) ;

- Un surdosage peut entraîner une dépression du système nerveux central dont dépression respiratoire, myosis, nausées et vomissements.

Ibuprofène :

- Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) avec activité antalgique, antipyrétique, anti-inflammatoire et d'inhibition de courte durée des fonctions plaquettaires par inhibition de la synthèse des prostaglandines ;
- Indiqué dans le traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles ;
- Suspension buvable 20mg/ml : 30mg/kg/j en 3 prises par jour, espacées de 8h en systématique pour éviter les oscillations de douleur ou de fièvre. Pipette graduée en kg délivrant une dose de 10mg/kg ;
- Comprimé 200mg : de 6 à 11 ans (20 à 30kg), 1 prise 3 fois par jour, espacées de 6h sans dépasser 3 comprimés par jour (avec un grand verre d'eau, de préférence au cours du repas ;
- Contre-indications : antécédents de manifestations d'hypersensibilité à la prise d'ibuprofène, aspirine ou autres AINS (asthme, rhinite, œdème de Quincke, urticaire), ulcère peptique évolutif ou d'hémorragie récurrente, antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un traitement par AINS, hémorragie gastro-intestinale ou cérébro-vasculaire, insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique, lupus érythémateux disséminé.

f) Médicament d'urgence

Adrénaline (EPIPEN*) :

- Sympathomimétique d'action directe agissant sur les récepteurs alpha et bêta adrénergiques (augmentation de la fréquence cardiaque, force de contraction, vasoconstriction cutanée et bronchodilatation) ;
- Indiqué dans le traitement d'urgence des réactions allergiques sévères provoquées par des morsures ou piqûres d'insectes, des aliments, des médicaments ou tout autres allergènes ainsi que dans les chocs anaphylactiques ;
- Solution injectable en stylo-pré-rempli dosé à 0,30mg/0,3mL (adulte et enfants de plus de 30kg) ou 0,15mg/0,3mL (enfants entre 15 et 30kg) ;

- Injection intramusculaire dans la face antérolatérale de la cuisse (à travers le pantalon dès l'apparition des symptômes de choc anaphylactique, en absence d'amélioration ou en cas d'aggravation, une nouvelle administration peut être nécessaire 5 à 15 minutes après) ;
- Vérifier l'aspect limpide et incolore dans la fenêtre de contrôle.

g) Pansements et crème cicatrisante

Les pansements (103) (104) (105) (106) sont des dispositifs médicaux. Ils sont utilisés pour couvrir, protéger et favoriser la guérison d'une plaie. Un bon pansement respecte le milieu humide, est perméable aux échanges gazeux, aux liquides et aux germes, gère les exsudats, est confortable, stérile et atraumatique au retrait.

Il est important de contrôler l'humidité, c'est-à-dire l'apporter quand la peau est sèche et la limiter quand la plaie est exsudative.

De plus, il est nécessaire de respecter l'écosystème en évitant les antibiotiques et la désinfection systématique. L'effet cytotoxique des antiseptiques sur les cellules cutanées impliquées dans la cicatrisation (kératinocytes et fibroblastes) est bien documenté. Un lavage à l'eau et au savon ou au sérum physiologique est recommandé en routine.

IALUSET® :

- Crème à base d'acide hyaluronique ;
- Indiqué dans la cicatrisation des plaies non infectées, suintantes ou surinfectées de la phase de bourgeonnement jusqu'à cicatrisation ;
- 1 application par jour sur la plaie en couche de 2 à 3mm ou sur une gaze stérile, après nettoyage de la plaie. Nettoyer la plaie au sérum physiologique avant une nouvelle application.

Pansement hydrogel type Suprasorb G®

- Composé à 80% d'eau gélifiée grâce à des macromolécules de carboxyméthylcellulose, de peptine et d'alginate de calcium ;
- Hydrate la plaie, dissout les tissus nécrotiques secs facilitant la détersion ;
- Indiqué dans le ramollissement des plaques de nécrose sèche, détersion des plaies sèches, peu exsudatives, fibrineuses ou nécrotiques ;
- Contre-indiqué en cas de plaies infectées (occlusif) ou fortement exsudatives ;

- Appliquer tous les jours directement sur le centre de la plaie, poser un pansement secondaire (film polyuréthane/hydrocolloïde mince) ;
- Renouveler le pansement jusqu'à ramollissement de la plaque de nécrose.

Pansement hydrocolloïde type Duoderm®

- Couche interne en carboxyméthylcellulose (polymère absorbant), un hydrophile qui forme un gel au contact des exsudats ;
- Couche externe composée d'un film semi-perméable ou de mousse de polyuréthane ;
- Absorbe les exsudats (capacité d'absorption lente de 3x son poids) en se transformant en gel, adhère à la peau saine mais pas à la plaie, assure une hypoxie locale stimulant la croissance des capillaires dermiques ;
- Indiqué dans les plaies peu exsudatives, brûlures superficielles, phlyctènes ;
- Contre-indiqué en cas de plaies infectées (occlusif), hyperbourgeonnante, mycoses, brûlures de 3^e degré ;
- Appliquer en débordant de 3cm autour de la plaie, chauffer le pansement pour augmenter l'adhésivité et la conformabilité ;
- Renouveler le pansement lorsqu'il est à saturation complète (maximum 7 jours) ;
- Favorise la macération.

Pansement hydrocellulaire type Mepilex® ou Allevyn®

- Couche interne non adhérente au contact des exsudats mais adhérente sur peau saine, face microperforée en polyuréthane ou silicone ;
- Couche centrale absorbante en non-tissé (mousse en polyuréthane) ;
- Couche externe composée d'un fil de polyuréthane ;
- Absorbe les exsudats sur une longue durée (mousse de polyuréthane) avec un haut pouvoir d'absorption ;
- Indiqué pour tout stade de plaie aiguë, moyennement exsudative ;
- Contre-indiqué en cas de plaies très infectées sauf si antibiothérapie ou plaies très exsudatives ;
- Possible de le poser quel que soit la peau péri-lésionnelle (plaies à berges irritées) ;
- Pansement secondaire nécessaire si forme non adhésive ;
- Renouveler le pansement tous les 2 à 3 jours selon l'abondance des exsudats.

Pansement alginate type Curasorb®

- Composé de polysaccharides extraits d'algues brunes ;
- Absorbe les exsudats en se transformant en gel (polymère d'acide alginique), propriétés hémostatiques, contrôle la contamination microbienne par piégeage des bactéries ;
- Indiqué pour des plaies très exsudatives (infectées ou non), plaies fibrineuses humides et/ou hémorragiques ;
- Contre-indiqué en cas de plaies non-exsudatives (nécrotiques ou sèches) ;
- Appliquer la mèche ou la plaque en l'humidifiant légèrement si la plaie est peu exsudative (ne pas humidifier si exsudative, ne pas tasser la mèche), recouvrir d'un pansement secondaire, humidifier lors du retrait ;
- Renouveler le pansement tous les 2 à 3 jours (lorsqu'il est saturé, entre 1 à 7 jours).

Pansement gras type Jelonet®

- Gaze hydrophile imprégnée de corps gras inerte (vaseline/hydrocolloïde) ;
- Indiqué dans les plaies faiblement exsudatives en phase de bourgeonnement et d'épithélialisation ;
- Appliquer directement sur la plaie, recouvrir d'un pansement secondaire, retirer avec du sérum physiologique ;
- Renouveler le pansement toutes les 24 à 48h.

Film de polyuréthane type Hydrofilm® ou Tegaderm®

- Transparent, semi-perméable, adhésion à la peau saine grâce à un adhésif ;
- Utilisé comme pansement secondaire.

E. Création d'arbres décisionnels et d'ordonnances médicamenteuses et non médicamenteuses

a) Arbres décisionnels

Cf. annexe 4 : Arbres décisionnels

Le protocole est décliné en plusieurs arbres décisionnels. Les arbres décisionnels ont été dessinés avec l'outil disponible sur lucidchart.com.

Les arbres décisionnels sont nécessaires à la bonne application du protocole par les délégués permettant une bonne reproductibilité de la prise en charge du

patient, indépendamment du professionnel de santé qui l'applique. En un coup d'œil, les étapes de la prise en charge sont résumées et permettent d'appliquer le protocole facilement.

Un premier arbre général synthétise le déroulement de la prise en charge du patient :

- Un encadré vert rappelle le critère d'inclusion principal (patient de 5 à 70 ans se présentant avec une plaie simple).
- A chaque dichotomie, un rond vert oriente vers la poursuite du protocole alors qu'un rond rouge renvoie vers un arrêt de la prise en charge avec généralement une orientation vers les urgences ou le médecin généraliste (représentée par une bulle orange).
- Un encadré rouge reprend tous les critères d'exclusion généraux.
- Il peut être nécessaire de réaliser un geste technique, une action physique du pharmacien. Dans ce cas précis, il s'agit des premiers soins, protection de la plaie et sécurisation du patient s'il présente un critère d'exclusion (représenté par une bulle bleu turquoise).
- Les bulles violettes reprennent dans un ordre chronologique les différentes étapes et documents à remplir durant la prise en charge du patient.
- L'arbre général présente la particularité d'être subdivisé en 8 dans son déroulé, selon les signes cliniques du patient et du type de plaie (représentée par des hexagones jaunes), nécessitant la poursuite sur un arbre spécifique du type de plaie déterminée (représenté par une bulle bleue avec le numéro et nom de l'arbre en question).

Ainsi, à cet arbre général sont rattachés huit autres arbres spécifiques de la plaie déterminée. Les arbres sont conçus et organisés de la même façon pour chaque type de plaie :

- Vérification des critères d'exclusion ;
- Détermination précise du type de plaie ;
- Réalisation de gestes techniques ;
- Vérification de la vaccination et vaccination le cas échéant ;
- Prescription ;
- Surveillance et explication des signes nécessitant une consultation.

Tout comme l'arbre général, le code graphique est conservé :

- Chaque choix ou question entraînant des chemins différents sont représentés par des hexagones jaunes.
- Une réponse OUI ou positive à la question est représentée par un rond vert tandis qu'une réponse NON ou négative est représentée par un rond rouge.
- Une orientation vers un autre professionnel ou service est représentée par une bulle orange, tout comme les signes de surveillance et motifs de re consultation à la fin de chaque arbre décisionnel.
- Toute action du pharmacien et gestes techniques sont mis en avant par une bulle bleu turquoise.
- La prescription est retrouvée dans un encadré bleu ciel.

b) Ordonnances médicamenteuses

Cf. annexe 5 : Ordonnances médicamenteuses et non médicamenteuses

Des ordonnances médicamenteuses sont prévues pour faciliter la prescription et la délivrance. Ils en existent 8 associées au protocole, pour chaque type de plaie. Elles sont chacune organisées de la même manière :

- Un entête à remplir avec le nom du médecin déléguant avec son numéro ADELI et son numéro RPPS, le nom du professionnel délégué (pharmacien d'officine ou infirmier libéral) avec son numéro ADELI et son numéro RPPS ;
- La date à remplir ;
- Les coordonnées du patient (nom, prénom, date de naissance) à remplir ;
- Le rappel du type de plaie pris en charge ;
- Une liste de médicaments et/ou produits à sélectionner au regard des besoins du patient et des décisions prises durant la mise en application du protocole (vaccination, antibiotique, pansements...) ;
- Une signature en bas de page.

c) Ordonnances non médicamenteuses

Cf. annexe 5 : Ordonnances médicamenteuses et non médicamenteuses

Le choix a été fait d'élaborer une deuxième ordonnance, non médicamenteuse, constituée des motifs de re-consultation et de conseils divers de

suivi, de prévention ou de soins. Elle est nominative et délivrée au patient à la fin de la prise en charge,

Elle permet au patient de repartir avec toutes les informations utiles et d'avoir les conseils de prévention afin d'éviter une consultation future du même type.

III. Mise à disposition d'outils aux CPTS et aux officines

A. Déroulé chronologique de la prise en charge et documents associés au protocole

a) Réalisation de l'anamnèse du patient

L'anamnèse est primordiale pour comprendre la plaie du patient. C'est un interrogatoire effectué par le délégué au patient dès l'arrivée de celui-ci. Il permet de construire l'historique médical du patient en utilisant ses souvenirs ou ceux d'un proche, si présent. Les informations recherchées sont :

- Patient (nom, prénom, sexe, âge, grossesse) ;
- Allergies (dont allergies aux médicaments/dispositifs utilisés) ;
- Pathologies (notamment diabète, immunodépression et insuffisance rénale sévère) ;
- Traitements en cours (notamment traitement immunodépresseur et traitement antibiotique en cours) ;
- Motif de consultation ;
- Causes précises et circonstances de survenue de la plaie ;
- Impact sur la vie quotidienne ;
- Délai d'apparition et durée des symptômes ;
- Aggravation éventuelle.

b) Vérification des critères d'inclusion et de non-inclusion

Cf. annexe 6 : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole

Un patient est éligible et pris en charge si :

- Il correspond aux critères d'inclusion (précisés dans le II. A. e))

ET

- Aucun critère de non-inclusion/exclusion n'est retrouvé à l'interrogatoire et examen clinique (précède l'inclusion, la signature du consentement et la prise en charge effective).

Ils doivent être recherchés dès le début de la prise en charge du patient. Un critère d'exclusion découvert à cette étape oblige une réorientation immédiate vers le

médecin traitant (ou autre médecin généraliste disponible), voire vers les urgences. A cette étape, aucune facturation n'est possible car le patient ne peut être inclut au protocole de coopération.

D'autres situations particulières, non prévues au protocole ou non gérables à l'officine, pourront être détectées durant la prise en charge (le patient reste inclut au protocole, la facturation est possible mais le délégant prend la suite de la prise en charge sans facturer une consultation supplémentaire). Ces cas particuliers expliquent que le délégant, en plus d'être autant responsable légalement de la prise en charge d'un patient que le délégué, perçoit une partie de la rémunération attribuée à la CPTS pour le couple délégué/délégant.

Un « Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole » est fourni au format imprimable ou modifiable informatiquement.

L'application créée pour ce protocole (III. B. a)) permet également de vérifier informatiquement la présence de critères d'exclusion.

La date, nom et prénom du patient seront renseignées. Il sera nécessaire de cocher « OUI » ou « NON » sur le formulaire. Si une seule croix est dans la colonne « OUI », le patient n'est pas éligible au protocole.

c) Information et recueil du consentement du patient

Cf. annexe 7 : Fiche d'information et de recueil du consentement du patient

Il conviendra d'informer le patient de la prise en charge possible via le protocole de coopération local et des professionnels intervenants. L'information au patient sur son inclusion dans le protocole doit être donnée.

Le délégué (pharmacien ou infirmier) intervient en collaboration avec le délégant (médecin). Le protocole est autorisé par le président de la CPTS et déclaré à l'ARS, dont le contenu peut être fourni au patient sur simple demande. Le patient est également informé des actes et activités qui peuvent être réalisés par le délégué (c'est-à-dire les dérogations prévues au protocole). Il est prévu que le médecin puisse être contacté au besoin et peut intervenir pour une prise en charge complète s'il le juge nécessaire.

Au regard des informations données au patient, il convient de récupérer son consentement de préférence de façon écrite via la « Fiche d'information et de recueil du consentement du patient ». Ce document est fourni au format imprimable ou modifiable informatiquement.

L'application créée pour ce protocole (III. B. a)) permet également de générer automatiquement cette fiche si aucun critère d'exclusion n'a été coché au préalable.

Le nom et prénom, accord et signature du patient, coordonnées du délégué et sa signature ainsi que les coordonnées du médecin délégant seront renseignées.

Si le consentement est récupéré uniquement de façon orale, une traçabilité doit être mise en place.

d) Orientation du patient vers les urgences ou un médecin si nécessaire

Diverses situations vont nécessiter d'orienter le patient vers le médecin ou les urgences (en fonction de la gravité et/ou des disponibilités), par exemple :

- Refus du patient d'être inclus dans le protocole ;
- Critère(s) de non-inclusion mis en évidence ;
- Evolution d'une situation non gérable lors de la prise en charge, décrite dans l'arbre décisionnel (hémorragie, altération de l'état général, allergie, ...) ;
- Evolution défavorable lors de la surveillance pendant ou après la prise en charge.

e) Réalisation d'actes techniques et prescription

Les actes techniques sont décrits dans la partie II. C. et nécessitent le suivi de l'arbre décisionnel élaboré (II. E. a)). Les professionnels de santé sont formés aux actes techniques.

La prescription est également détaillée sur l'arbre décisionnel et les médicaments pouvant être prescrits au patient dans le cadre du protocole de coopération sont listés dans la partie II. D.

Administrativement, les ordonnances sont fournies au format imprimable ou modifiable informatiquement (II. E. b) et c)), les médicaments doivent alors être cochés.

L'application (III. B. a)) permet également de sélectionner les médicaments prescriptibles dans le cadre du protocole en fonction de la plaie du patient. L'ordonnance est générée automatiquement avec toutes les informations nécessaires et en laissant visible uniquement les médicaments prescrits.

f) Suivi du patient et modalités de re-consultations

Le délégué doit informer le patient de la suite de la prise en charge, de la surveillance et des modalités de re-consultations spécifiques à chaque pathologie. Il doit rester à l'écoute du patient et réorienter si besoin. Une ordonnance non médicamenteuse est délivrée au patient en reprenant les motifs de re-consultation chez le médecin et les conseils associés pour soulager la symptomatologie ou prévenir une future plaie de ce type.

Ce document est fourni au format imprimable ou modifiable informatiquement.

L'application créée pour ce protocole (III. B. a)) permet également de générer l'ordonnance non médicamenteuse qui comprend le nom et prénom du patient et la date de consultation.

g) Echanges avec le délégant

Cf. annexe 8 : Modèle type de compte-rendu du délégué au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé

Un compte-rendu de prise en charge doit être envoyé au délégant et au médecin traitant s'il n'est pas le délégant. Celui-ci devra être transmis par messagerie sécurisée et implémenté dans l'Espace de Santé Numérique du patient. Le document « Modèle type de compte-rendu du délégué au délégant, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé » est fourni au format imprimable ou modifiable informatiquement.

L'application créée pour ce protocole (III. B. a)) permet également de générer automatiquement un compte-rendu au médecin en fonction de la situation :

- Non prise en charge et orientation vers le médecin (critère d'exclusion) ;
- Prise en charge mais identification d'une situation non gérable ou non prévue et réorientation vers le médecin ;
- Orientation vers les urgences ;

- Prise en charge et rappel des médicaments prescrits.

Ce document regroupe différentes informations : Nom et prénom du médecin, Nom, prénom et date de naissance du patient, date et motif de prise en charge, décision prise et Nom et prénom de délégué.

Afin d'assurer la continuité des soins, le délégant est joignable et peut répondre aux interrogations du délégué.

En plus des situations nécessitant un recours médical, le délégant doit être alerté systématiquement et immédiatement dans les cas suivants :

- Dégradation rapide de l'état clinique et des constantes du patient ;
- Demande du patient de sortir du protocole ;
- Tout événement et situation de soins hors protocole ou ressentis comme telle par le délégué ;
- Perte de repère, incompréhension du patient sur son parcours de soins ;
- Difficulté de coordination de la prise en charge du patient entre délégué et délégant.

Une réunion semestrielle (présentiel ou visio-conférence) doit être établie entre le délégant et le délégué afin de faire un point des patients pris en charge, des effets indésirables survenus et des éventuelles améliorations à apporter au protocole.

h) Suivi des indicateurs

Cf. annexe 9 : Bordereau récapitulatif pour la prise en charge des patients dans le cadre des protocoles de coopération

Il conviendra de remplir le tableau communément appelé « tableau reporting », afin d'envoyer annuellement à la CPTS le récapitulatif des patients pris en charge et permettre une rémunération.

Ce tableau reprend différentes informations :

- Délégué (Nom, prénom, coordonnées, AM, RPPS, date de déclaration des protocoles à l'ARS)
- Protocole (Nom, date de réalisation)
- Patient (Nom, prénom, NIR)
- Délégant (Nom, prénom, AM, RPPS)

- Montant
- Période concernée
- Signature du délégué

Un récapitulatif annuel doit être fait concernant certains indicateurs :

- Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole ;
- Taux de reprise par le délégant : nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/nombre d'actes réalisés par le délégué ;
- Taux d'effets indésirables déclarés : nombre d'événements indésirables déclarés/nombre d'actes réalisés par le délégué ;
- Nombre d'effets indésirables graves déclarés (suspension ou arrêt du protocole si >0) ;
- Taux de satisfaction des professionnels de santé : nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire/nombre de professionnels ayant exprimé leur niveau de satisfaction au moyen d'un questionnaire dédié.

i) Recueil de satisfaction des professionnels de santé

Cf. annexe 10 : Enquête de satisfaction délégant

Cf. annexe 11 : Enquête de satisfaction délégué

Une enquête de satisfaction doit également être remplie annuellement par le délégué et par le délégant. Le document « Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé » est fourni au format imprimable ou modifiable informatiquement. Il comprend la date à laquelle l'enquête est réalisée, nom et prénom du professionnel et les questions suivantes :

- Dans le cadre de ce protocole, avez-vous été sollicité par les délégués / *Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?*
- La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) / *délégant(s)* vous satisfait-elle ?
- Pensez-vous que ce protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?
- Ce protocole contribue-t-il à faciliter votre exercice professionnel ?

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

B. Outils numériques d'aide à l'application du protocole en officine

a) Création d'une application de création de pdf – partie administrative

Cf. annexe 12 : Mode d'emploi – Application de création de pdf (partie administrative)
Protocole « Prise en charge de la plaie simple »

Le point négatif évoqué régulièrement par les professionnels de santé, dans le cadre des nouvelles missions et particulièrement des protocoles de coopération, est l'aspect chronophage de la partie administrative.

Pour améliorer la prise en charge d'un patient et éviter de perdre du temps non médical, une application utilisable sur un poste informatique a été créée dans le cadre de cette thèse.

Le développement est permis grâce à Lazarus, un RAD (Rapid Application Development), utilisant le langage de programmation Pascal. Le fichier SumatraPDF® est nécessaire pour lire les documents PDF créés par l'application, mais son utilisation est transparente.

Cet outil permet d'établir rapidement et automatiquement l'ensemble des documents personnalisés nécessaires pour la prise en charge du patient dans le cadre du protocole, comme la fiche de consentement, le courrier d'orientation ou de synthèse de la prise en charge et les ordonnances.

Une première page de renseignements doit être renseignée afin de compléter les documents automatiquement :

- Patient(e) : Civilité, nom, prénom, date de naissance
- Médecin : Nom, prénom, ADELI/RPPS, téléphone
- Pharmacien (délégué) : Nom, prénom, RPPS

Une deuxième page permet la vérification des critères d'exclusion via le questionnaire d'éligibilité.

Une troisième page permet de choisir le motif de consultation et de confirmer la suite de la prise en charge (éligible, non éligible, réorientation urgence ou généraliste).

Enfin, une dernière page de prescription adaptée à la pathologie permet de sélectionner les médicaments et produits pour lesquels une ordonnance doit être établie.

Cf. annexe 13 : Exemples de documents établis grâce à l'application

b) Utilisation d'une application de photos médicales

Cf. annexe 14 : Mode d'emploi – Application de photos médicales Pixacare®

Pixacare® est une application mobile, DM de classe 1 avec marquage CE depuis le 28 décembre 2022, utilisable sur Android et IOS. Cette application a été créée pour que des professionnels de santé puissent utiliser la photo pour documenter le suivi des patients, notamment lors d'une prise en charge de plaies ou lésions cutanées. De nombreux CHU utilisent déjà cette application, notamment le CHU de Lille dans la région. Les libéraux ou établissements de santé, tels que les CPTS, peuvent utiliser cette solution. Les données sont stockées en France sur un serveur agréé Hébergeur de Données de Santé (HDS).

L'avantage est de gagner du temps dans le tri des photos et de sécuriser le stockage. Ainsi le classement, par pathologie ou par patient, permet de comparer facilement l'évolution d'une plaie. De plus, les données peuvent être partagées avec d'autres professionnels de santé.

Les informations nécessaires sont le nom, prénom et date de naissance. Ensuite, les photos peuvent être prises puis des mots-clés et descriptions ajoutées.

C. Elaboration d'un programme de formation des professionnels adhérents à la CPTS

a) Généralités

Dans le cadre de la création d'un protocole local, une formation doit être effectuée par le délégant.

La formation à ce protocole se déroulera en 2 phases, une phase de formation théorique et une phase de formation pratique.

Les compétences à acquérir sont les suivantes :

- Utiliser les outils du protocole (tableaux de critères d'inclusion et de non-inclusion, recueil du consentement, arbres décisionnels, ordonnances préétablies, courrier au médecin) ;
- Identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse doit être médicale et/ou urgente et ne peut être déléguée ;
- Capacité à réaliser et à interpréter une anamnèse ;
- Capacité à réaliser les soins et les actes immédiats ;
- Capacité à identifier le médicament/dispositif médical à prescrire et sa posologie, à rechercher ses allergies et contre-indications ;
- Capacité à déterminer le statut vaccinal et vacciner si besoin ;
- Capacité à expliquer les soins à domicile et la surveillance.

Les objectifs pédagogiques sont les suivants :

À la fin de la formation le délégué sera capable de...

- Vérifier l'éligibilité au protocole d'un patient présentant une plaie simple en fonction des signes cliniques repérés ;
- Orienter vers les urgences ou le médecin dès le début ou au cours du protocole en présence de signes de non-inclusion repérés ;
- Recueillir le consentement du patient ;
- Réaliser et interpréter l'anamnèse ;
- Suivre l'arbre décisionnel établi en fonction du type de plaie repéré ;
- Réaliser les actes nécessaires à la bonne prise en charge du patient (nettoyage et antisepsie, retrait de corps étrangers, arrêt d'une hémorragie, retrait de tique, retrait du dard et du sac à venin, refroidissement d'une brûlure, pose de bandelettes adhésives, pose de pansements) ;
- Identifier et prescrire les traitements antiseptiques, antibiotiques et antalgiques conformes aux recommandations ;
- Identifier, prescrire et poser les pansements conformes aux recommandations ;
- Identifier, prescrire et injecter les vaccins et/ou immunoglobulines conformes aux recommandations ;
- Informer le patient des règles hygiéno-diététiques, des soins à apporter, de la surveillance et des modalités de consultation médicale ;

- Informer le délégant de la prise en charge du patient.

b) Formation théorique

Pour satisfaire les besoins en formation, il a été prévu un support de formation théorique pour les délégués comprenant :

- La prise en main des arbres décisionnels ;
- La prise en charge administrative du patient ;
- La physiopathologie des plaies simples et infections cutanées incluses dans le protocole ;
- La réalisation d'actes techniques et prescriptions ;
- Le suivi et la communication ;
- Des annexes.

Cette phase de formation se réalise de façon asynchrone nécessitant la lecture du document de formation théorique (environ 4 heures pour la lecture et l'apprentissage). Le document est créé au format PDF (87 pages).

Cf. annexe 15 : Table des matières du support de formation théorique

c) Formation pratique

Une seconde étape est prévue pour clôturer la formation au protocole, via une phase synchrone pratique dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire, avec un rappel sur les points principaux (pathologies, arbres, éléments de vigilance) et des cas cliniques (environ 2h de réunion). Une présentation PowerPoint a été créée pour permettre d'animer la réunion de formation pratique (117 diapositives).

Cf. annexe 16 : Cas cliniques de la formation pratique (présentation)

Cf. annexe 16 bis : Cas cliniques de la formation pratique (écrit)

L'évaluation de cette formation se fait par la réponse à 10 QCM et la validation par une note supérieur à 8/10.

Cf. annexe 17 : QCM d'évaluation

D. Formulaire de dépôt du projet du protocole local aux ARS

a) Généralités

Comme nous avons pu le voir, l'élaboration d'un protocole local se fait à l'initiative de l'équipe promotrice sur le sujet de leur choix qu'elle estime pertinent. Il est par ailleurs obligatoire de respecter les exigences essentielles de qualité et de sécurité prévues à l'article 5.4011-1 du CSP.

Une grille d'aide à l'élaboration d'un protocole local est fournie par l'ARS des Hauts de France (107).

Cf. annexe 1 : Grille d'élaboration d'un protocole local de coopération inter professionnelle

La mise en place du protocole se fait par simple déclaration (108) (109) (110) (111) du responsable de la structure d'exercice coordonné au directeur général de l'ARS via le site : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/protocole-locale-declaration-modification-d-equipe-coop-ps>

Il n'est plus nécessaire de réaliser une déclaration individuelle, c'est le responsable de structure qui remplit et dépose les pièces justificatives pour tous les professionnels volontaires. La date de déclaration du protocole correspond à la date de mise en application effective du protocole. La réception automatique du dépôt sur la boîte mail référencée justifie la déclaration, rendant inutile l'attente de la réponse de l'ARS pour commencer le protocole. En revanche, l'ARS est autorisée à demander des documents complémentaires (régularité de la mise en œuvre du protocole) ou de suspendre l'application (pour des raisons de défaillance de qualité ou de sécurité).

Parcours d'un protocole local en structure d'exercice coordonné en ville (ESP, MSP, CDS, CPTS) et établissement médico-social

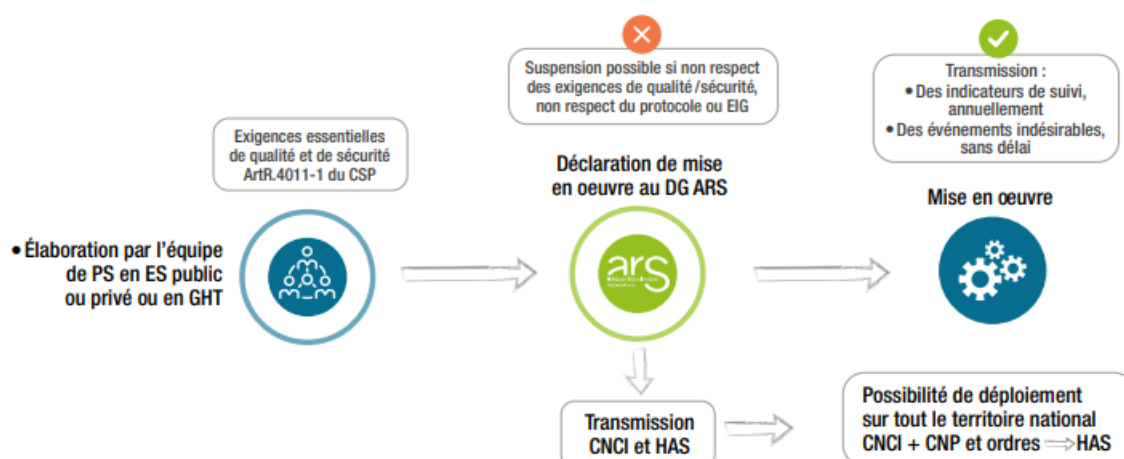


Figure 42 : Parcours d'un protocole local en structure d'exercice coordonné en ville (ESP, MSP, CDS, CPTS) et établissement médico-social, ARS HDF

Selon le site *demarches-simplifiées* (112), les pièces justificatives à fournir sont les suivantes :

- Autorisation du responsable de la structure ;
- Grille du protocole autorisé ;
- Accord des membres de l'équipe ;
- Accord de l'employeur ;
- Dépôt des pièces d'identité (Identité et coordonnées / professionnel délégant et délégué) ;
- Compétences acquises, qualifications et expérience requise pour le protocole (Identité et coordonnées / professionnel délégant et délégué) ;
- Enregistrement professionnel (Identité et coordonnées / professionnel délégant et délégué).

Le protocole de coopération et ses annexes doivent être déposée sur la plateforme. La durée de remplissage de la démarche est de 40 minutes.

Une fois le compte créé et la déclaration terminée, le protocole peut débuter. Un questionnaire en ligne sera envoyé annuellement afin d'envoyer à l'ARS les indicateurs de suivis du protocole de coopération (cf. III. A. h)).

b) Documents à remplir pour déclarer l'équipe

Cf. annexe 18 : Modèle type de documents à renseigner pour la déclaration

Il est recommandé de pré-remplir les formulaires de déclaration nécessaires comme pièces justificatives pour déclarer l'équipe (accord employeur, accord d'engagement des membres de l'équipe, attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération) (113).

c) Formulaire à compléter pour déclarer le protocole

Cf. annexe 19 : Modèle de protocole local complété (ARS)

Le formulaire vierge à compléter est un excellent moyen de construire un protocole local en s'assurant de satisfaire aux recommandations et objectivant un protocole complet.

Il est organisé en 3 colonnes :

- La première correspond à l'intitulé de la demande, c'est-à-dire la trame demandée pour l'élaboration d'un protocole ;
- La deuxième correspond à la réponse apportée spécifiquement pour le protocole élaboré ;
- La dernière indique si une annexe est à apporter (de manière obligatoire ou facultative).

Il englobe différents points notamment :

- L'intitulé du protocole ;
- Les recommandations ou textes utilisés ;
- La présentation du protocole (objectifs, patients, professionnels) ;
- Les critères d'inclusion et de non-inclusion ;
- Les dérogations envisagées ;
- La formation proposée ;
- L'organisation de l'équipe ;
- La gestion des risques ;
- Les indicateurs de suivi ;
- Les annexes (vérification des critères d'éligibilité, recueil du consentement, arbres décisionnels, ordonnances, modèles de compte-rendu, questionnaire de recueil de satisfaction des professionnels).

d) Checklist de conformité

Cf. annexe 20 : Checklist de conformité

L'ARS propose une checklist de conformité, afin de vérifier l'ensemble des exigences de qualité et de sécurité décrites à l'article R. 4011-1 du CSP obligatoires pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération. Elle concerne la construction générale du protocole (notamment le respect des recommandations publiées par la HAS), la sécurisation de la prise en charge du patient (dont l'élaboration d'arbres décisionnels permettant de guider les délégués et la formation théorique et pratique), ainsi que l'organisation de l'équipe.

Conclusion

L'exercice coordonné est un moyen pour chaque professionnel de santé de mettre en application toutes ses connaissances et compétences au profit de la population. Il comble, du moins partiellement, les difficultés que connaît le système de santé actuel.

Cette thèse a permis de mettre en évidence les difficultés de ce système et l'évolution de la démographie médicale. En étudiant les protocoles de coopération et les exemples étrangers, nous pouvons imaginer que la mise en place généralisée de protocoles de coopération en France pourrait simplifier le parcours de soins des patients et offrir des solutions de prise en charge.

La partie pratique de cette thèse s'est intéressée à la création d'un protocole de coopération. Après de nombreuses discussions entre professionnels de santé, il est ressorti un besoin des professionnels et une demande forte des patients d'une solution concernant les urgences de type plaies ou infections cutanées en officine. Il est actuellement impossible de répondre efficacement et légalement à cette demande. Ainsi, l'application de ce protocole permettrait d'y répondre.

Cette forme d'exercice permet une totale interprofessionnalité nécessaire à la bonne prise en charge des patients dans notre système de santé actuel. Il en ressort énormément de bénéfices pour le métier de pharmacien et pour le patient.

En revanche, l'élaboration d'un protocole est chronophage. De nombreuses réunions avec divers acteurs sont nécessaires pour perfectionner le protocole que l'on souhaite mettre en place. Un travail important est demandé en matière de recherches, d'encadrement du protocole, de création d'arbres décisionnels, de formation et de documents à créer et à fournir. J'ai alors pu faire face aux difficultés qui expliquent le manque de généralisation sur le terrain.

Afin de faciliter l'application de protocoles de coopération, un logiciel partagé ou une application, comme la version créée dans cette thèse, pourrait être un outil intéressant.

Le sujet de la coopération interprofessionnelle, de l'exercice coordonné et des protocoles de coopération est récent mais en constante mouvance, ce qui rend cette thèse au plus proche de l'actualité.

A l'initiation de ce travail de thèse en 2022, l'expérimentation Osys venait de commencer et rien ne pouvait prédire les résultats. Au cours de l'écriture, des premiers résultats de cette expérimentation bretonne ont conduit à la réduction du nombre de pathologies prises en charge en s'intéressant particulièrement aux plaies, brûlures ou morsures de tiques : pathologies choisies pour la création d'un protocole local pour cette thèse. Ce protocole répond ainsi à une forte demande de la population qui présente des difficultés de prise en charge lorsqu'elle souffre de l'une de ces symptomatologies.

L'association qui porte le projet Osys, souhaite faire entrer ces pathologies (plaies et morsures de tique) dans la liste des missions de soins de premier recours et donc dans le champ conventionnel. C'est une volonté que je partage également.

Le protocole de coopération n'est pas à lui seul la réponse à toutes les problématiques des territoires, mais permet tout de même une amélioration de la prise en charge de certains patients. Avec l'émergence de nombreux protocoles de coopération, les médecins généralistes et les services d'urgence pourraient être moins sollicités et les patients mieux pris en charge en associant rapidité et qualité de soins.

Ces formes d'exercice coordonné sont plébiscitées par les pouvoirs publics et les autorités de santé dans les conclusions de leurs rapports sur l'accès aux soins ou soins non programmés.

Aujourd'hui, la présidence des structures d'exercice coordonné est souvent confiée à un médecin. Même si des pharmaciens et d'autres professionnels de santé participent aux discussions, ils ne sont que rarement décisionnaires et des projets comme la mise en place de protocoles de coopération ont du mal à voir le jour. Les habitudes organisationnelles entre professionnels restent ancrées sur les territoires, ce qui ralentit la délégation de tâche à son échelle. Une impulsion nationale serait nécessaire comme ont pu en bénéficier les protocoles « odynophagie » et « cystite ».

En tant que pharmacien, prendre part à l'élaboration d'un protocole de coopération est extrêmement valorisant et intéressant, tant lors de la création que lors de l'application du protocole.

Les échanges que j'ai pu avoir avec divers pharmaciens, de CPTS différentes, et avec un médecin urgentiste renforce mon envie de développer la communication interprofessionnelle pour arriver au terme d'un projet de santé sur un territoire.

En essayant d'améliorer toujours plus mon protocole, j'ai pu également prendre contact avec un laboratoire de diagnostic *in vitro* qui souhaite développer des TRODs en conditionnement adapté au protocole de coopération, montrant l'impact important de ce travail de thèse.

Celui-ci est loin d'être une finalité. L'objectif de ce travail est d'évoluer après l'écrit.

En effet, les arbres décisionnels méritent d'être retravaillés avec divers acteurs, utilisés par des professionnels de santé et confrontés à des protocoles déjà existants.

Les premiers acteurs importants sont les présidents de CPTS et professionnels y adhérant. Ils permettront une mise en place de ce protocole de coopération. Plusieurs CPTS m'ont déjà contacté afin d'étudier le protocole ou de demander un échange sur ce sujet afin de le mettre en application, dans leur structure.

Ensuite, il serait intéressant d'échanger avec les porteurs de l'expérimentation OSyS, avec qui j'ai déjà pu être en contact et qui seront d'excellents conseils. En effet, plusieurs prises en charge de plaies ont été expérimentées, puis affinées voire améliorées grâce à la mise en pratique sur le terrain. Ils ont pu éliminer des pratiques qui ne fonctionnaient pas et déterminer ce qui est pertinent. Nos arbres décisionnels se complètent. Par exemple, ils ont fait le choix d'intégrer un rappel des patients en systématique par le pharmacien afin d'évaluer l'évolution de la pathologie. Même si chronophage, ce rappel est perçu avec une haute valeur ajoutée pour le pharmacien et pourrait être intégré dans les arbres décisionnels décrits dans cette thèse. D'un autre côté, les arbres décisionnels élaborés au cours de cette thèse ont intégré des TRODs, notamment le TROD tétanos, et pourrait également intéresser les porteurs de l'expérimentation OSyS afin de l'expérimenter. Ainsi, un travail de mise en commun serait efficace pour permettre une application massive de ce protocole.

Les syndicats de pharmaciens ont également une importance considérable pour discuter avec les politiques et développer les nouvelles missions des pharmaciens. L'objectif de ce protocole de coopération local est d'être mis en place dans de nombreuses structures d'exercice coordonné, de devenir protocole de

coopération national par arrêté ministériel mais soumis à un exercice coordonné puis d'entrer dans le droit commun afin d'être appliqué par tous professionnels de santé concernés (pharmaciens d'officine et infirmiers diplômés d'état) indépendamment de leur implication dans un exercice coordonné.

Je suis conscient de l'ampleur de ce protocole de coopération. Il pourrait être envisagé un découpage de ce protocole en plusieurs protocoles afin de laisser le libre-choix des pathologies que le professionnel de santé veut prendre en charge en fonction des situations qu'il rencontre dans son exercice.

De plus, le nombre de médicaments à prescription médicale obligatoire est important et pourrait être adapté. En effet, cela pourrait être un frein pour l'assurance maladie qui les prend en charge. Cela pourrait limiter le déploiement généralisé du protocole.

L'élaboration de ces arbres décisionnels n'est qu'une proposition de prise en charge possible de ces pathologies. Même si elle se base sur des recommandations scientifiques, une part des choix faits dans cette thèse sont subjectifs et permettent une adaptation d'abord à chaque structure d'exercice coordonné pour un protocole local, puis aux autorités de santé dans le cadre d'un passage dans le droit commun.

Nous sommes encore loin de nous imaginer les futures missions du pharmacien d'officine. Durant les prochaines années, des protocoles de coopération pourraient émerger et faire élargir les compétences des pharmaciens ou d'autres professionnels de santé délégués. Ils permettront de pallier au manque de médecins, en s'appuyant d'abord sur les structures d'exercice coordonné tel que les CPTS, même si l'ouverture des protocoles nationaux dans le droit commun en dehors d'un exercice coordonné semble plus efficace.

Annexes

<i>Annexe 1 : Grille d'élaboration d'un protocole local de coopération inter professionnelle</i>	142
<i>Annexe 2 : Notice d'utilisation du test TetaQuick®</i>	146
<i>Annexe 3 : Notice d'utilisation du test TROD'Tique®</i>	148
<i>Annexe 4 : Arbres décisionnels</i>	150
<i>Annexe 5 : Ordonnances médicamenteuses et non-médicamenteuses</i>	159
<i>Annexe 6 : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole</i>	175
<i>Annexe 7 : Fiche d'information et de recueil du consentement du patient</i>	176
<i>Annexe 8 : Modèle type de compte-rendu du délégué au médecin traitant ou à un autre professionnel de sante</i>	177
<i>Annexe 9 : Bordereau récapitulatif pour la prise en charge des patients dans le cadre des protocoles de coopération</i>	178
<i>Annexe 10 : Enquête de satisfaction délégant</i>	179
<i>Annexe 11 : Enquête de satisfaction délégué</i>	180
<i>Annexe 12 : Mode d'emploi – Application de création de pdf (partie administrative)</i>	
<i>Protocole « Prise en charge de la plaie simple »</i>	181
<i>Annexe 13 : Exemples de documents établis grâce à l'application</i>	184
<i>Annexe 14 : Mode d'emploi – Application de photos médicales Pixacare®</i>	190
<i>Annexe 15 : Table des matières du support de formation théorique</i>	192
<i>Annexe 16 : Cas cliniques de la formation pratique (présentation)</i>	194
<i>Annexe 16 bis : Cas cliniques de la formation pratique (écrit)</i>	208
<i>Annexe 17 : QCM d'évaluation</i>	214
<i>Annexe 18 : Modèle type de documents à renseigner pour la déclaration</i>	216
<i>Annexe 19 : Modèle de protocole local (ARS)</i>	218
<i>Annexe 20 : Checklist de conformité</i>	227

Annexe 1 : Grille d'élaboration d'un protocole local de coopération interprofessionnelle

1. Intitulé du protocole.		
2. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre.	Objectifs de mise en œuvre : Patients et pathologie(s) concernés par le protocole : Intervalle d'âge des patients : Professionnels concernés Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Etablissement/structure de mise en œuvre :	Annexe n° X le cas échéant : objectifs généraux, contexte et présentation du protocole.
3. Critères d'inclusion des patients (définir précisément tous les critères).	Critères d'inclusion Critère 1 : Critère 2 : Critère x :	Annexe(s) n° X : modèle de document destiné au patient ou à son ayant droit pour l'informer et recueillir de son consentement au protocole.
4. Critères de non-inclusion des patients (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs).	Critères de non-inclusion Critère 1 : Critère 2 : Critère 3 : Critère x :	
5. Organisation de l'inclusion et modalités d'information et d'accord des patients (ou celui de l'entourage pour les mineurs et les personnes sous mesure de protection si inclus).	Décrire à quel moment, comment et par qui s'effectue l'inclusion : Modalités d'information et de recueil du consentement ☐ Oral ☐ Ecrit Modalités de retour au délégué en cas de non inclusion :	
6. Description synthétique par un algorithme du parcours du patient dans le cadre du protocole incluant à partir de l'inclusion toutes les étapes de prise en charge y compris les motifs de réorientation vers le délégué...		Annexe(s) n° X : Si le protocole comprend plusieurs sous-parcours, décrivez chaque sous-parcours par un algorithme distinct afin d'éviter les algorithmes trop complexes.

7. Liste de toutes les dérogations envisagées : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Cochez la nature des documentations à faire figurer en annexe, en sélectionnant celles qui sont pertinentes à l'exercice des dérogations. Ex : ☐ Pour chaque dérogation, arbre décisionnel pour guider la prise de décision du délégué. ☐ Et le cas échéant - Grille d'entretien pour le recueil d'informations. - Ordonnance type pour une prescription de médicament. - Tableau des normes attendues... Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'examens cliniques ou complémentaires, la prescription d'examens ou de traitements, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients et aux examens cliniques hors compétences des délégués.	Dérogation 1 Dérogation 2 Dérogation n...	Annexe n° X le cas échéant : ☐ Pour chaque dérogation, arbre décisionnel guidant pas à pas l'intervention des délégués aux différentes étapes du protocole en associant une action à chaque situation identifiée sans que les délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole (cf. modèle infra). ☐ Grille d'entretien ou de consultation type : items d'interrogatoire et paramètres à recueillir par l'examen clinique, recherche des effets secondaires des traitements prescrits aux patients... ☐ Ordonnance(s) type de prescription des examens complémentaires et traitements envisagés (idéalement ces modèles seront disponibles sur un système d'intervention accessible à l'équipe). ☐ Tableau récapitulatif des normes attendues et des critères d'interprétation des examens prescrits par le délégué.
8. Modalités envisagées pour le partage des données de santé et la coopération entre délégants et délégués.	Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués. Dossier utilisé : informatique ☐ – papier ☐ Si dossier informatique, Identifiant et mots de passe personnels : oui/non	
9. Modalités de transmission des informations à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient afin d'assurer la continuité des soins. Prioriser un cadre sécurisé de transmission.	Au médecin traitant (fréquence, contenu...) Aux autres professionnels de santé (fréquence, contenu...)	Annexe (s) n° X le cas échéant - Modèle type de courrier de transmission au médecin traitant. - Modèle type de courrier de transmission aux autres professionnels de santé.

¹Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/

10. Conditions d'expérience professionnelle et de formation complémentaire théorique et pratique requises de la part du ou des professionnels délégués.	Prérequis : qualification (diplôme) et expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) des délégués.	
	Formation théorique - Nombre d'heures : - Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués : - Modalités de validation (qui valide ; quel type de validation) : Formation pratique - Nombre d'heures : - Modalités de la formation pratique : - Modalités de validation (qui valide ; quel type de validation) :	Annexe(s) n° X - Programme de formation (objectifs détaillés de formation, contenu, intervenants, modalités d'évaluation des compétences). - Eventuellement grille d'évaluation des connaissances et des compétences.
	Modalités de maintien des compétences et de formation continue...	
11. Disponibilité et interventions requises du professionnel délégué.	Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégués : Modalités de supervision par le délégué (présentiel, au par télésanté / téléphone).	
	Critères d'alerte par le délégué au délégué pour supervision ou réorientation, en précisant les délais de prise en charge :	
	Modalités de gestion des urgences (mode de contact, délai d'intervention, conduite à tenir en cas de délégué absent ou non joignable).	Annexe(s) n° X le cas échéant - Fiches pratiques de conduite(s) à tenir en cas d'urgence avec définition des facteurs de gravité
12. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques.	Risques identifiés à chaque étape de la mise en œuvre du protocole, en indiquant les mesures préventives prévues pour chaque risque identifié : Réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégués / délégués (fréquence, composition...)	
13. Gestion des événements indésirables (prioriser une organisation d'équipe)	Modalités de recueil des événements indésirables. Modalités d'analyse et de traitement des événements indésirables.	

14. Indicateurs de suivi (seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont obligatoires). Préciser les valeurs attendues et celles qui peuvent provoquer la suspension ou l'arrêt du protocole. Nb : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS).	Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole* : Taux d'adhésion au protocole : Nombre de patients éligibles sur une année / taux de patients pris en charge au titre du protocole :	
	Taux de reprise par le délégant* : Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué / Nombre d'actes réalisés par le délégué.	
	Taux d'EI déclarés* : Nombre d'événements indésirables déclarés*/nombre d'actes réalisés par le délégué. Nombre d'EIG déclarés* (suspension ou arrêt du protocole si > 0) :	
	Taux de satisfaction des patients (optionnel) : Nombre de patients ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire. Nombre de patients inclus ayant répondu au questionnaire :	Annexe(s) n° X le cas échéant - Questionnaire de satisfaction patient
	Taux de satisfaction des professionnels de santé* : Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire. Nombre de professionnels ayant répondu au questionnaire :	Annexe(s) n° X le cas échéant - Questionnaire de satisfaction délégués/délégués - Y inclure une échelle binaire satisfait / non satisfait et une question sur la fréquence de sollicitation des délégués par les délégués (très fréquente, fréquente, rare, très rare).
	Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus :	
15. Références bibliographiques (recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires).	- Recommandations professionnelles (HAS, autres recommandations reconnues, recommandations étrangères reconnues). - Textes réglementaires (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué,...) - Autres références bibliographiques (expériences étrangères, etc.)	

Annexe 2 : Notice d'utilisation du test TetaQuick®

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS	PRELEVEMENT ET PREPARATION DES ECHANTILLONS
• Pour usage professionnel de diagnostic <i>in vitro</i> uniquement réservé aux professionnels. Ne pas utiliser après la date de péremption indiquée sur l'emballage. • Lire attentivement toute la procédure avant de réaliser le test. Le non-respect de la procédure peut entraîner des résultats incorrects. • Ne pas utiliser si le sachet scellé est endommagé ou si le tube de tampon est cassé. • La cassette test est à usage unique. Ne réutiliser en aucun cas. • Manipuler tous les échantillons comme s'ils contenaient des agents infectieux. Respecter les consignes de sécurité en matière de risques microbiologiques et suivre les procédures en vigueur pour l'élimination appropriée des échantillons. • Porter des vêtements de protection tels que des blouses de laboratoire, des gants jetables et des lunettes de protection pendant les procédures. • L'humidité et la température peuvent affecter les résultats. • Le matériel utilisé doit être jeté conformément à la réglementation locale.	TetaQuick® peut être réalisé à partir de sang de sérum ou de plasma. Pour les échantillons de sang total prélevés au bout du doigt (utilisation de la pipette de 50µL) : • Recueillir le sang comme décrit dans la section « Procédure » ci-dessous. Pour prélever des échantillons de sang total par ponction veineuse : • Prélever un échantillon de sang traité par anticoagulant (héparine de sodium ou de lithium, EDTA de potassium ou de sodium, oxalate de sodium, citrate de sodium) en suivant les procédures de laboratoire standard. Pour prélever des échantillons de sérum ou plasma : • Recueillir le sang total par ponction veineuse. • Séparer le sérum ou le plasma du sang dès que possible pour éviter l'hémolyse. N'utiliser que des échantillons clairs et non hémolysés. Effectuer le test immédiatement après le prélèvement de l'échantillon. Ne pas laisser les échantillons à température ambiante pendant de longues périodes. Les échantillons de sérum et de plasma peuvent être conservés à une température comprise entre 2 et 8°C pendant 3 jours maximum. Pour une conservation au long terme, les échantillons doivent être conservés à une température inférieure à -20°C. Le sang total prélevé par ponction veineuse doit être conservé à 2-8°C si le test doit être effectué dans les 2 jours suivant le prélèvement. Ne pas congeler les échantillons de sang total. Le sang total prélevé au bout du doigt doit être testé immédiatement. Laisser les échantillons atteindre la température de la pièce avant de les tester. Les échantillons congelés doivent être complètement décongelés et bien mélangés avant de réaliser le test. Les échantillons ne doivent pas être congelés et décongelés à plusieurs reprises. Si des échantillons doivent être expédiés, ils doivent être emballés conformément aux réglementations locales concernant le transport des agents infectieux.
PROCEDURE	
S'assurer que l'échantillon et les composants du test soient à température ambiante (15-30°C) avant de procéder au test. Retirer la cassette de la pochette scellée et juste avant d'effectuer le test. 1. Placer la cassette sur une surface plane et propre. 2. Réaliser le test comme suit, en fonction du type d'échantillon : - Pour les échantillons de sang total prélevés au bout du doigt (utilisation de la pipette de 50µL) - o Désinfecter le bout du doigt avec le tampon d'alcool - o A l'aide de la lancette, piquer sur le côté du bout du doigt. Former une grosse goutte de sang suspendue. - o Tenir la pipette à l'horizontale et mettre l'extrémité de celle-ci en contact avec le sang. La pipette se remplit automatiquement. La remplir jusqu'au trait noir. - o Tenir la pipette verticalement au-dessus de la cassette et transférer la totalité (environ 50 µL) dans le puits échantillon (S) puis ajouter 2 gouttes de tampon (environ 80 µL) dans le puits tampon (B) et déclencher le minuteur. - Pour les échantillons de sang total veineux : prélever 50µl d'échantillon de sang à l'aide d'une pipette de laboratoire puis les déposer dans le puits échantillon (S) de la cassette. Ajouter immédiatement 2 gouttes de tampon (environ 80µl) dans le puits tampon (B) de la cassette et déclencher le minuteur. - Pour les échantillons de sérum ou de plasma : prélever 25µl d'échantillon de sérum/plasma à l'aide d'une pipette de laboratoire puis les déposer dans le puits échantillon (S) de la cassette. Ajouter immédiatement 2 gouttes de tampon (environ 80µl) dans le puits tampon (B) de la cassette et déclencher le minuteur. Attendre que la ou les bande(s) coloré(s) apparaissent(nt). Lire les résultats à 15 minutes. Ne pas interpréter le résultat après 20 minutes.	

 TetaQuick®	CE
Test Rapide pour la détermination du statut immunitaire vis à-vis du tétanos	
Réf. TR-TET-001	
INDICATION D'UTILISATION	INTRODUCTION
TetaQuick® est un test immunochromatographique en phase solide pour la détection rapide et qualitative des anticorps dirigés contre le <i>Clostridium tetani</i> dans le sang total, le sérum ou le plasma humain. Ce test permet la détermination du statut immunitaire vis à-vis du tétanos.	Le tétanos est une maladie infectieuse aiguë, grave pouvant entraîner la mort. Elle est due à une toxine produite par <i>Clostridium tetani</i>. Lorsqu'une plaie est contaminée par de la terre, des spores de <i>Clostridium tetani</i> peuvent se développer et libérer une toxine pouvant entraîner des spasmes et des raideurs musculaires généralisés. La prévention du tétanos repose sur une vaccination par une anatoxine qui confère une immunité importante et durable puisque 91% des sujets sont encore immunisés 10 ans après la vaccination. Cependant dans les pays industrialisés, bien que rare, le tétanos n'a pas disparu et cela malgré un système de vaccination performant. Dans un contexte d'urgence de consultation pour blessure, la prise en charge est basée sur le lavage et la désinfection des plaies et une immunisation par injection d'anatoxine tétanique et/ou d'immunoglobulines antitoxine tétanique. Lors de la consultation, le statut vaccinal du patient vis-à-vis du tétanos est au mieux apprécié par l'examen du carnet de vaccination ou à défaut, et le plus souvent en pratique, par un interrogatoire du patient. Cependant, les données françaises montrent que le carnet vaccinal serait non disponible dans 90-95% des cas et diverses études ont démontré que les patients méconnaissent ou ignorent leur statut vaccinal réel¹. La difficulté d'accès à ces données conduit une majorité de service d'accueil des urgences à recourir à l'utilisation de tests immunochromatographiques rapides pour définir le statut vaccinal du patient vis-à-vis du tétanos et mettre en œuvre la prophylaxie adéquate^{2,3}.
PRINCIPE DU TEST	MATÉRIEL FOURNI
TetaQuick® est un test immunochromatographique à flux latéral. Le test utilise des anticorps anti IgG humaines (ligne test) immobilisés sur une bandelette de nitrocellulose. Le conjugué (antigènes de toxine tétanique marqué à l'or colloïdal) est également intégré à la bandelette. Lorsque l'échantillon sanguin est ajouté dans le puits échantillon (S) puis le tampon dans le puits tampon (B), les anticorps IgG, s'ils sont présents, se lient aux conjugués toxine anti-tétanique, formant des complexes antigènes-anticorps. Ces complexes migrent à travers la membrane de nitrocellulose par capillarité. Lorsque les complexes rencontrent la ligne de l'anticorps immobilisé correspondant, les complexes sont piégés et forment une bande de couleur bordeaux qui confirme la réactivité du test. L'absence de bande colorée dans la région test indique un résultat négatif.	- 10 sachets scellés contenant chacun une cassette test, une pipette de 50µl et un absorbant d'humidité - 10 flacons de tampon - 10 lancettes de sécurité - 10 tampons d'alcool - 1 notice d'utilisation
MATÉRIEL REQUIS MAIS NON FOURNI	CONSERVATION ET STABILITÉ
- Récipients de collecte des échantillons (pour l'obtention de sang veineux uniquement) - Centrifugeuse (pour l'obtention de plasma uniquement) - Pipettes de laboratoire (si utilisation de sang veineux ou plasma/sérum uniquement) - Minuteur	
Le kit peut être conservé à température ambiante ou réfrigérée (2-30°C). Ne pas congeler le kit. Le kit est stable jusqu'à la date de péremption imprimée sur le kit. NE RETIRER LA CASSETTE DU SACHET SCÉLÉ QUE JUSTE AVANT D'EFFECTUER LE DEPOT DE L'ÉCHANTILLON.	
AAZ.TQ.09-B (20230804) Notice d'utilisation TetaQuick® FR	

Limite de détection (seul de positivité ou cut off)
Selon les recommandations de l'OMS, la concentration minimale de détection des anticorps dirigés contre le tétanos a été fixée à 0,1 UI/mL⁵.

Précision
Intra-lot : 4 échantillons (un négatif, un faible positif, un positif moyen et un positif fort) ont été testés 10 fois chacun. Les échantillons ont été correctement identifiés dans plus de 99% du temps.

Inter-lot : 4 échantillons (un négatif, un faible positif, un positif moyen et un positif fort) ont été testés 10 fois sur 3 lots. Les échantillons ont été correctement identifiés dans plus de 99% du temps.

Effet prozone ou crochet
Aucun effet de prozone n'a été détecté à une concentration allant jusqu'à 45 UI/mL.

Réactions croisées
Les substances listées ci-dessous ont été testées.
Les résultats n'ont montré aucune réaction croisée.

VIH	Virus de la rubéole	IgG du virus de l'hépatite A
Virus de l'hépatite B	IgG de la coqueluche	IgG du virus varicelle-zona
IgG du tréponème pâle	IgG du virus d'Epstein-Barr	IgG de la pneumonie à mycoplasme
IgG du cytomégalo virus	IgG du virus de l'hépatite simple	IgG de Toxoplasma gondii
IgG de l'anatoxine diphtérique	Facteur rhumatoïde	

Interférences

Les résultats n'ont montré aucune interférence.
Le kit a été testé pour détecter toute interférence éventuelle avec des échantillons visiblement hémolysés et lipidiques, ainsi que des échantillons de sérum contenant des taux élevés de bilirubine. Les résultats n'ont montré aucune interférence. De plus, aucune interférence n'a été observée dans les spécimens contenant jusqu'à 1 000 mg/dL d'hémoglobine, jusqu'à 1 000 mg/dL de bilirubine, et jusqu'à 2 000 mg/dL d'albumine sérique humaine.

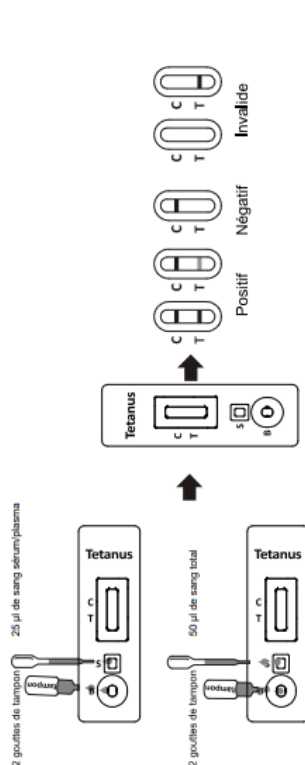
RÉFÉRENCES DE LITTÉRATURE

- Elkharat D. et al. Impact of guidelines to alter antitetanus prophylaxis practices and reduce costs in the emergency department. Am J Ther. 1995; 6 (4): 203-9.
- Thiebaut A. et al. Intérêt clinique et économique d'un test rapide de mise en évidence de l'immunoprotection antitétanique. J. Pharm. Clin. 2003; 22 (1): 31-35.
- Colombet I. et al. Diagnosis of Tetanus Immunization status: Multicenter Assessment of a Rapid Biological Test. Clin. & Diagn. Lab. Immunol. 2005; 12 (9): 1057-1062.
- Stubbe M. et al. Improving tetanus prophylaxis in the emergency department: a prospective, double-blind, cost-effectiveness study. Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine. Emerg Med J. 2007; 24 (9): 648-53.
- Borrow R. et al., WHO, The Immunological basis for immunization series. Module 3 Tetanus updated. 2006.

LEGENDE DES SYMBOLES

	Lire la notice d'utilisation		Nombre de tests par kit		Fabricant
	Pour usage de diagnostic in vitro uniquement		Date de péremption		Ne pas réutiliser
	A conserver entre 2 et 30°C		Numéro de lot		Référence
	Marquage CE				

AAZ-LMB
43, rue de Bellevue
92100 - Boulogne-Billancourt France



INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Positif : la ligne contrôle (C) et la ligne de test (T) apparaissent dans la fenêtre de résultat. Cela indique un résultat positif.
Négatif : seule la ligne de contrôle (C) apparaît dans la fenêtre de résultat. Cela indique un résultat négatif.

Invalide : la ligne contrôle (C) n'apparaît pas dans la fenêtre de résultat. Un volume d'échantillon insuffisant ou une exécution incorrecte de la procédure sont les raisons les plus probables de l'échec de la ligne contrôle. Revoyez la procédure et répétez le test avec une nouvelle cassette test. Si le problème persiste, cessez d'utiliser le kit et contactez votre distributeur local.

Remarque: l'intensité de la couleur dans la zone de test (T) peut varier en fonction de la concentration des anticorps antitétaniques présent dans l'échantillon. Par conséquent, toute nuance de couleur dans la zone de test doit être considérée comme positive.

CONTRÔLE DE QUALITÉ

Contrôle qualité interne
Un contrôle qualité interne est inclus dans le test. L'apparition d'une ligne rouge contrôle (C) confirme que la procédure de test a été correctement suivie.

LIMITES

- TetaQuick® est destinée à un usage de diagnostic *in vitro*. Le test doit être utilisé pour la détection des anticorps antitétaniques dans les échantillons de sang total, de sérum ou de plasma uniquement. Ni la valeur quantitative ni le taux d'augmentation de la concentration d'anticorps antitétaniques ne peuvent être déterminés par ce test qualitatif.
- Le non-respect de la procédure de test peut nuire à la performance du test et/ou invalider le résultat du test.
- Un résultat négatif peut survenir si les anticorps détectés ne sont pas présents au stade de la maladie pendant lequel l'échantillon est prélevé ou si leur taux est inférieur à la limite de détection du test.
- L'hématocrite du sang total doit être compris entre 25% et 65%.

PERFORMANCES

Le test TetaQuick® a été évalué par rapport à un autre test rapide. Au total, 70 échantillons positifs et 85 échantillons négatifs ont été collectés. Les résultats de sensibilité et de spécificité obtenus sont résumés dans le tableau suivant :

Technique	Test de référence			Total
	Résultats	Positif	Négatif	
TetaQuick®	Positif	69	1	70
	Négatif	1	84	85
Total		70	85	155

Sensibilité relative: 98,6% (95%CI*: 92,3%-99,9%)
Spécificité relative: 98,8% (95%CI*: 93,6%-99,9%)
Précision: 98,7% (95%CI*: 95,4%-99,8%)
* Intervalles de confiance

Annexe 3 : Notice d'utilisation du test TROD'TIQUE®



TROD'TIQUE® Test pour la détection dans les tiques de bactéries Borrelia, responsables de la Maladie de Lyme

INTRODUCTION

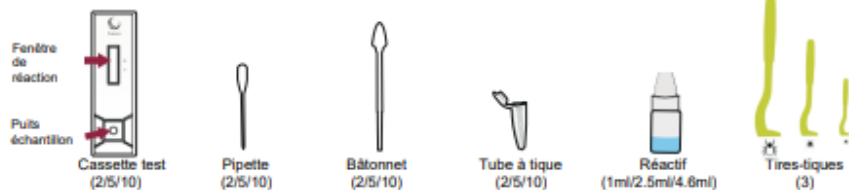
Il existe plus de 800 types de tiques dans le monde, qui peuvent être divisées en deux familles : les tiques dures et les tiques molles. Les tiques molles se trouvent principalement dans les régions tropicales et subtropicales. Les tiques dures, en revanche, y compris la tique des bois, existent dans le monde entier et peuvent être porteuses de bactéries responsables de la borréliose de Lyme, appelées borrelies et de virus de l'encéphalite à tiques, (TBE). Alors que les virus se trouvent dans les glandes salivaires des tiques et sont transférés directement à la victime lors de la morsure, les borrelies sont localisées dans l'intestin (colon) de la tique et n'atteignent la victime par les glandes salivaires qu'après plusieurs heures. Par conséquent, le risque d'infection par les borrelies est minime dans les premières heures suivant la morsure. L'excrétion des agents pathogènes commence au plus tôt deux heures après que la tique s'est attachée et n'atteint son maximum qu'après 72 heures.

Les symptômes de la borréliose de Lyme sont aussi variés chez les animaux (chiens et chevaux) que chez les humains. Chez l'homme la maladie évolue selon trois phases : la phase primaire est caractérisée par l'érythème migrant (plaque rouge sur la peau autour de la pique). Si la maladie n'est pas traitée à ce stade précoce, des complications peuvent survenir lors des phases ultérieures de la maladie.

Si une tique s'est déjà gorgée de sang, on ne peut pas exclure qu'elle soit un agent infectieux potentiel. La tique doit donc être examinée pour rechercher une éventuelle infection par les borrelies qui se traduira par un test TROD'TIQUE® positif. Ce résultat devra être communiqué à un professionnel de santé.



CONTENU DE LA BOITE



TROD'TIQUE® existe en 3 références :
TR-TIQ-001 (boîte de 2 tests)
TR-TIQ-002 (boîte de 5 tests)
TR-TIQ-003 (boîte de 10 tests)

Matériel requis mais non fourni
Minuteur

PREREQUIS DU TEST

Choisissez le tire-tique en fonction de la taille de la tique :

- Tire-tique de petite taille : pour les larves (0,4 mm à 1 mm)
- Tire-tique de moyenne taille : pour les nymphes et tiques adultes (1 mm à 8 mm)
- Tire-tique de grande taille : pour les tiques adultes gorgées (8 mm à 11 mm)

La désinfection préalable à l'extraction n'est pas recommandée car selon le produit appliqué cela peut provoquer la libération des agents pathogènes par la tique.

Retirez soigneusement la tique à l'aide du tire-tique de taille adaptée en réalisant un mouvement de rotation et la tique se détachera d'elle-même après 2 ou 3 tours. En effet il est important de ne pas compresser l'abdomen de la tique lors de l'extraction car cela augmenterait le risque de transmission de borrelies, agents responsables de la maladie de Lyme.



PROCÉDURE DE TEST

Ramenez l'échantillon et les composants du test à température ambiante (15-30°C) avant de procéder au test.

Retirez la cassette test de la pochette scellée juste avant la réalisation du test et placez-la sur une surface plane et propre.

PROCÉDURE DE TEST POUR LES PETITES TIKES (< 8mm)

	ETAPE 1 Placez la tique dans le tube à tique puis ajoutez 3 gouttes de réactif.
	ETAPE 2 Écrasez la tique à l'aide du bâtonnet fourni (côté pointu); l'intestin doit être écrasé et le liquide doit se colorer. Retirez puis jeter le bâtonnet.
	ETAPE 3 Prélevez le mélange de réactifs avec la pipette. Si le mélange est très épais, vous pouvez ajouter une autre goutte de réactif.
	ETAPE 4 Déposez 3 gouttes du mélange de réactifs dans le puits échantillon de la cassette de test. Le liquide commence à migrer le long de la bandelette.
Note : pour obtenir une performance optimale du test, il est essentiel de procéder à un broyage intensif ; les bactéries Borrelia à détecter se trouvant dans l'intestin de la tique.	

PROCÉDURE DE TEST POUR LES GRANDES TIKES (> 8mm)

	ETAPE 1 Placez la grande tique (corps et tête) dans le tube à tique.
	ETAPE 2 Écrasez la tique à l'aide du bâtonnet fourni (côté pointu) de manière à écraser l'intestin faire sortir le jus de la tique. Retirez puis jeter le bâtonnet.
	ETAPE 3 Prélevez le jus de tique avec la pipette. Veillez à ne pas ramasser de parties de tique.
	ETAPE 4 Déposez 1 goutte de jus de tique dans le puits échantillon de la cassette de test. Laissez-la s'imprégner quelques secondes.
	ETAPE 5 Après absorption complète du jus de tique, ajoutez 2 gouttes de réactif dans le puits échantillon de la cassette de test. Le liquide commence à migrer lentement le long de la bandelette.

Notez l'heure et attendez 10 minutes avant de lire le résultat.
Interprétation au verso.



AAZ.TT.09-A (20240308) Notice d'utilisation TROD'TIQUE® FR

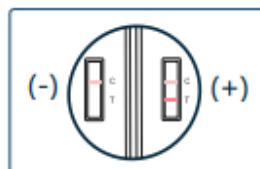
INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

TEST NÉGATIF

Si votre test correspond à l'image ci-contre, votre résultat est négatif.

1 bande colorée présente :
la bande contrôle (C)

Aucune Borrelie n'a été détectée dans la tique.



TEST POSITIF

Si votre test correspond à l'image ci-contre, votre résultat est positif.

2 bandes colorées sont présentes :
la bande contrôle (C) et la bande test (T)

Des Borrelies ont été détectées dans la tique, c'est un premier signal d'alarme ; il convient d'observer attentivement sur le site de la pique l'apparition d'une rougeur croissante de forme arrondie (érythème migrant) et de surveiller l'apparition de symptômes de type grippaux.

Parlez-en à un professionnel de santé : Pharmacien, Médecin ou Vétérinaire.

Si votre test ne correspond à aucun des cas présentés ci-dessus, le résultat est invalide, votre test n'a pas fonctionné. Vous ne pouvez rien conclure. Vous devez refaire un test.

PRINCIPE ET PERFORMANCES

TROD'TIQUE® est un test immuno-chromatographique pour la détection des bactéries Borrelia dans les tiques.

Technique	Test PCR		
	Sensibilité	Spécificité	TTP
TROD'TIQUE	90,00 %	97,75 %	95,00 %

Sensibilité : la sensibilité de ce test a été évaluée à 90%.

Spécificité : la spécificité de ce test a été évaluée à 97,75%.

PRÉCAUTIONS ET MISES EN GARDE

- Conserver le test dans son emballage d'origine, dans un endroit frais et sec entre 2°C et 30°C.
- Si la boîte a été conservée au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C), elle doit être ramenée à température ambiante (entre 15°C et 25°C) avant utilisation.
- Ouvrir l'emballage de la cassette au moment où vous êtes prêt à effectuer le test.
- Ne pas utiliser le test après la date de péremption.
- Ne pas utiliser le test si son emballage est ouvert ou endommagé.
- Utiliser une nouvelle cassette et un nouveau tube pour chaque tique.
- N'utiliser que les composants fournis dans le kit.
- Veillez à ce que l'échantillon ne contienne aucune particule solide de la tique.
- Veillez à ce que la tique soit correctement écrasée (les borrelies se trouvant dans l'intestin de la tique).
- Une conservation en dehors des limites indiquées ou le non-respect des limites d'utilisation peuvent entraîner des résultats erronés.
- Le matériel utilisé doit être jeté conformément à la réglementation locale.
- AAZ-LMB décline toute responsabilité liée à l'utilisation, la distribution ou la dispensation de ce test ou de ses éléments en dehors des indications et limites d'utilisation mentionnées dans la notice d'utilisation en vigueur.

LITTÉRATURE

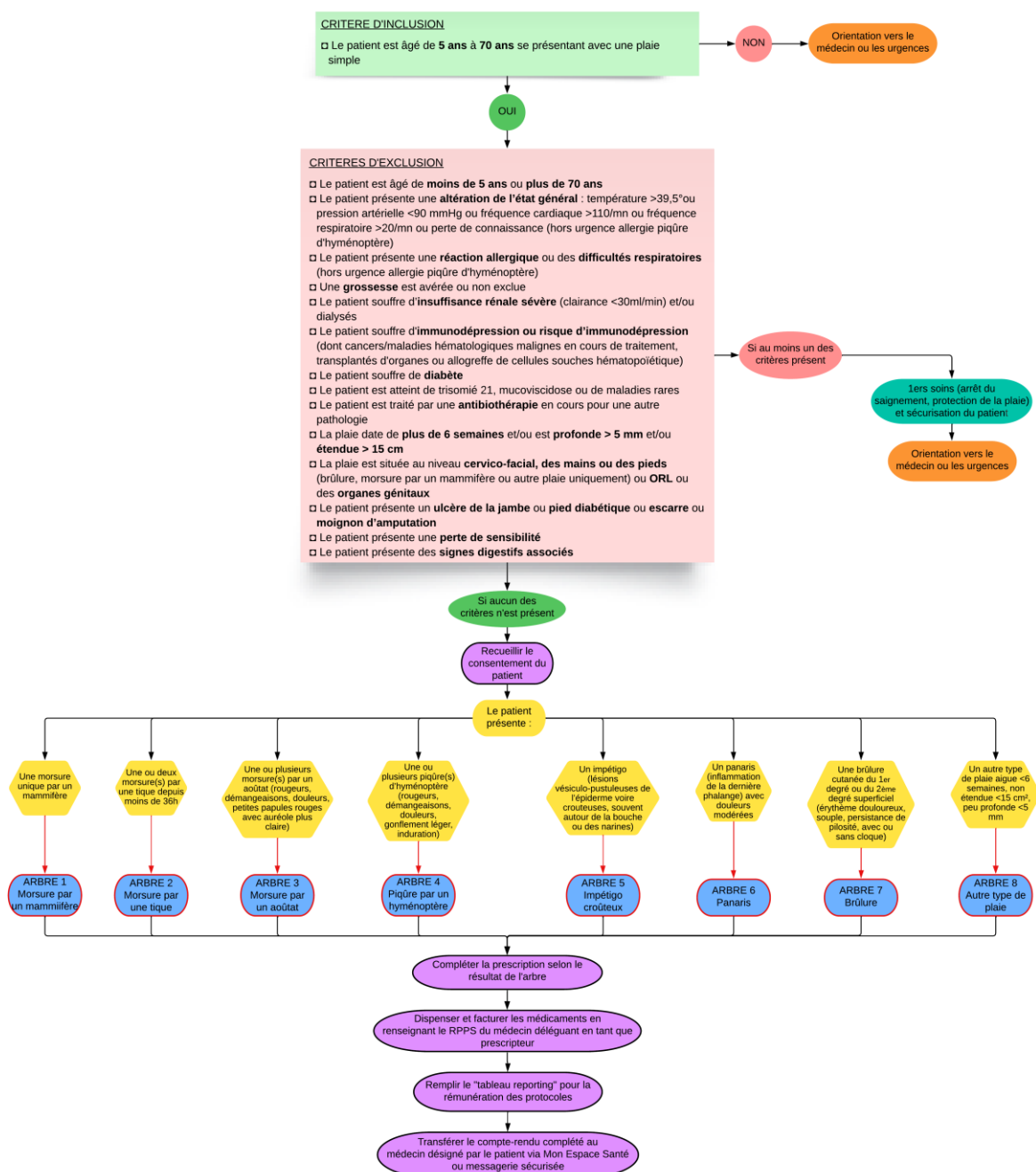
J. Eckert, K.T. Friedhoff, H. Zahner, P. Deplazes: „Lehrbuch Der Parasitologie für die Tiermedizin“, Enke Verlag, 2.vollst. überarb. Aufl. 2008
W. Luttmann, K. Bratke, M. Küpper, D. Myrtek: „Der Experimentator Immunologie“, Spektrum Akademischer Verlag, S.110 f., 3. Auflage 2009

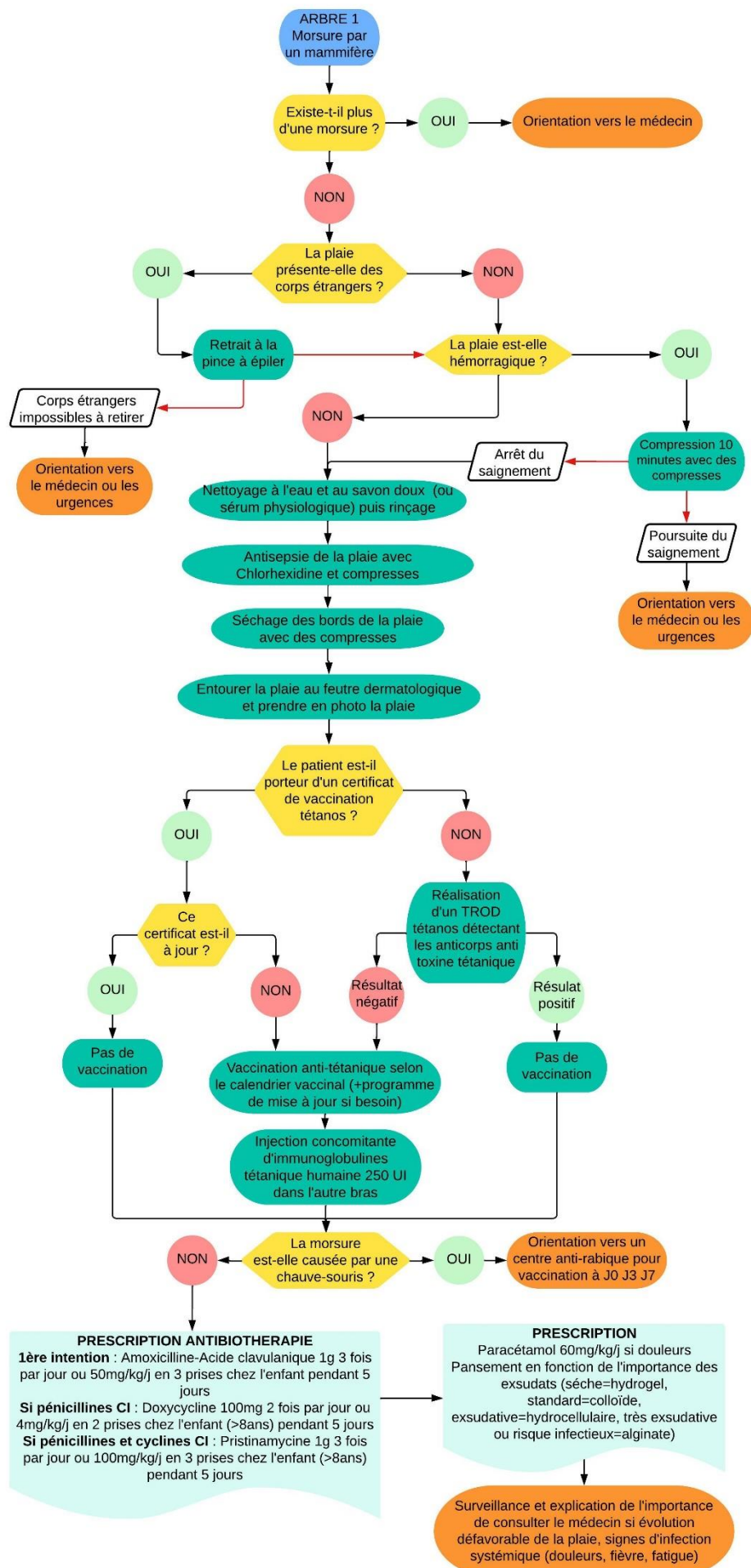
LÉGENDE DES SYMBOLES

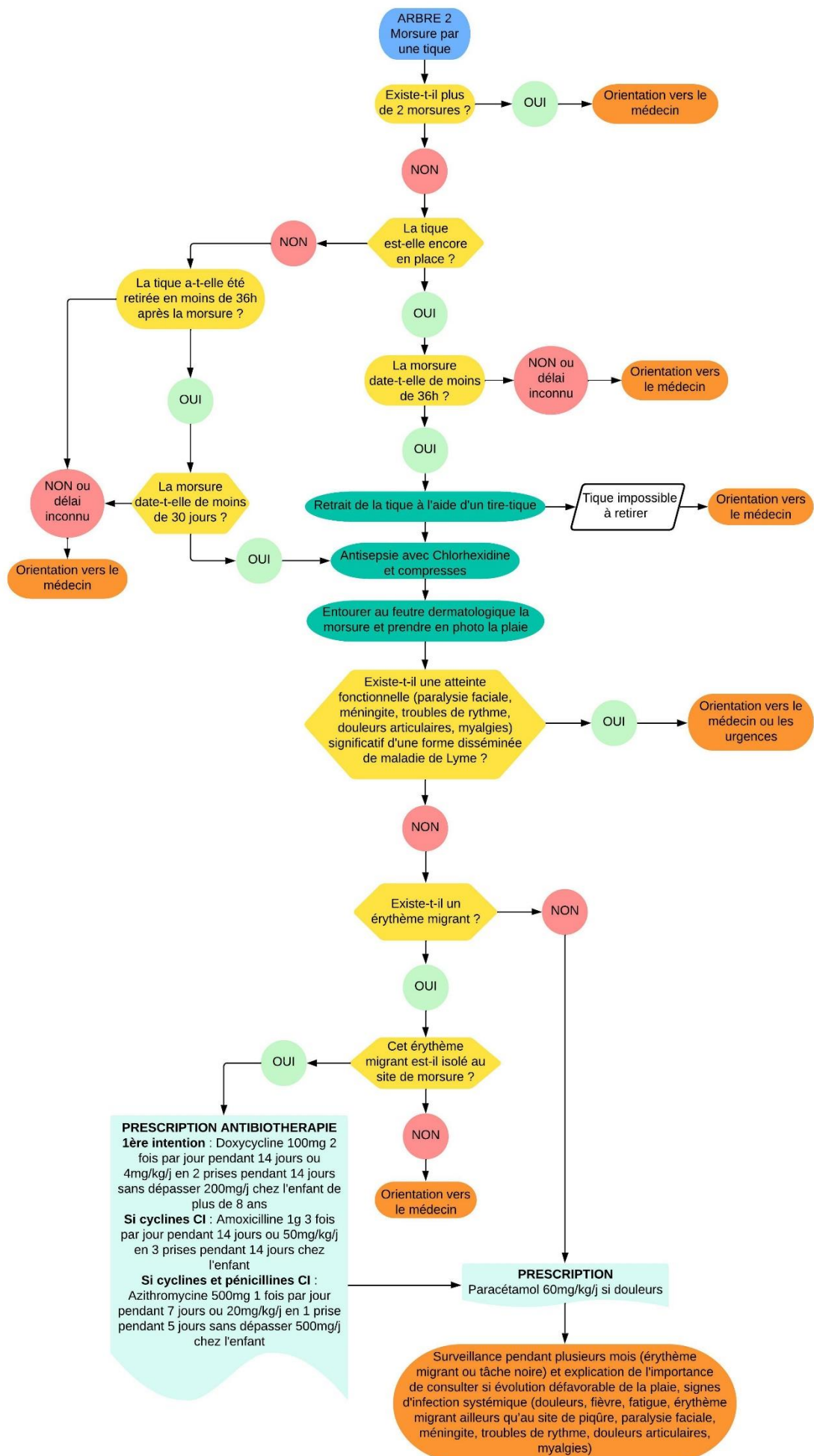
	Lire la notice d'utilisation		Nombre de tests par kit		Fabricant
	Protéger contre la lumière		Date de péremption		Ne pas réutiliser
	A conserver entre 2 et 30°C		Numéro de lot		Référence

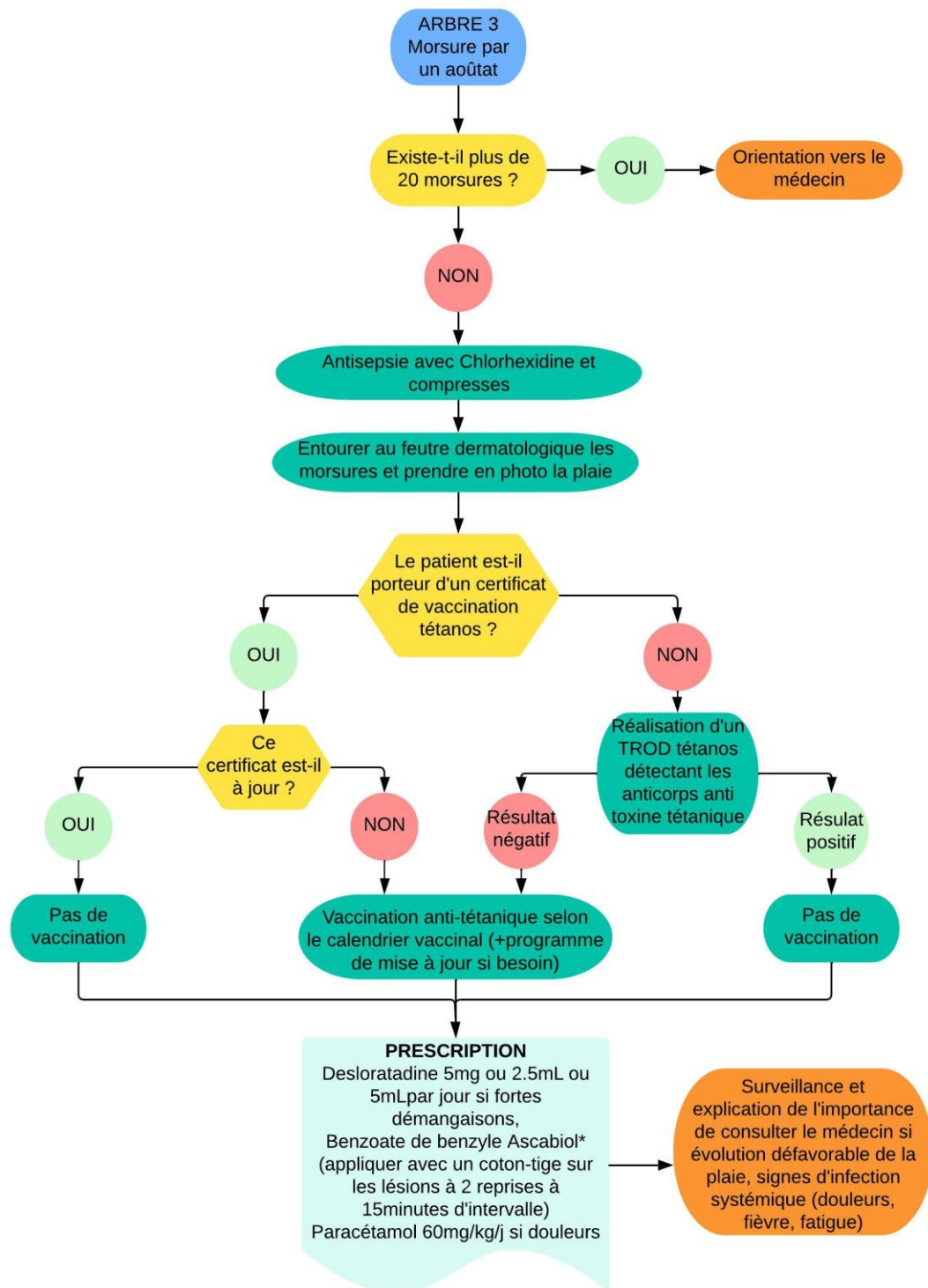
AAZ-LMB
43, rue de Bellevue
92100 Boulogne-Billancourt – France

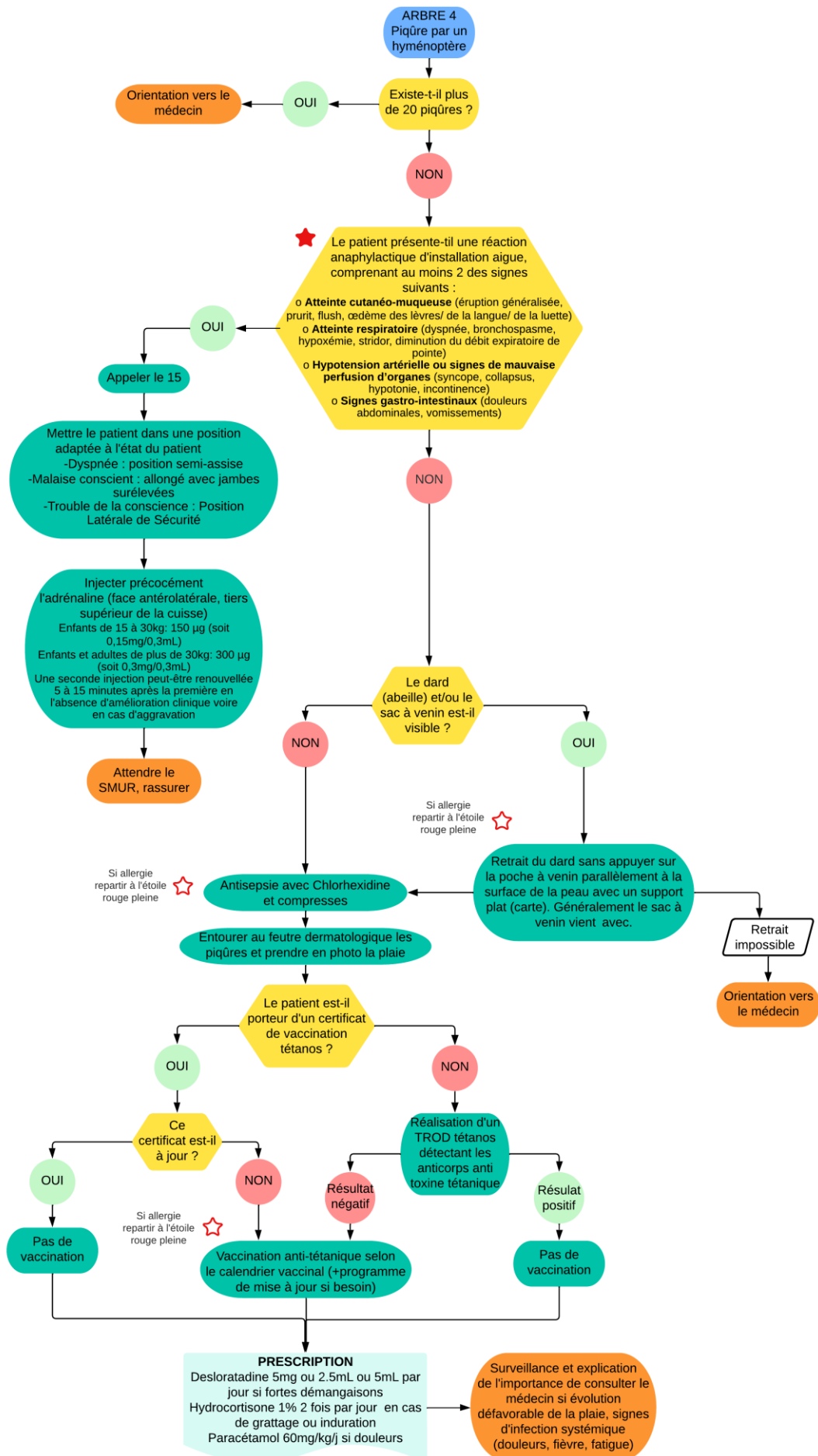
Annexe 4 : Arbres décisionnels

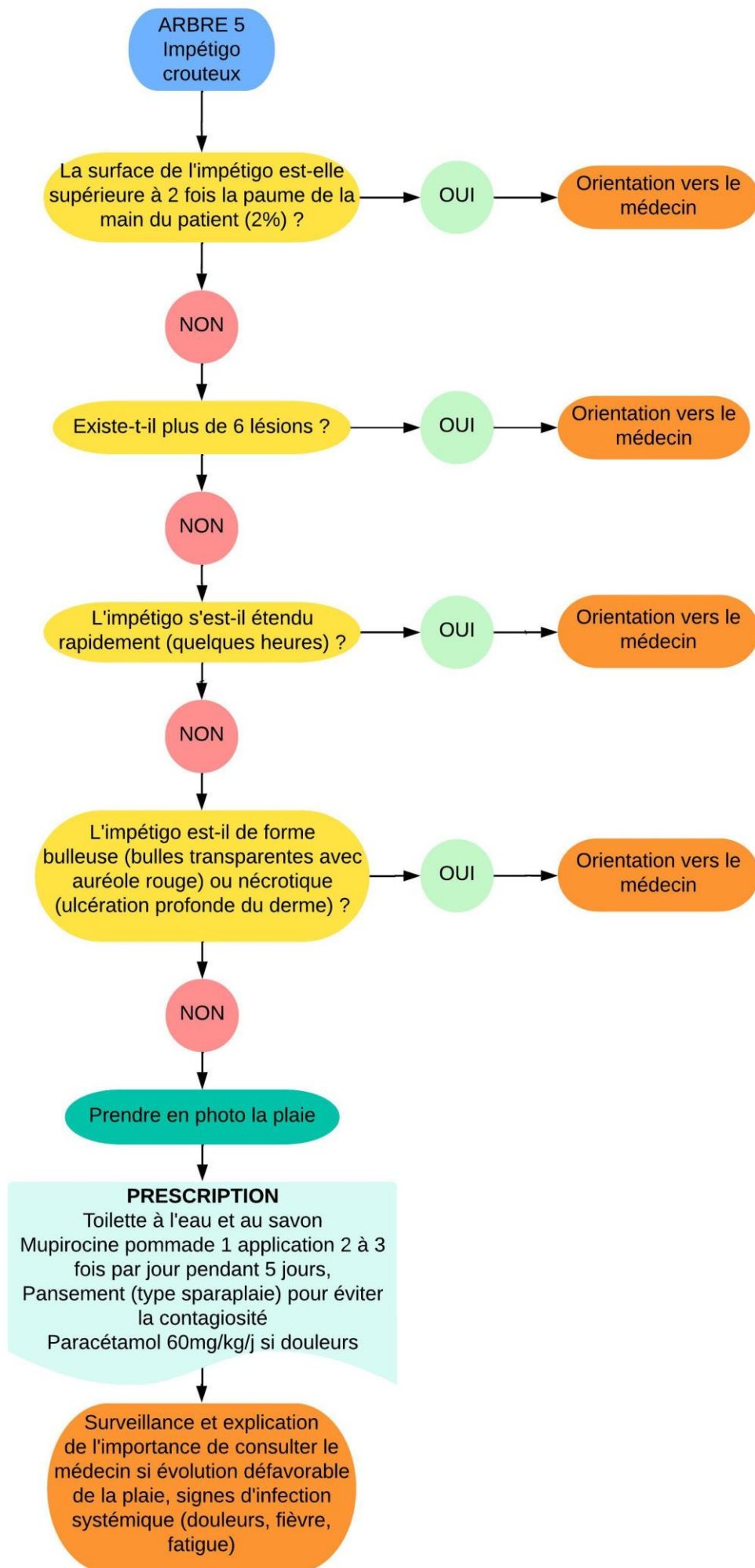


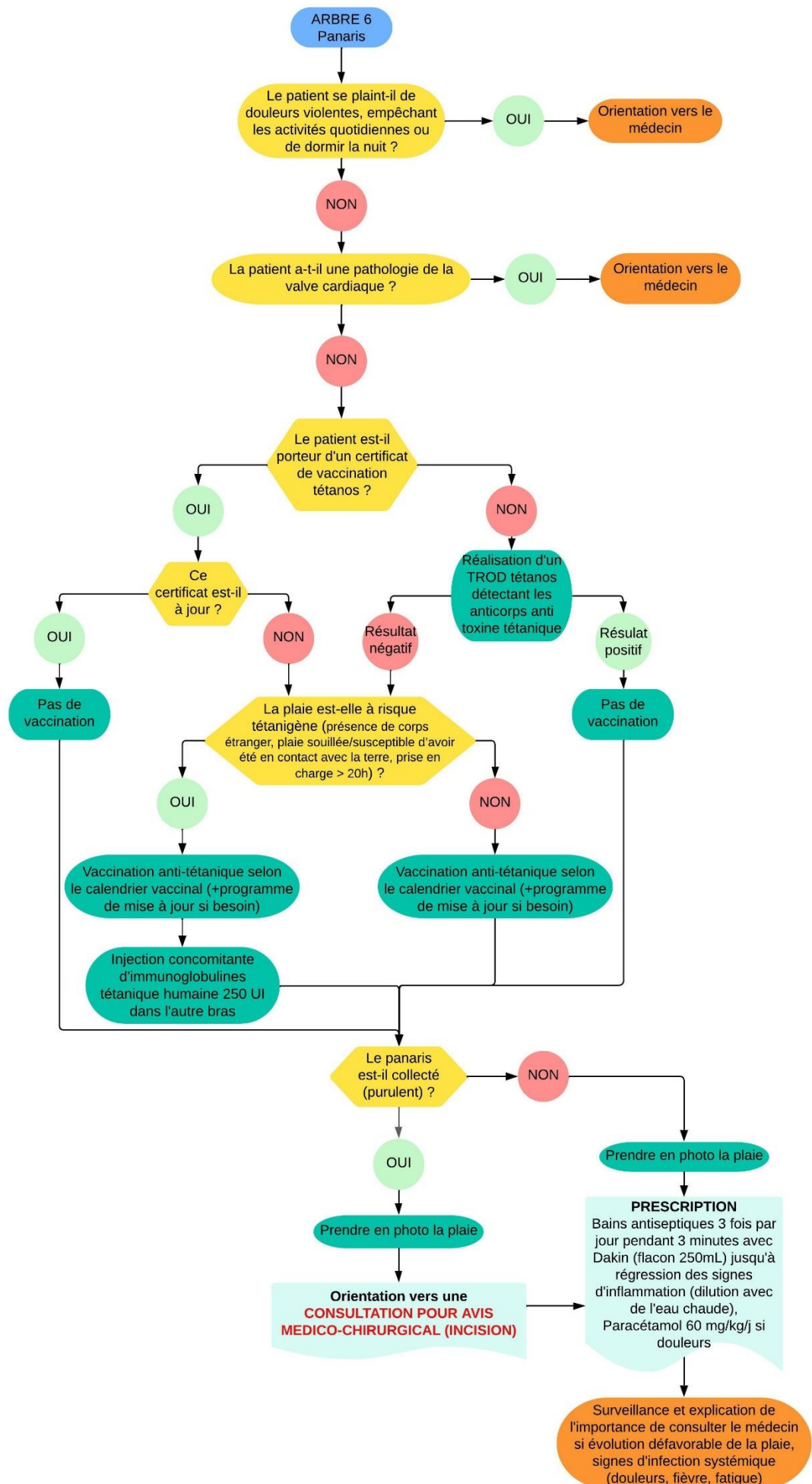


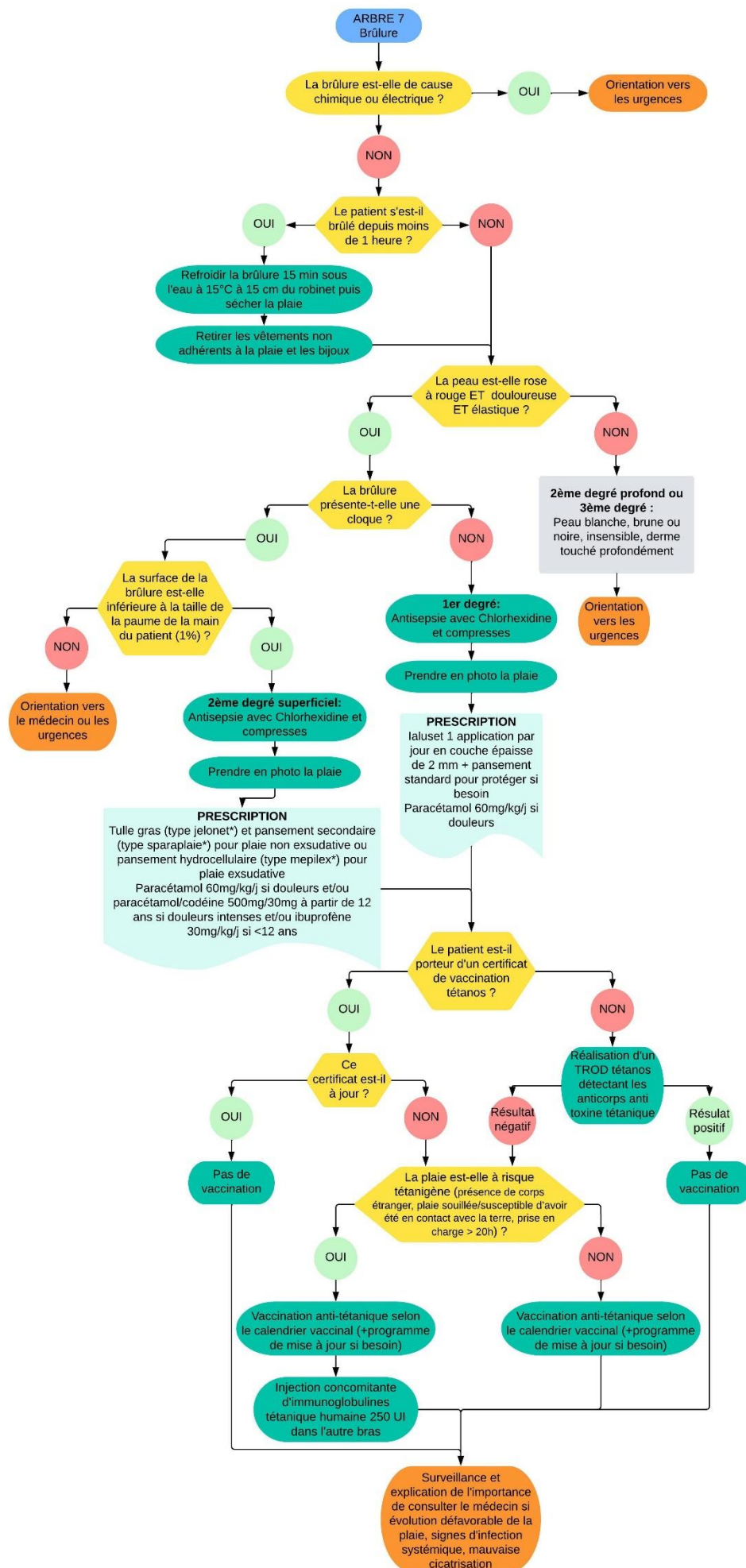


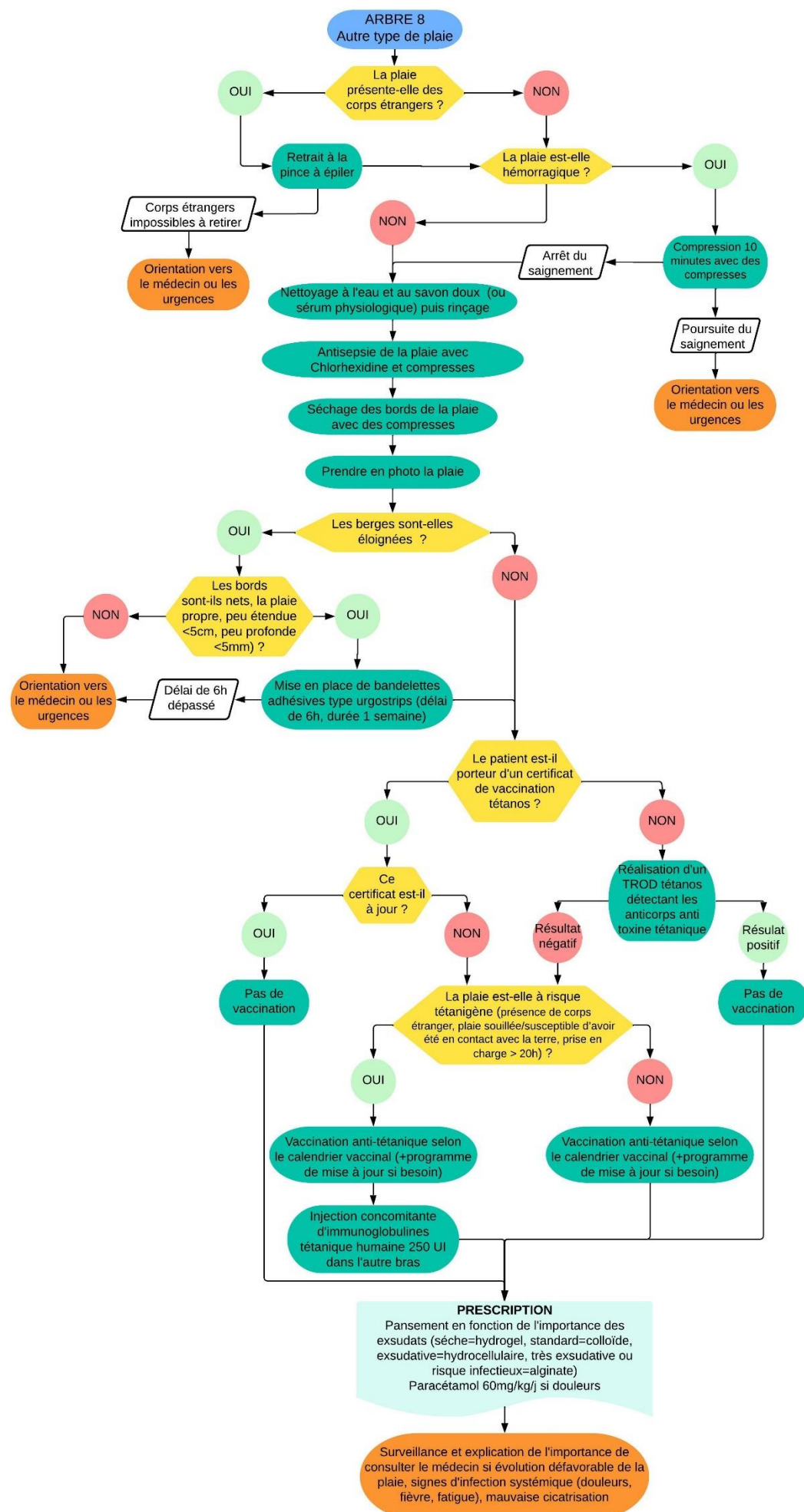












Annexe 5 : Ordonnances médicamenteuses et non-médicamenteuses

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Morsure par un mammifère

- | | |
|---|---------------|
| ☐ Chlorhexidine | 1 flacon |
| ☐ Compresses stériles en non-tissé (7.5x7.5) | 1 boîte de 10 |
| ☐ Paracétamol | 1 boîte |
| ○ 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal | 1 boîte |
| ○ Revaxis® ou InfanrixTetra® ou Repevax® ou InfanrixHexa® | |
| ☐ Gammatetanos® 250 UI/2ml | 1 boîte |
| ☐ Amoxicilline-Acide clavulanique | |
| ○ 1g 3 fois par jour pendant 5 jours (adulte) | |
| ○ 50mg/kg/j en 3 prises pendant 5 jours (enfant) | |
| ☐ OU Doxycycline | |
| ○ 100mg 2 fois par jour pendant 5 jours (adulte) | |
| ○ 4mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours (enfant >8ans) | |
| ☐ OU Pristinamycine | |
| ○ 1g 3 fois par jour pendant 5 jours (adulte) | |
| ○ 100mg/kg/j en 3 prises pendant 5 jours (enfant >8ans) | |
| ☐ Pansements hydrogelcm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement tous les 2 à 3 jours jusqu'à ramollissement | |
| ☐ OU Pansements hydrocolloïdecm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement quand il se décolle (maximum 7 jours) | |
| ☐ OU Pansements hydrocellulairecm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement tous les 2 à 3 jours selon l'abondance des exsudats | |
| ☐ OU Pansements alginatecm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement selon l'abondance des exsudats (maximum 7 jours) | |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Morsure par un mammifère

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Infection (risque infectieux dans les heures ou les jours suivants) : douleurs, rougeur, gonflement, écoulement purulent (pus), fièvre
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement anti-douleurs

Conseils :

- Identifier l'animal mordeur
- Adopter un comportement approprié avec l'animal
 - Ne pas se fier aux apparences,
 - Toujours surveiller,
 - **Eviter** de s'approcher d'un animal inconnu ou qui grogne, caresser sans accord, s'interposer dans un combat, déranger le sommeil, emparer les jouets, serrer, tirer ou grimper sur l'animal, courir proche de l'animal

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Morsure par une tique

- | | |
|---|---------------|
| ☐ Chlorhexidine | 1 flacon |
| ☐ Compresses stériles en non-tissé (7.5x7.5) | 1 boîte de 10 |
| ☐ Paracétamol | 1 boîte |
| ○ 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Doxycycline | |
| ○ 100mg 2 fois par jour pendant 14 jours (adulte) | |
| ○ 4mg/kg/j en 2 prises pendant 14 jours (enfant >8ans) | |
| ☐ OU Amoxicilline | |
| ○ 1g 3 fois par jour pendant 14 jours (adulte) | |
| ○ 50mg/kg/j en 3 prises pendant 14 jours (enfant) | |
| ☐ OU Azithromycine | |
| ○ 500 mg 1 fois par jour pendant 7 jours (adulte) | |
| ○ 20mg/kg/j en 1 prise pendant 5 jours (enfant) | |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Morsure par une tique

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Apparition d'une macule érythémateuse (tâche rouge) ronde à ovale centrifuge au site de morsure ou ailleurs à distance du site de morsure dans les jours voire les mois suivants



- Apparition de douleurs, fièvre, fatigue, musculaires, paralysie faciale, méningite, troubles de rythme cardiaque, douleurs articulaires, douleurs musculaires
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement anti-douleurs

Conseils :

- Examiner au retour et le lendemain de la promenade, surveiller après morsure, toujours retirer une tique au plus vite
- Porter des vêtements clairs et longs, couvrant les bras et les jambes et resserrés aux extrémités, porter un chapeau couvrant la tête et le cou, porter des chaussures fermées
- Utiliser un répulsif cutané (DEET ou IR3535 peut être utilisé chez l'enfant dès 6 mois ou la femme enceinte)
- Rester sur des chemins débroussaillés et éviter les herbes hautes
- Ne pas s'asseoir sur le sol directement mais utiliser un linge clair
- Tondre et débroussailler régulièrement son jardin

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Piqûre d'hyménoptère

- | | |
|---|---------------|
| ☐ Chlorhexidine | 1 flacon |
| ☐ Compresses stériles en non-tissé (7.5x7.5) | 1 boîte de 10 |
| ☐ Paracétamol | 1 boîte |
| ○ 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal | 1 boîte |
| ○ Revaxis® ou InfanrixTetra® ou Repevax® ou InfanrixHexa® | |
| ☐ Hydrocortisone 1% | 1 boîte |
| ○ 1 application 2 fois par jour si démangeaisons ou induration | |
| ☐ Desloratadine | 1 boîte |
| ○ 5 mg 1 fois par jour si fortes démangeaisons (>12 ans) | |
| ○ Solution buvable 0,5mg/mL : | |
| 2.5mL (1 à 5 ans) ou 5mL (6 à 11 ans) 1 fois par jour | |
| ☐ Adrénaline injectable EpiPen® | 1 boîte |
| ○ 0.30mg/0.3mL (adulte et enfants de plus de 30kg) | |
| ○ 0.15mg/0.3mL (enfants entre 15 et 30kg) | |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Piqûre d'hyménoptère

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Signes allergiques (urticaire, angioœdème, difficultés respiratoires, chute de pression artérielle, malaise, ...)
- Persistance des démangeaisons
- Signes généraux (fièvre, fatigue, ...)
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement anti-douleurs

Conseils :

- Appliquer de la glace pour calmer la douleur et diminuer l'œdème
- Prévenir les proches en cas d'allergie, avoir une trousse d'urgence sur soi
- Porter des vêtements couvrants, clairs, en évitant les parfums
- Porter des gants lors de travaux extérieurs
- Eviter de rester près de plantes à fruits, ruches ou nids d'insectes
- Veiller à la présence de guêpes dans l'alimentation ou les canettes
- Jeter régulièrement le reste de nourriture et les poubelles
- Rester calme et éviter les mouvements brusques, voire cacher le visage avec les mains
- Ouvrir les fenêtre si un hyménoptère tourne autour de vous en intérieur ou dans la voiture
- Eviter de marcher pieds nus ou en sandales dans la nature
- Faire retirer les nids près de l'habitation

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Morsure par un aoûtat

- | | |
|---|---------------|
| ☐ Chlorhexidine | 1 flacon |
| ☐ Compresses stériles en non-tissé (7.5x7.5) | 1 boîte de 10 |
| ☐ Paracétamol | 1 boîte |
| ○ 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal | 1 boîte |
| ○ Revaxis® ou InfanrixTetra® ou Repevax® ou InfanrixHexa® | |
| ☐ Benzoate de benzyle Ascabiol® | 1 boîte |
| ○ 2 applications sur les lésions à 15 minutes d'intervalle | |
| ☐ Desloratadine | 1 boîte |
| ○ 5 mg 1 fois par jour si fortes démangeaisons (>12 ans) | |
| ○ Solution buvable 0,5mg/mL : | |
| 2.5mL (1 à 5 ans) ou 5mL (6 à 11 ans) 1 fois par jour | |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Morsure par un aoûtat

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Persistance des démangeaisons
- Signes généraux (fièvre, fatigue, ...)
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement anti-douleurs

Conseils :

- Porter des vêtements clairs et longs, couvrant les bras et les jambes et resserrés aux extrémités, porter un chapeau couvrant la tête et le cou, porter des chaussures fermées
- Utiliser un répulsif cutané (DEET ou IR3535 peut être utilisé chez l'enfant dès 6 mois ou la femme enceinte)
- Rester sur des chemins débroussaillés et éviter les herbes hautes
- Ne pas s'asseoir sur le sol directement mais utiliser un linge clair
- Tondre et débroussailler régulièrement son jardin

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Impétigo

- | | |
|---|---------|
| ☐ Paracétamol 60mg/kg/j | 1 boîte |
| ○ 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Mupirocine pommade | 1 boîte |
| ○ 1 application 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours | |
| ☐ Pansements adhésifs stérilescm xcm | 1 boîte |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Impétigo

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Extension rapide, forme bulleuse (bulles transparentes) ou nécrotique (ulcération profonde)
- Infection : douleurs, rougeur, gonflement, écoulement purulent (pus), fièvre
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement anti-douleurs
- Diarrhées

Conseils :

- Nettoyage régulier avec un savon doux surgras, appliquer une lotion hydratante et éventuellement des soins de démangeaisons
- Changer les sous-vêtements tous les jours (ample, en coton)
- Eviter le contact avec les lésions
- Bonne hygiène des mains (pour l'adulte s'occupant d'un enfant, des enfants eux-mêmes notamment après avoir touché leur nez) et couper les ongles courts
- Eviter le contact de l'enfant malade avec d'autres enfants
- Ne pas échanger les vêtements, jouets sans les laver au préalable
- Prévenir l'établissement scolaire ou d'accueil, recouvrir les lésions d'un pansement ou éviction
- Toujours désinfecter une plaie, éviter de gratter efficacement. En cas de maladie de peau, ne pas gratter les lésions, traiter les infections nasales

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Panaris

- | | |
|---|----------|
| ☐ Solution d'hypochlorite de sodium Dakin® (250mL) | 1 flacon |
| ○ Bains antiseptiques 3 fois par jour pendant 3 minutes jusqu'à régression | |
| ☐ Paracétamol | 1 boîte |
| ○ 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal | 1 boîte |
| ○ Revaxis® ou InfanrixTetra® ou Repevax® ou InfanrixHexa® | |
| ☐ Gammatetanos® 250 UI/2ml | 1 boîte |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Panaris

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Passage vers la forme collectée (pus)
- Infection : douleurs, rougeur, gonflement, écoulement purulent (pus), fièvre
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement anti-douleurs
- Déformation de l'ongle, douleurs musculaires ou articulaires

Conseils :

- Lavage, désinfection et protection
- Prendre le soin de ses ongles (éviter de ronger les ongles, ne pas arracher la peau ni les cuticules)
- Prévenir les blessures des mains (utiliser des bons ciseaux et coupe-ongles désinfectés, porter des gants pour bricoler/jardiner, éviter les piqûres d'insectes)
- Soigner les mains (retirer les corps étrangers au plus vite, éviter les surinfections des plaies, soigner les maladies de peau (eczéma/psoriasis/mycose)

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Brûlure

- | | |
|--|---------------|
| ☐ Chlorhexidine | 1 flacon |
| ☐ Compresses stériles en non-tissé (7.5x7.5) | 1 boîte de 10 |
| ☐ Paracétamol | 1 boîte |
| ○ 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Paracétamol/codéine 500mg/30mg | 1 boîte |
| ○ 12 à 15 ans : 1 comprimé toutes les 6 heures, maximum 4 par jour | |
| ○ A partir de 15 ans : 1 à 2 comprimé(s) toutes les 6 heures, maximum 8 par jour | |
| ☐ Ibuprofène | 1 boîte |
| ○ 30mg/kg/j ; en 3 prises par jour chez l'enfant de < 6 ans | |
| ○ 200 mg, 3 fois par jour chez l'enfant de 6 à 12 ans | |
| ☐ Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal | 1 boîte |
| ○ Revaxis® ou InfanrixTetra® ou Repevax® ou InfanrixHexa® | |
| ☐ Gammatetanos® 250 UI/2ml | 1 boîte |
| ☐ Ialuset* | 1 boîte |
| ○ 1 application par jour en couche épaisse après nettoyage de la plaie | |
| ☐ Pansements adhésifs stérilescm xcm | 1 boîte |
| ☐ OU Tulles grascm xcm | 1 boîte |
| ☐ OU Pansements hydrocellulairecm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement tous les 3 à 5 jours selon l'abondance des exsudats | |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Brûlure

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Infection : douleurs, rougeur, gonflement, écoulement purulent (pus), fièvre
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement antalgique

Conseils :

- Eviter toute exposition solaire (ou se couvrir et appliquer une protection solaire)
- Eviter de prendre des bains jusqu'à cicatrisation. Prendre une douche sans frotter la zone concernée, puis sécher la plaie en tamponnant avec une serviette
- Ne pas appliquer de crème/pommade cosmétique, ni de glace
- Température du bain à 37°C, veiller aux liquides chauds dans la cuisine (tourner les manches de casseroles vers le mur, ne pas laisser à portée de main friteuse, bouilloire, ...), vérifier la température des liquides à boire
- Tenir les enfants à distance de la porte du four, du fer à repasser, des plaques de cuisson, de la cheminée, des ampoules électriques
- Ne pas fumer au lit, ne pas attiser le feu avec un liquide inflammable, manipuler les produits chauds avec précaution, ne pas s'exposer au soleil entre 12 et 16h et limiter l'exposition, manipuler les produits caustiques avec des gants et des lunettes, éviter les risques d'électrification

Docteur

Spécialiste en médecine générale – déléguant

ADELI/RPPS :

Docteur

Pharmacien d'officine / Infirmier - délégué

ADELI/RPPS :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Plaie

- | | |
|---|---------------|
| ☐ Chlorhexidine | 1 flacon |
| ☐ Compresses stériles en non-tissé (7.5x7.5) | 1 boîte de 10 |
| ☐ Paracétamol | 1 boîte |
| ○ 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs | |
| ☐ Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal | 1 boîte |
| ○ Revaxis® ou InfanrixTetra® ou Repevax® ou InfanrixHexa® | |
| ☐ Gammatetanos® 250 UI/2ml | 1 boîte |
| ☐ Bandelettes adhésives | 1 boîte |
| ○ Laisser poser 1 semaine | |
| ☐ Pansements adhésifs stérilescm xcm | 1 boîte |
| ☐ OU Tulles grascm xcm | 1 boîte |
| ☐ OU Pansements hydrogelcm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement tous les 2 à 3 jours jusqu'à ramolissement | |
| ☐ OU Pansements hydrocolloïdecm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement quand il se décolle (maximum 7 jours) | |
| ☐ OU Pansements hydrocellulairecm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement tous les 2 à 3 jours selon l'abondance des exsudats | |
| ☐ OU Pansements alginatecm xcm | 1 boîte |
| ○ Renouveler le pansement selon l'abondance des exsudats (maximum 7 jours) | |

SIGNATURE

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

Nom :

Prénom :

Date :

Plaie

Motifs de re-consultation chez le médecin :

- Infection : douleurs, rougeur, gonflement, écoulement purulent (pus), fièvre
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement anti-douleurs

Conseils :

- Eviter toute exposition solaire (ou se couvrir et appliquer une protection solaire)
- Eviter de prendre des bains jusqu'à cicatrisation. Prendre une douche sans frotter la zone concernée, puis sécher la plaie en tamponnant avec une serviette
- Ne pas laisser d'objet tranchant à portée de main, équiper les tables et meubles de protège-coins, apprendre aux enfants à ne pas claquer les portes et ne jamais laisser ses doigts dans l'encadrement
- Respecter les consignes d'utilisation des outils dangereux et se protéger avec des vêtements adaptés (gants, blouse, lunettes, casque)
- Porter un casque, des genouillères, des protège-coudes, des protège-poignets pour faire des sports à risque de chute

Annexe 6 : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nom et prénom du patient : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Critères d'exclusion	Délégué	
	OUI	NON
Age <5 ans ou >70 ans	☐	☐
Grossesse avérée ou non exclue	☐	☐
Notion d'insuffisance rénale sévère (clairance <30ml/min) et/ou dialysé	☐	☐
Immunodépression ou risque d'immunodépression	☐	☐
Diabète	☐	☐
Trisomie 21, mucoviscidose ou maladie rare	☐	☐
Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie	☐	☐
Plaie chronique > 6 semaines, profonde > 5 mm, étendue > 15 cm	☐	☐
Plaie au niveau cervico-facial, des mains ou des pieds (brûlure, morsure par un mammifère ou autre plaie uniquement) ou ORL ou des organes génitaux	☐	☐
Ulcère de la jambe ou pied diabétique ou escarre ou moignon d'amputation	☐	☐
Altération de l'État Général : température >39,5° ou PA <90 mmHg ou FC >110/mn ou FR >20/mn ou perte de connaissance (hors urgence allergie piqûre d'hyménoptère)	☐	☐
Perte de sensibilité	☐	☐
Réaction allergique ou difficultés respiratoires (hors urgence allergie piqûre d'hyménoptère)	☐	☐
Signes digestifs associés	☐	☐
Morsure par un mammifère >1		
Morsure de tique présente sous forme disséminée (atteinte neurologique/cardiaque/articulaire) ou localisation multiple >2	☐	☐
Piqûres multiples d'hyménoptère >20	☐	☐
Morsures multiples d'aoûtat >20	☐	☐
Brûlure due à l'électricité ou à un produit chimique	☐	☐
Impétigo de forme nécrotique ou surface >2% ou >6 lésions ou extension rapide	☐	☐
Panaris avec douleurs à violentes ou valvulopathie	☐	☐

Si une seule croix est dans la colonne OUI, le patient n'est pas éligible au protocole

Annexe 7 : Fiche d'information et de recueil du consentement du patient

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'équipe constituée autour de votre médecin, il vous est proposé d'être pris en charge par un Docteur en Pharmacie ou par un Infirmier diplômé d'Etat spécifiquement formé dans le cadre d'un protocole de coopération « Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS ». 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 le Président de la CPTS et il a été déclaré auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Son détail peut vous être remis sur simple demande.

Dans le cadre de cette prise en charge le Docteur en Pharmacie ou l'Infirmier diplômé pourra réaliser en lien avec le médecin les actes et activités suivants :

- Examen de la plaie, délimitation de la zone et prise de photo
- Nettoyage de la plaie à l'eau et savon doux, rinçage, séchage
- Prescription d'antiseptiques et antiseptie
- Prescription d'antalgique, d'antihistaminique, de corticoïdes, de laluset et d'Ascabiol + injection d'adrénaline si urgence
- Prescription d'antibiotique (amoxicilline/acide clavulanique, pristinamycine, mupirocine, doxycycline, azythromycine)
- Prescription et pose de pansements et/ou de tulle gras et/ou de bandelettes adhésives
- Prescription et vaccination anti-tétanique et/ou anti-rabique, injection d'immunoglobuline anti-tétaniques
- Refroidissement de la brûlure
- Arrêt du saignement par compression
- Retrait de corps étrangers à la pince à épiler
- Retrait de la tique avec un tire tique
- Retrait du sac à venin d'hyménoptère

Il contactera le médecin chaque fois que nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En signant ce document ou en en approuvant ses termes vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Ce consentement sera consigné dans votre dossier médical. 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.

Accord du patient : ☐ Oui

Signature du patient ou de son représentant légal :

- Personne qui a informé le patient et recueilli son consentement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Qualité : Choisissez un élément.

- Signature :

Pour tout complément d'information, coordonnées du médecin : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Annexe 8 : Modèle type de compte-rendu du délégué au médecin traitant ou à un autre professionnel de sante

Docteur Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.,

Votre patient(e), Choisissez un élément. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. né(e) Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date., a été pris(e) en charge le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. pour Choisissez un élément. dans le cadre du protocole de coopération : « Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS » mis en œuvre au sein de la CPTS.

☐ Je l'ai directement réorienté vers votre consultation en raison de l'identification d'un [critère d'exclusion] ne permettant pas sa prise en charge dans le cadre du protocole

☐ Je l'ai adressé en urgence au médecin de garde / aux urgences en raison de symptômes nécessitant une prise en charge médicale immédiate

☐ Je lui ai prescrit un traitement [type du traitement] prévu par le protocole et je lui ai conseillé de vous consulter en cas de persistance des symptômes, d'aggravation des symptômes ou d'apparition de nouveaux symptômes.

☐ Je lui ai conseillé de vous consulter suite à l'identification d'une situation non prévue au protocole

Confraternellement,

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., Choisissez un élément.

Bordereau récapitulatif pour la prise en charge des patients dans le cadre des protocoles de coopération			
Número AM du pharmacien/infirmier délégué :			
Número RPSS du pharmacien/infirmier délégué :			
Nom et prénom du pharmacien/infirmier délégué :			
Coordonnées du pharmacien/infirmier délégué :			
Date de déclaration des protocoles à l'ARS :			

[illegible]

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus sur la délégation ou la réalisation des actes mentionnés

Signature du pharmacien/infirmier délégué

Annexe 10 : Enquête de satisfaction délégant

Vous avez adhéré au protocole de coopération « Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS ».

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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

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

☐ Très Rarement ☐ Rarement ☐ Fréquemment ☐ Très fréquemment

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

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

3- Pensez-vous que ce protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

4- Ce protocole contribue-t-il à faciliter votre exercice professionnel ?

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

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

☐ Satisfait ☐ Non satisfait

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Annexe 11 : Enquête de satisfaction délégué

Vous avez adhéré au protocole de coopération « Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS ».

Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole et nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes :

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

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

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

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

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

3- Pensez-vous que le protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

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

☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non

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

☐ Satisfait ☐ Non satisfait

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., Choisissez un élément.

Annexe 12 : Mode d'emploi – Application de création de pdf (partie administrative) Protocole « Prise en charge de la plaie simple »

Cet outil vous permet d'établir **rapidement** et **automatiquement** l'ensemble des documents **personnalisés** nécessaires pour la prise en charge du patient dans le cadre du protocole.

Au démarrage de l'application (Plaie Simple Application), une fenêtre comme ci-dessous s'ouvre :

Vous êtes sur la première page, intitulée « Identités », toutes les informations seront importantes et à remplir qu'une seule fois pour compléter automatiquement la fiche de consentement, le courrier au médecin/urgence (de prise en charge par le protocole ou d'orientation), l'ordonnance... :

Prise en Charge de la Plaie Simple

Identités Questionnaire d'éligibilité Décision Prescription

Date: 17/08/2023

Patient(e)

Civilité: Madame NOM: Prénom: Date de naissance: 17/08/2023

Medecin

NOM: Prénom: ADELI / RPPS: Téléphone:

Pharmacien

NOM: Prénom: RPPS:

Suite

- La date (en haut à droite) est automatiquement celle du jour (mais peut être changée) ;
- **Remplissez** tous les champs demandés concernant le ou la patient(e), le médecin déléguant et le pharmacien délégué ;
- Cliquez sur « Suite » (en bas à droite).

Vous arrivez sur la deuxième page, intitulée « Questionnaire d'éligibilité », permettant de vérifier les critères d'exclusions généraux puis spécifiques :

Prise en Charge de la Plaie Simple

Identités Questionnaire d'éligibilité Décision Prescription

Date: 17/08/2023

Critères d'exclusion	délégué	
	OUI	NON
Age < 5 ans ou > 70 ans	☐	☐
Grossesse avérée ou non exclue	☐	☐
Notion d'insuffisance rénale sévère (clairance < 30ml/min) et/ou dialysé	☐	☐
Immunodépression ou risque d'immunodépression	☐	☐
Diabète	☐	☐
Trosomie 21, mucoviscidose ou maladie rare	☐	☐
Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie	☐	☐
Signes digestifs associés	☐	☐
Plaie chronique > 6 semaines, profonde > 5 mm, étendue > 15 cm	☐	☐
Plaie au niveau cervico-facial, des mains ou des pieds (brûlure, morsure par un mammifère ou autre plaie uniquement) ou ORL ou des organes génitaux	☐	☐
Ulcère de la jambe ou pied diabétique ou escarre ou moignon d'amputation	☐	☐
Altération de l'État Général : température > 38,5° ou PA < 90 mmHg ou FC > 110/min ou FR > 20/min ou perte de connaissance	☐	☐
Perte de sensibilité	☐	☐
Réaction allergique ou difficultés respiratoires	☐	☐
Penetants avec douleurs violentes ou valvulopathie	☐	☐
Morsure par un mammifère > 1	☐	☐
Morsure de tique présente sous forme disséminée (atteinte neurologique/cardiaque/articulaire) ou localisation multiple > 1	☐	☐
Piqûres multiples d'hyménoptère > 20	☐	☐
Morsures multiples d'acariés > 20	☐	☐
Brûlure due à l'électricité ou à un produit chimique	☐	☐
Impétigo de forme nécrotique ou surface > 2% ou > 6 lésions ou extension rapide	☐	☐

Suite

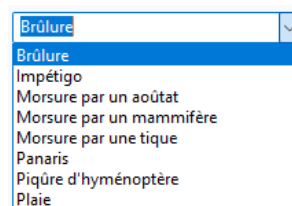
- Pour chaque critère, **choisissez** « OUI » ou « NON »
- Si un critère d'exclusion est présent et qu'une case est cochée sur « OUI », alors une fenêtre s'ouvre automatiquement indiquant que le patient ne peut pas être pris en charge dans le cadre du protocole ;
- Si aucun critère d'exclusion n'est présent et que toutes les cases sont cochées sur « NON », alors vous passerez

automatiquement à la page suivante ;

- NB : Par soucis de gain de temps, il n'est pas obligatoire de cocher toutes les cases « NON », mais vous devrez alors forcer le passage à la page suivante en cliquant sur « Suite » (en bas à droite).

Vous arrivez sur la troisième page, intitulée « **Décision** », permettant de confirmer la suite de la prise en charge du patient et d'imprimer la fiche de consentement pour un patient éligible, le courrier au médecin pour orientation si non éligible ou réorientation si situation non prévue au protocole :

➤ **Choisissez** le motif de consultation dans la liste déroulante ;



➤ **Confirmez** la suite de la prise en charge en cliquant sur l'un des 4 choix :

Avant la prise en charge :

- S'il est éligible, **cliquez** sur « Eligible » et **cliquez** sur « Consentement » (apparaît en bas à droite)
 - **Choisissez** le nom de fichier (AAAA/MM/JJ PAT CONSENTEMENT) et l'emplacement pour l'enregistrer sur l'ordinateur, puis **cliquez** sur « Enregistrer » ;
 - Une page d'impression s'ouvre, **cliquez** sur « Imprimer » pour imprimer et faire signer le consentement, sinon **cliquez** sur « Annuler » (le fichier reste enregistré à l'endroit choisi).
 - Dans ce cas uniquement, vous passerez directement sur le 4^{ème} onglet « Prescription »
- S'il n'est pas éligible (refus de prise en charge en raison de critères d'exclusion), cliquez sur « Non éligible » et cliquez sur « Courrier au médecin » (apparaît en bas à droite)
 - **Choisissez** le nom de fichier (AAAA/MM/JJ PAT COURRIER NON ELIGIBLE) et l'emplacement pour l'enregistrer sur l'ordinateur, puis **cliquez** sur « Enregistrer » ;
 - Une page d'impression s'ouvre, **cliquez** sur « Imprimer » pour imprimer, sinon **cliquez** sur « Annuler » (le fichier reste enregistré à l'endroit choisi) ;
 - Vous pourrez l'imprimer et le donner au patient puis l'envoyer par mail au médecin.

Pendant/Après la prise en charge, une situation non prévue au protocole survient/est survenue :

- Nécessitant une réorientation vers le généraliste, **cliquez** sur « Situation non prévue au protocole (généraliste) » puis **cliquez** sur « Courrier au médecin » (apparaît en bas à droite)
 - **Choisissez** le nom de fichier (AAAA/MM/JJ PAT COURRIER SITUATION NON PREVUE GENERALISTE) et l'emplacement pour l'enregistrer sur l'ordinateur, puis **cliquez** sur « Enregistrer » ;
 - Une page d'impression s'ouvre, **cliquez** sur « Imprimer » pour imprimer, sinon **cliquez** sur « Annuler » (le fichier reste enregistré à l'endroit choisi) ;
 - Vous pourrez l'imprimer et le donner au patient puis l'envoyer par mail au médecin.
- Nécessitant une réorientation vers les urgences ou médecin de garde, **cliquez** sur « Situation non prévue au protocole (urgences) » puis **cliquez** sur « Courrier au médecin » (apparaît en bas à droite)

- **Choisissez** le nom de fichier (AAAA/MM/JJ PAT COURRIER SITUATION NON PREVUE URGENCES) et l'emplacement pour l'enregistrer sur l'ordinateur, puis **cliquez** sur « Enregistrer » ;
- Une page d'impression s'ouvre, **cliquez** sur « Imprimer » pour imprimer, sinon **cliquez** sur « Annuler » (le fichier reste enregistré à l'endroit choisi) ;
- Vous pourrez l'imprimer et le donner au patient puis l'envoyer par mail au médecin.

Vous arrivez sur la quatrième et dernière page, intitulée « **Prescription** », permettant de choisir les médicaments prescrits pour le patient et d'imprimer les ordonnances (médicamenteuses et conseils) puis le courrier au médecin pour informer de la prise en charge d'un patient éligible au protocole :

- **Cochez** tous les médicaments prescrits pour le patient (en faisant attention aux « ou », notamment pour les pansements et les antibiotiques) ;
- **Cliquez** sur « Ordonnance et courrier » (en bas à droite)

- **Choisissez** le nom de fichier (AAAA/MM/JJ PAT ORDO + COURRIER) et l'emplacement pour l'enregistrer sur l'ordinateur, puis **cliquez** sur « Enregistrer » ;
- Une page d'impression s'ouvre, **cliquez** sur « Imprimer » pour imprimer les ordonnances à remettre au patient et utiles pour la facturation, sinon **cliquez** sur « Annuler » (le fichier reste enregistré à l'endroit choisi) ;
- Concernant le courrier au médecin, vous pourrez l'imprimer pour le patient et l'envoyer par mail au médecin.

Annexe 13 : Exemples de documents établis grâce à l'application

Patient éligible : Consentement écrit

Madame TEST Patient

Dans le cadre de l'équipe constituée autour de votre médecin, il vous est proposé d'être prise en charge par un Docteur en Pharmacie ou par un Infirmier Diplômé d'Etat spécifiquement formé dans le cadre d'un protocole de coopération « Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS ». 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 le Président de la CPTS et il a été déclaré auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Son détail peut vous être remis sur simple demande.

Dans le cadre de cette prise en charge le Docteur en Pharmacie ou l'Infirmier diplômé pourra réaliser en lien avec le médecin les actes et activités suivants :

- Examen de la plaie, délimitation de la zone et prise de photo
- Nettoyage de la plaie à l'eau et savon doux, rinçage, séchage
- Prescription d'antiseptiques et antiseptie
- Prescription d'antalgique, d'antihistaminique, de corticoïdes, de Ialuset et d'Ascabiol + injection d'adrénaline si urgence
- Prescription d'antibiotique (amoxicilline/acide clavulanique, pristinamycine, mupirocine, doxycycline, azythromycine)
- Prescription et pose de pansements et/ou de tulle gras et/ou de bandelettes adhésives
- Prescription et vaccination anti-tétanique et/ou anti-rabique, injection d'immunoglobuline anti-tétaniques
- Refroidissement de la brûlure
- Arrêt du saignement par compression
- Retrait de corps étrangers à la pince à épiler
- Retrait de la tique avec un tire tique
- Retrait du sac à venin d'hyménoptère

Il contactera le médecin chaque fois que nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En signant ce document ou en en approuvant ses termes vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Ce consentement sera consigné dans votre dossier médical. 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.

Accord du patient : ☐ oui
☐ non

Signature du patient ou de son représentant légal

Personne qui a informé le patient et recueilli son consentement : TEST Pharmacien

Qualité : Docteur en pharmacie

Signature

Pour tout complément d'information, coordonnées du médecin : TEST Médecin
Téléphone : 03 21 00 00 00

Docteur TEST Médecin

Votre patiente Madame TEST Patient née le 01/01/1970, a été prise en charge le 21/03/2024 pour Brûlure dans le cadre du protocole de coopération : «Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS» mis en œuvre au sein de la CPTS.

Je lui ai prescrit un traitement (ci-dessous) prévu par le protocole et je lui ai conseillé de vous consulter en cas de persistance des symptômes ou d'apparition de nouveaux symptômes.

Chlorhexidine
Compresse stérile en non-tissé (7.5 cm x 7.5 cm)
Paracétamol
Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal
Gammatetanos® 250 UI/2ml
Ialuset®
Pansements hydrocellulairescm xcm
Paracétamol/codéine 500mg/30mg

Confraternellement

Docteur TEST Médecin
Spécialiste en médecine générale - déléguant
ADELI / RPPS 591800000/10100000000

Docteur TEST Pharmacien
Pharmacien d'officine - délégué
RPPS 10100000000

Le 21/03/2024

Madame TEST Patient née le 01/01/1970

Chlorhexidine	1 flacon
Compresses stériles en non-tissé (7.5 cm x 7.5 cm)	1 boîte de 10
Paracétamol 60mg/kg/j ; 1 prise toutes les 6 heures si douleurs (max 3g/j)	1 boîte
Vaccination antitétanique selon le calendrier vaccinal Revaxis® ou InfanrixTetra® ou Repevax® ou InfanrixHexa®	1 boîte
Gammatetanos® 250 UI/2ml	1 boîte
Ialuset® 1 application par jour en couche épaisse après nettoyage de la plaie	1 boîte
Pansements hydrocellulairescm xcm Renouveler le pansement tous les 3 à 5 jours selon l'abondance des exsudats	1 boîte
Paracétamol/codéine 500mg/30mg 12 à 15 ans : 1 comprimé toutes les 6 heures, maximum 4 par jour A partir de 15 ans : 1 à 2 comprimé(s) toutes les 6 heures, maximum 8 par jour	1 boîte

Signature

Cette ordonnance non médicamenteuse vous est fournie par votre pharmacien ou votre infirmier

NOM : TEST

Prénom : Patient

Date : 21/03/2024

Brûlure

Motif de re-consultation chez le médecin :

- Infection : douleurs, rougeur, gonflement, écoulement purulent (pus), fièvre
- Retard de cicatrisation, évolution défavorable de la plaie
- Douleurs ne cessant pas avec le traitement antalgique

Conseils :

- Eviter toute exposition solaire (ou se couvrir et appliquer une protection solaire)
- Eviter de prendre des bains jusqu'à cicatrisation. Prendre une douche sans frotter la zone concernée, puis sécher la plaie en tamponnant avec une serviette
- Ne pas appliquer de crème/pommade cosmétique, ni de glace
- Température du bain à 37°C, veiller aux liquides chauds dans la cuisine (tourner les manches de casseroles vers le mur, ne pas laisser à portée de main friteuse, bouilloire, ...), vérifier la température des liquides à boire
- Tenir les enfants à distance de la porte du four, du fer à repasser, des plaques de cuisson, de la cheminée, des ampoules électriques
- Ne pas fumer au lit, ne pas attiser le feu avec un liquide inflammable, manipuler les produits chauds avec précaution, ne pas s'exposer au soleil entre 12 et 16h et limiter l'exposition, manipuler les produits caustiques avec des gants et des lunettes, éviter les risques d'électrification

Patient éligible MAIS situation non prévue au protocole (urgence) : Courrier au médecin

Docteur TEST Médecin Votre patiente Madame TEST Patient née le 01/01/1970, a été prise en charge le 21/03/2024 pour Brûlure dans le cadre du protocole de coopération : «Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS» mis en œuvre au sein de la CPTS. Je l'ai adressée en urgence au médecin de garde / aux urgences en raison de symptômes nécessitant une prise en charge médicale immédiate. Confraternellement

Patient éligible MAIS situation non prévue au protocole (médecin) : Courrier au médecin

Docteur TEST Médecin Votre patiente Madame TEST Patient née le 01/01/1970, a été prise en charge le 21/03/2024 pour Brûlure dans le cadre du protocole de coopération : «Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS» mis en œuvre au sein de la CPTS. Je l'ai directement réorientée vers votre consultation en raison de symptômes nécessitant un avis médical et/ou une prise en charge médicale immédiate. Confraternellement

Docteur TEST Médecin

Votre patiente Madame TEST Patient née le 01/01/1970, a été prise en charge le 21/03/2024 pour Brûlure dans le cadre du protocole de coopération : «Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS» mis en œuvre au sein de la CPTS.

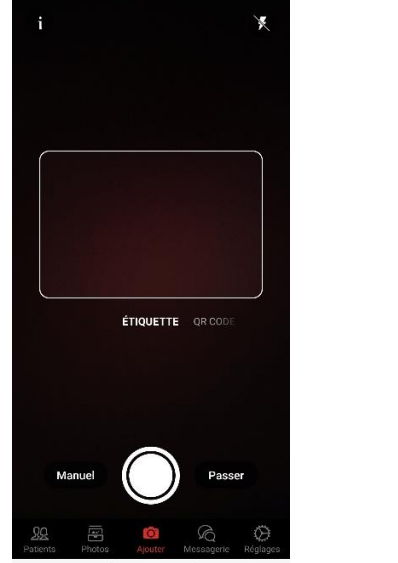
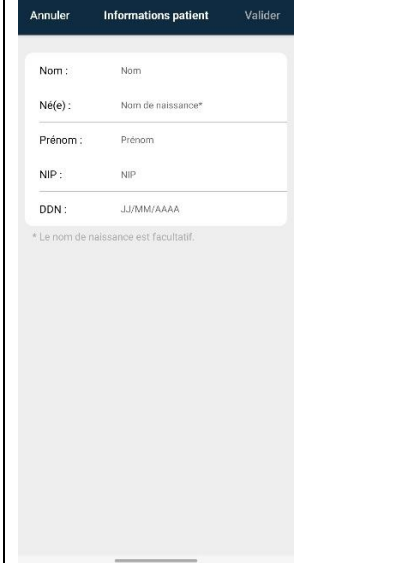
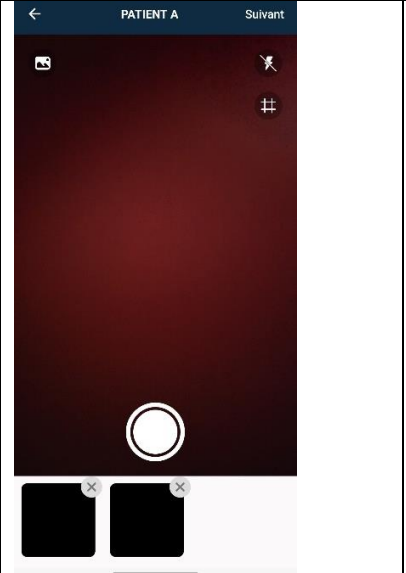
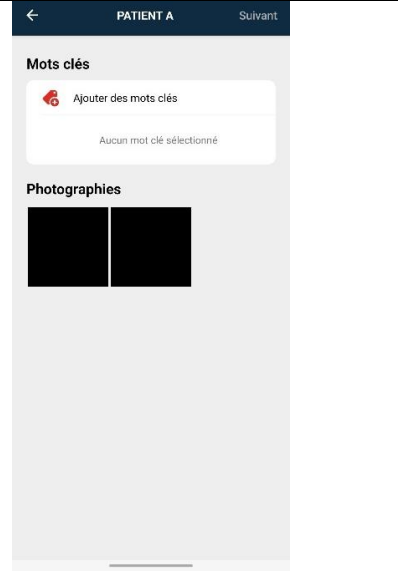
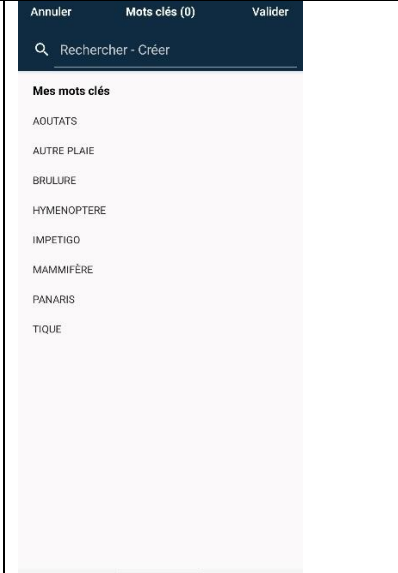
Je l'ai directement réorientée vers votre consultation en raison de l'identification d'un ou plusieurs critères d'exclusion ne permettant pas sa prise en charge dans le cadre du protocole.

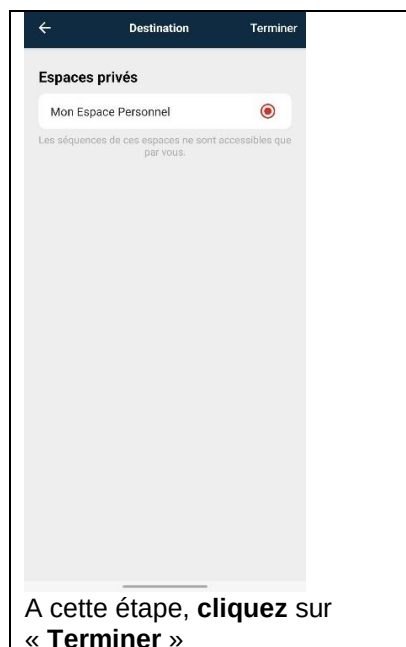
- Notion d'insuffisance rénale sévère (clairance <30ml/min) et/ou dialysé.

Confraternellement

Annexe 14 : Mode d'emploi – Application de photos médicales Pixacare®

Application téléchargeable gratuitement sur smartphone et tablette, synchronisable pour accès aux photos sur PC. Sécurise le stockage de photos médicales et facilite la recherche d'anciennes photos.

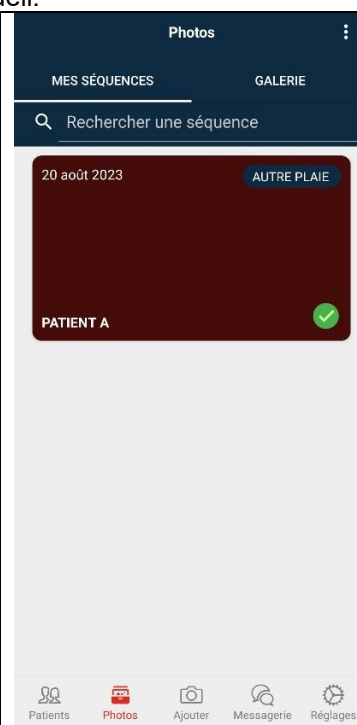
		
Lors de la première utilisation, cliquez sur « Vous n'avez pas de compte ? » afin d'en créer un (nécessite nom, prénom et adresse email). Ensuite connectez-vous avec votre email et mot de passe.	Vous arrivez sur cette page d'accueil. Cette application est utilisée à l'hôpital et peut extraire les données des étiquettes patient. Cliquez donc sur « Manuel », à gauche du bouton blanc principal.	Remplissez Nom, Prénom, Numéro de sécurité sociale et Date de naissance du patient, puis cliquez sur « Valider » en haut à droite.
		
Vous arrivez sur l'espace prise de photos de votre patient. Prenez autant de photos que nécessaire (importation de photos possible, flash et grille de cadrage possible), puis cliquez sur « Suivant » en haut à droite.	Lors de la première utilisation cliquez sur « Ajouter des mots clés » et ajoutez les termes : MAMMIFERE, TIQUE, AOUTATS, HYMENOPTERE, PANARIS, IMPETIGO, BRULURE, AUTRE PLAIE (permet de classer les photos).	Lors des utilisations suivantes sélectionnez le mot clé correspondant et cliquez sur « Valider » en haut à droite.



La séquence de photos est ainsi enregistrée. Vous retrouverez ces photos en cliquant sur « Patients » ou « Photos » en bas à gauche de l'espace d'accueil.



Dans le menu « Patients », **sélectionnez** le patient recherché et vous arriverez sur cette page (identité du patient, anciennes séquences visibles (avec date, mot clé et photos). Vous pouvez ajouter une séquence si besoin.



Dans le menu « Photos », vous avez accès à toutes les séquences par ordre chronologique (date, mot-clé et patient visible).

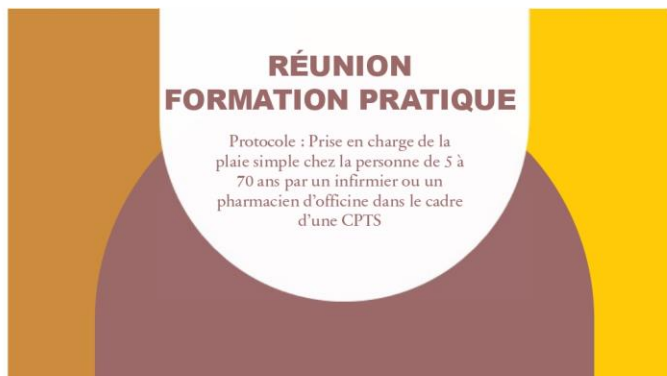
Annexe 15 : Table des matières du support de formation théorique

Table des matières

Séquence 1 : Prise en main des arbres décisionnels.....	6
Séquence 2 : Prise en charge administrative du patient.....	8
Recueillir le consentement et informer le patient	9
Vérifier les critères d'inclusion et de non-inclusion.....	8
Orienter le patient vers les urgences ou le médecin si nécessaire	10
Réaliser l'anamnèse du patient	10
Séquence 3 : Physiopathologie des plaies simples et infections cutanées incluses dans le protocole ..	11
Morsure par un mammifère	11
Morsure par une tique	13
Morsure par un arthropode	17
Piqûre d'hyménoptère.....	19
Impétigo.....	22
Panaris.....	25
Brûlure.....	27
Autre plaie.....	30
Séquence 4 : Réalisation d'actes techniques et prescription	32
Gestion d'une allergie/anaphylaxie	32
Gestion d'une brûlure.....	33
Gestion d'une plaie traumatique	33
Gestion d'une hémorragie.....	33
Gestion d'un malaise.....	34
Gestion d'une perte de connaissance.....	34
Nettoyage et antiseptie	34
Retrait de corps étrangers	34
Pose de bandelettes adhésives.....	35
Retrait de tique.....	35
Retrait de dard et sac à venin	36
Vaccinations.....	36
Antiseptiques.....	41
Antihistaminiques.....	41
Corticoïdes.....	41
Antibiotiques/Antiparasitaire	42
Antalgiques.....	43

Urgence	44
Pansements/Cicatrisant.....	44
Séquence 5 : Suivi.....	49
Suivi du patient et modalités de re-consultations	49
Echanges avec le déléguant.....	49
Suivi des indicateurs	49
ANNEXE 1. FORMULAIRE DE VERIFICATION DES CRITERES D'ELIGIBILITE AU PROTOCOLE	51
ANNEXE 2. FICHE D'INFORMATION ET DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PATIENT	52
ANNEXE 3. MODELE TYPE DE COMPTE-RENDU DU DELEGUE AU MEDECIN TRAITANT OU A UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE.....	53
ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE POUR LE RECUEIL DE LA SATISFACTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	54
ANNEXE 5. ARBRES DECISIONNELS.....	56
ANNEXE 6. ORDONNANCES MEDICAMENTEUSES ET NON MEDICAMENTEUSES	65
ANNEXE 7. MODE D'EMPLOI – APPLICATION DE CREATION DE PDF (PARTIE ADMINISTRATIVE)	82
ANNEXE 8. MODE D'EMPLOI – APPLICATION DE PHOTOS MEDICALES PIXACARE®	85

Annexe 16 : Cas cliniques de la formation pratique (présentation)



RÉUNION FORMATION PRATIQUE

Protocole : Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPTS

PROGRAMME

Introduction
Objectifs principaux
Rappels du protocole
Types de plaies
Conclusion



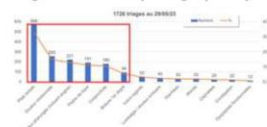
INTRODUCTION



INTRODUCTION

- Problème dans le parcours de soins : démographie médicale en baisse/surcharge des services d'urgence
- Pharmaciens et infirmiers : professionnels de santé accessibles facilement et sans rendez-vous pour le patient
- Valorisation des compétences du pharmacien et de l'infirmier
- Renfort de l'interprofessionnalité et de la communication entre professionnels de santé
- 4 protocoles nationaux existants (pharmaciens), mais insuffisants
- Expérimentation Oys en Bretagne (triage pour 13 pathologies, concentré sur 6 pathologies pour la phase 2)

Comité de pilotage N°2 Vendredi 25 septembre 2020 (omedit.normandie.fr)




OBJECTIFS PRINCIPAUX



OBJECTIFS PROTOCOLE

- Réduire les délais de prise en charge d'une symptomatologie courante avec diminution du risque de complications, dans un contexte de démographie médicale déficitaire.
- Diminuer le recours à la permanence des soins, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé.
- Permettre aux professionnels de santé d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et de prendre en charge cette symptomatologie.
- Améliorer la sécurité de la prise en charge :
 - Prise en charge par un professionnel de santé formé
 - Utilisation d'arbres décisionnels
 - Echange facilité des informations
- Optimiser la dépense de santé

13

14

PRÉCISIONS

Les morsures les plus fréquentes sont causées par les **chiens** et les **chats**, les **enfants** étant les plus souvent touchés. Elles se caractérisent par une **effraction cutanée**, un **érythème**, un **œdème local** et des **douleurs** localisées (parfois hémorragiques et avec corps étrangers).

Les risques sont principalement **infectieux** dans les heures voire jours suivants (douleur, rougeur, gonflement, écoulement purulent voire fièvre). La victime peut être contaminée par le tétanos ou la rage si l'animal est porteur du virus.

Emilie (8 ans ; 130 cm ; 27kg) et sa maman se présentent à la pharmacie. Cela fait 10 minutes qu'Emilie s'est faite mordre par Izor, le petit chien tout mignon de la famille en jouant avec celui-ci. C'est d'ailleurs la première fois qu'il mord. La maman est inquiète car elle voit du sang couler sur son mollet depuis l'accident, mais Emilie ne se plaint pas de douleurs.



15

16

QUELS SONT LES PREMIÈRES ÉTAPES À VÉRIFIER AVANT LE NETTOYAGE DE LA PLAIE ?

- Nombre de morsures, localisation, ampleur de la morsure
- Présence de corps étrangers
- Plaie hémorragique

Attention, en cas de multiples morsures le patient n'est pas pris en charge par le protocole.

En cas de corps étrangers présents, un retrait à la pince à épiler désinfectée doit être effectué. Si c'est impossible, alors orienter vers les urgences ou le généraliste.

Ici, il n'existe qu'une seule morsure au mollet, qui ne dépasse pas 5mm de profondeur. À l'examen visuel, la plaie ne présente pas de corps étrangers mais saigne depuis le début de son arrivée à la pharmacie.

QUELLE RÉACTION DEVONS-NOUS AVOIR APRÈS L'EXAMEN DE LA PLAIE ?

- Arrêt du saignement (compression à l'aide de compresses pendant 10 minutes ou avant si arrêt)
- Si arrêt du saignement, poursuite de la prise en charge

Attention, en cas de persistance du saignement, une orientation est nécessaire.

La morsure ne saigne plus, alors nous pouvons passer au nettoyage de la plaie.

17

18

QUE POUVONS-NOUS UTILISER POUR NETTOYER LA PLAIE ?

- Nettoyage à l'eau et savon doux (ou sérum physiologique)
- Rinçage
- Application d'antiseptique (chlorhexidine)
- Séchage des bords de la plaie avec des compresses
- + entourer la plaie au feutre dermatologique
- + prise de photos

Attention, le rinçage est une étape importante car le savon restant entraîne une inefficacité de l'antiseptique.

Toujours demander si une allergie aux antiseptiques est connue (chlorhexidine).

FACE AU RISQUE INFECTIEUX, QUEL EST LA QUESTION INCONTOURNABLE À POSER ?

- Vaccinations, notamment contre le tétanos

Attention, si la vaccination n'était pas à jour, il aurait été utile de vacciner la patiente. En cas de non part de certificat de vaccination, un TROD tétanos doit être effectué. De plus, en cas de morsure par une chauve-souris, une orientation vers un centre-antirabique pour vaccination est nécessaire.

Emilie s'est faite vaccinée à 6 ans dans un schéma classique avec TETRAVAC ACELLULAIRE (DTCaP). Il n'est donc pas nécessaire de vacciner une nouvelle fois.



MORSURE PAR UNE TIQUE



Pascal, 66 ans, tout juste retraité en juillet, décide de partir en expérimentation en Dordogne pour faire du bushcraft (vivre en autonomie dans la nature). Malheureusement lors de son passage dans un bois, il se fait mordre par une tique. Malgré qu'il soit bien équipé et qu'il avait prévu le tire-tique avec lui, c'est seulement le lendemain matin qu'il se rend compte de la morsure et retire la tique (soit 18h après). Il examine l'ensemble de son corps mais ne retrouve aucune autre tique.



PRÉCISIONS

Les tiques sont des **acariens** qui vivent dans des **zones humides et boisées**, parcs et prairies, avec une **prévalence des morsures augmentée du printemps à la fin de l'été**. Elles pratiquent l'affût et vont s'accrocher grâce à son rostre. La tique va se gorger de sang lors du repas sanguin en alternant succion et sécrétion salivaire. La morsure se caractérise par une **plaque rouge autour de la morsure**, provoquant des **démangeaisons dans les 24 premières heures** souvent due à la salive. **Après 24h à 48h, la tique régurgite et peut transmettre des maladies**, notamment la maladie du Lyme.



48h après le retrait de la tique, Pascal découvre des rougeurs rondes autour du site de morsure, qui évoluent de manière centrifuge avec un éclaircissement central. Il ne présente pas d'autres symptômes. Il passe alors devant une pharmacie et entre pour avoir des conseils.



QUELS SONT LES DÉLAIS IMPORTANTS À CONNAÎTRE CONCERNANT LES MORSURES DE TIQUE ?

- Tique (1 ou 2) restée en place moins de 36h (retirer la tique si morsure datant de moins de 36h ou vérifier que le patient ait retiré la tique dans les 36h).
- Prise en charge de l'érythème migrant localisé et précoce dans les 30 jours suivant la morsure

Dans le cadre du protocole, le professionnel peut être amené à retirer 1 ou 2 tique(s) à l'aide d'un tire-tique dans les 36h après la piqûre (+ antiseptie + entourer au feutre dermatologique et prendre en photo la plaie).

Attention, prise en charge de l'érythème migrant isolé au site de morsure si aucun signe fonctionnel n'est retrouvé.

Ici, on a bien une forme localisée précoce de l'érythème migrant. Les signes présentés le confirment.

25

DANS QUELS CAS LE PATIENT SERA RÉORIENTÉ ?

- Forme disséminée, précoce ou tardive : mêmes signes cliniques, mais apparition dans les 6 mois (ou après) après la morsure, avec des localisations multiples et parfois très à distance du site de morsure
- Atteintes articulaires inflammatoires
- Lésions cutanées nodulaires ou en plaques (lymphocytome borrélien)
- Atteintes neurologiques (paralysie faciale, méningite)
- Atteintes cardiaques (troubles du rythme)
- Atteintes ophtalmologiques (uvéïte).

26

FACE À UN ÉRYTHÈME MIGRANT LOCALISÉ, QUELLE PRESCRIPTION DOIT ÊTRE FAITE ?

- Prescription d'antibiotique
- Première intention (Doxycycline 100 mg matin et soir pendant 14 jours)
- Paracétamol si douleurs

27

Pascal vous indique qu'il a déjà pris ce médicament il y a 6 ans et qu'il a fait une allergie, un exanthème maculopapuleux confirmé lors des tests allergologiques. Ce médicament lui est donc contre-indiqué.

28

FACE À UN ÉRYTHÈME MIGRANT LOCALISÉ, QUELLE PRESCRIPTION DOIT ÊTRE FAITE ?

- Prescription d'antibiotique
- Deuxième intention (Amoxicilline 1g 3 fois par jour pendant 14 jours)
- Paracétamol si douleurs

29

PRÉCISIONS

La disparition est rapide et complète en 1 semaine à 1 mois après l'antibiothérapie.

Dans tous les cas, le patient devra surveiller sa plaie pendant 1 mois voire plus en cas de symptômes systémiques caractéristiques de la maladie de Lyme (douleurs, fièvre, fatigue, érythème migrant au site ou ailleurs qu'au site de morsure, douleurs articulaires ou encore troubles neurologiques...) qui doivent faire reconsulter. Des photos seront intéressantes tout au long de l'évolution.

30



31

MORSURE PAR UN AOÛTAT

32

Liam, 6 ans, passe ses journées l'été dans les hautes herbes en arrière de la maison de vacances, où il apprécie s'y cacher. En revenant de cet endroit, il se gratte énormément derrière les genoux. En observant bien, ses parents remarquent une dizaine de petits boutons rouges et parfois même des croûtes orangées derrière ses genoux au milieu de rougeurs. Son papa s'empresse immédiatement à la pharmacie.



33

PRÉCISIONS

Les aoûtats sont des larves d'acariens de couleur rouge/orange visibles uniquement en amas, nombreux en période estivale et plutôt dans des herbes denses même si un simple gazon peut accueillir des aoûtats. Ils peuvent être présents dans les élastiques des vêtements (chaussettes, caleçons). Ils possèdent des crochets pour se fixer sur la peau (se nourrissent de tissus cellulaires et non de sang en injectant des enzymes pour prédigérer les cellules). Les morsures se caractérisent par des petits boutons rouges et boursoufflés, souvent dans les replis de la peau, entre les doigts ou sur une peau fine, en formant des croûtes orangées caractéristiques entraînant des démangeaisons.

34

QUELLE SERA LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ?

- Désinfection des zones concernées
- Entourer au feutre dermatologique
- Prendre en photo la plaie
- Vérifier les vaccinations, notamment tétanos

Attention en cas de vaccination non à jour, une vaccination doit être effectuée. En cas de non port de certificat de vaccination, un TROD tétanos doit être effectué.

Ici, Liam suit également tous les vaccins du calendrier vaccinal et est à jour.

35

QUELLE PRESCRIPTION PEUT ÊTRE FAITE POUR CE PATIENT ?

- Desloratadine contre les démangeaisons (5mL par jour en 1 prise car enfant de 6 ans)
- Ascabiol, en application sur les boutons au coton-tige, 2 fois à 15 minutes d'intervalle
- Paracétamol si douleurs

36



37

PIQÛRE PAR UN HYMÉNOPTÈRE

38

Laura, 34 ans, vient à l'instant de se faire piquer au niveau de la cheville par une abeille en mangeant sa glace le long de la plage. Une douleur importante survient quelques minutes après la piqûre. Localement un œdème et une papule érythémateuse sont visibles.



39

PRÉCISIONS

Les piqûres d'hyménoptères (guêpes, frelons, bourdons et abeilles) sont d'autant plus courantes en période estivale. Elles ont la particularité de piquer grâce à un **dard ou aiguillon** inoculant un venin toxique. Les formes cliniques sont variées et commencent par une **réaction locale non allergique** caractérisée par une **papule érythémateuse (<2cm)** accompagnée d'un **œdème**. Cela peut s'accompagner d'une **douleur locale**, parfois d'une **induration** autour de la zone piquée et des **démangeaisons**. La réaction disparaît en quelques heures.

40

PRÉCISIONS

Une réaction allergique peut apparaître après une **seule piqûre**, sans grande quantité de venin nécessaire. Cette réaction est d'autant **plus grave** que l'allergie est **connue** et que la personne est **déjà sensibilisée** au venin d'hyménoptère en ayant développé une **réaction** auparavant. Il existe une réaction importante à l'endroit de la piqûre, avec un **gonflement** qui peut atteindre 10 cm et rejoindre **une ou deux articulations** proches qui seront également gonflées. Une **anaphylaxie est possible en cas d'installation aiguë (minutes à heures) d'au moins deux des signes suivants** :

- **Atteinte cutané-muqueuse** (éruption généralisée, prurit, flush, œdème des lèvres/ de la langue/ de la lèvre)
- **Atteinte respiratoire** (dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe)
- **Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes** (syncope, collapsus, hypotonie, incontinence)
- **Signes gastro-intestinaux** (douleurs abdominales, vomissements)

41

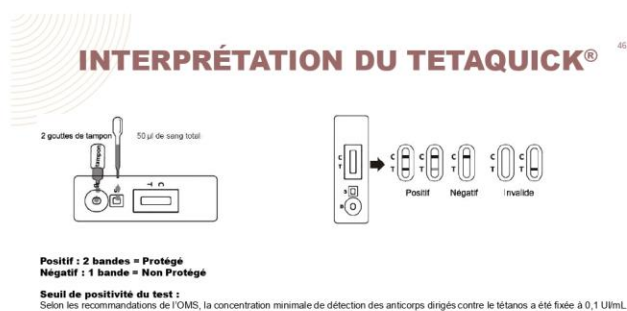
DEVONS-NOUS S'ATTENDRE À RETIRER UN DARD ? SI OUI, COMMENT FAIRE ?

- Oui, seule l'abeille possède un dard denticulé qu'elle laisse en place dans la peau avec la glande à venin.
- Nous utiliserons un support plat que nous déplacerons dans le sens de sortie du dard, parallèlement à la peau.
- Généralement la glande à venin sort en même temps, sinon utiliser une pompe à venin (+ antiseptique + feutre + photos).

Attention, en cas d'incapacité à retirer complètement le dard et/ou la glande à venin, le patient doit être réorienté.

42

Au moment de la question vaccination, Laura précise qu'elle ne possède pas de certificat et ne connaît pas la date de rappel de sa vaccination contre le tétanos.



49

QUE POUVONS-NOUS FAIRE AFIN DE CONNAITRE SON STATUT VACCINAL ?

- Le TROD tétanos est le moyen utile choisi par ce protocole pour déterminer la protection vis-à-vis du tétanos d'une personne ne connaissant pas son statut vaccinal
- Evite les injections de gamma-tétanos inutiles à risque, plus efficace que l'anamnèse.

Ici, le résultat du TROD étant positif, Laura est encore immunisée contre le tétanos et ne nécessite pas de vaccination.

50

Soudainement, on constate un léger malaise avec sueur, baisse de la pression artérielle et une dyspnée qui la font chuter au sol. Elle reste consciente.

51

COMMENT ADAPTONS-NOUS LA PRISE EN CHARGE DE CETTE PATIENTE ?

- Immédiatement, nous contactons le SAMU car les symptômes que présente la patiente font partis d'une réaction anaphylactique et pourraient s'amplifier. La position choisie sera semi-assise (en raison de la dyspnée).
- Il est également recommandé d'injecter l'adrénaline précocement : 1 injection intramusculaire 0.30mg/0.3mL dans la face antérolatérale de la cuisse (possible de renouveler 5 à 15 minutes après si aucune amélioration) + attendre le SAMU.

Attention, en cas de difficultés à respirer la position privilégiée est celle de semi-assise. En cas de malaise conscient on privilégiera la position allongée avec les jambes surélevées. En cas de troubles de la conscience, on préférera la PLS.

Attention la dose d'adrénaline est de 0.15mg/0.3mL chez l'enfant de 15 à 30kg : ON CONSEILLE LA PRESCRIPTION TELEPHONIQUE PAR LE 15

52



53

IMPÉTIGO CROUTEUX

54

Roxane, 5 ans, est amenée à la pharmacie pour montrer des lésions autour de la bouche. Elles ne lui font pas mal et sont concentrées uniquement sur une petite surface autour de la bouche mais persistent depuis 2-3 jours sans trop évoluer. Les lésions ressemblent à des petites croûtes, légèrement inflammatoires.



55

PRÉCISIONS

L'impétigo est une pathologie **bactérienne** (donc contagieuse) principalement **pédiatrique** (pic de 0 à 10 ans), à **prédominance estivale**. Il peut se former sur **peau saine** ou sur des **lésions cutanées préexistantes**.

56

COMMENT LES LÉSIONS DE L'IMPÉTIGO PEUVENT-ELLES SE PRÉSENTER ?

- L'aspect clinique débute par des vésicules, entourées parfois d'une auréole inflammatoire, qui se transforment en pustules contenant le pus (lésions vésiculo-pustuleuses). Ceux-ci vont se rompre pour prendre un aspect croûteux. Ces croûtes sont regroupées en placard.
- On parle de forme habituelle non bulleuse, ou croûteuse. Elle représente 70% des cas d'impétigo. Ce sont des lésions peu douloureuses, ne donnant pas de fièvre mais parfois des adénopathies régionales. L'impétigo apparaît souvent autour des orifices (narine, bouche, anus), mais peut s'étendre au cuir chevelu ou toute partie du corps par auto-contamination liée au grattage.
- L'impétigo peut aussi se présenter sous forme bulleuse (bulles molles et transparentes avec auréole inflammatoire +/- fièvre, fatigue, diarrhées) et sous forme nécrotique (ulcération profonde du derme).

57

QUELS SONT LES DIFFÉRENTS CRITÈRES D'EXCLUSIONS DE L'IMPÉTIGO CROÛTEUX ?

- L'impétigo avec une surface cutanée atteinte supérieure à 2% de la surface corporelle (2 fois la taille de la paume de main)
- L'impétigo ayant plus de 6 lésions
- L'extension rapide des lésions (quelques heures)
- La présence de fièvre
- L'impétigo de forme bulleuse
- L'ecthyma (forme nécrotique creusante)

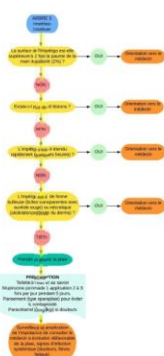
58

QUELLE PRESCRIPTION PEUT ÊTRE FAITE POUR CETTE PATIENTE ?

- Toilette régulière à l'eau et au savon
- Application de mupirocine pommade 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours
- Pansements de protection pour éviter la contagiosité
- Paracétamol si douleurs

60

PANARIS



59

61

Didier, 59 ans, se présente au matin à la pharmacie pour un panaris, sans grosses douleurs. Il ne l'a remarqué que la veille au soir, mais rapporte arracher régulièrement la peau autour de ses ongles.



62

PRÉCISIONS

Le panaris est une infection **bactérienne** de la peau et du tissu sous-cutané d'un doigt, de la main ou du pied. Il apparaît tout d'abord une **réaction inflammatoire autour de l'ongle et sous l'ongle**, ou au niveau de la **pulpe de doigt**, puis se **collecte** en un abcès en l'absence de traitement.

63

QUELLES SONT LES 2 FORMES POSSIBLES DE PANARIS ?

- Stade inflammatoire : une peau tendue, douloureuse et rouge autour de l'ongle ou sur la pulpe du doigt. La douleur est supportable et diminue la nuit.
- Stade purulent : la peau est toujours tendue et rouge, mais se ramollit en son centre montrant la collection de pus, et est parfois surmontée d'une phlyctène purulente. La douleur est alors intense et une fièvre peut apparaître.

64

QUELLES PEUVENT-ÊTRE LES RAISONS D'UN PANARIS ?

- Blessure de la peau (manucure brutale, trituration de la cuticule avec les dents, arrachement de peau autour de l'ongle = onychophagie)
- Percement d'ampoule,
- Piqûre d'insecte,
- Corps étranger sous la peau,
- Traumatisme de l'ongle,
- Morsure ou griffure.

65

QUE DEVONS-NOUS VÉRIFIER EN PRIORITÉ ?

- Pathologie de la valve cardiaque
- Vaccin contre le tétanos à jour.

Didier ne présente pas de valvulopathie, mais nous affirme ne pas avoir refait de vaccination contre le tétanos depuis ses 25 ans.

66

COMMENT ADAPTONS-NOUS SA PRISE EN CHARGE ?

- Vaccination dTcaP (ou dTP si vaccination contre la coqueluche <5 ans). Prochain rappel à 65 ans.
- Pas d'injection d' Ig tétaniques humaines.
- Prescription de bains antiseptiques au Dakin® (3 minutes, 3 fois par jour, jusqu'à régression des symptômes, dilution possible) et du paracétamol si douleurs

La plaie à risque tétanigène inclue toute morsure de mammifère, présence de corps étranger, plaie souillée/susceptible d'avoir été en contact avec la terre, prise en charge > 20h.

Il est important de surveiller l'évolution du panaris et reconsulter en cas de passage du stade inflammatoire vers celui de l'abcès. L'inflammation doit régresser dans les 48h.

73

PRÉCISIONS

Attention, les brûlures chimiques et électriques ne sont pas prises en charge par ce protocole.
 Attention, une brûlure survenue dans l'heure nécessite un refroidissement au préalable.
 Le protocole inclut la prise en charge des brûlures du **premier degré** et de **deuxième degré superficiel** dont la surface n'excède pas 1% de la surface corporelle (correspondant à la paume de la main du patient) due à une **agression thermique**.

74

QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS DEGRÉ DE BRÛLURE ?

- Une brûlure de premier degré se caractérise par une **peau rose à rouge** (érythème), **sèche, souple/élastique, douloureuse**, avec une **pilosité** encore présente, et sans cloques. Elle atteint uniquement la **couche cornée**. Elle guérit en quelques jours.
- Une brûlure de **deuxième degré superficiel** se caractérise par une **peau rose à rouge** (érythème), toujours **douloureuse**, mais avec une présence de **cloques** (phlyctènes). Elle touche l'**épiderme**, une partie de la **membrane basale** et le **derme superficiel**.
- Une brûlure de deuxième degré profond se caractérise par une peau avec des zones blanches car le derme profond est touché, peu sensible, mais avec une présence de cloques (phlyctènes). Elle touche l'**épiderme**, une partie de la **membrane basale** et le **derme profond**.
- Une brûlure de troisième degré se caractérise par une peau beige à noire, sèche, insensible. Le revêtement cutané est détruit totalement. Aucune reconstruction spontanée n'est possible.

75

QUELLES SONT LES URGENCES LIÉES AUX BRÛLURES ?

- Nourrisson ou enfants de moins de 5 ans,
- Enfants de plus de 5 ans ou personne âgée avec plus de 5% de la surface corporelle touchée,
- Adulte avec plus de 10% de la surface corporelle touchée,
- Brûlure de 2e degré profond ou de 3e degré,
- Brûlure après explosion, électrisation, manipulation de produits chimiques, lors d'un accident de la voie publique ou lors d'un incendie en lieu clos,
- Certaines localisations sur des zones fragiles exclues par le protocole.

76

EN QUOI CONSISTE LES SOINS POUR CE PATIENT ?

- Antisepsie,
- Prise de photos,
- Tulle gras + pansement secondaire (plaie non exsudative),
- Vérification de la vaccination.

Sylvie ne connaît pas sa dernière vaccination contre le tétanos.

77

QUELLE SERA LA PRISE EN CHARGE VACCINALE DE LA PATIENTE ?

- TROD tétanos

Attention en cas de vaccination non à jour, une vaccination doit être effectuée. En cas de non port de certificat de vaccination, un TROD tétanos doit être effectué.

Le TROD se révèle négatif, indiquant que Sylvie n'est plus protégée.

78

QUELLE SERA LA PRISE EN CHARGE VACCINALE DE LA PATIENTE ?

- Nous réalisons alors immédiatement une vaccination d'IcaP. Le prochain rappel sera à caller sur le prochain rendez-vous vaccinal à 65 ans.
- La plaie n'étant à risque tétanigène, il n'est pas nécessaire d'injecter des immunoglobulines tétaniques humaines Gammatetanos 250 UI/2mL dans l'autre bras.

La plaie à risque tétanigène inclut toute morsure, présence de corps étranger, plaie souillée/susceptible d'avoir été en contact avec la terre, prise en charge > 20h.



AUTRE PLAIE

80



CONCLUSION



CONCLUSION

- Document de présentation avec cas cliniques
- Support de formation à jour
 - Notice Pixacare, notice application
- Formulaire de vérification des critères d'exclusion modifiable
- Fiche d'information et de consentement modifiable
- Modèle type de contre-rendu
- Ordonnances médicamenteuses et de conseils
- Arbres décisionnels
- Questionnaire de satisfaction délégué/déléguant
- Application de génération de pdf (partie administrative)



83

84

Exemple : Patiente prise en charge pour brûlure

- Vérifier les critères d'exclusion
- Compléter la fiche de consentement
- Compléter l'ordonnance médicamenteuse et de conseils
- Compléter le contre-rendu au médecin

Avec modèles Word: 8 min
Avec application : 3 min

Annexe 16 bis : Cas cliniques de la formation pratique (écrit)

Morsure par un mammifère

Emilie (8 ans ; 130 cm ; 27kg) et sa maman se présentent à la pharmacie. Cela fait 10 minutes que Emilie s'est fait mordre par Izor, le petit chien tout mignon de la famille en jouant avec celui-ci. C'est d'ailleurs la première fois qu'il mord. La maman est inquiète car elle voit du sang couler sur son mollet depuis l'accident, mais Emilie ne se plaint pas de douleurs.

Les morsures les plus fréquentes sont causées par les chiens et les chats, les enfants étant les plus souvent touchés. Elles se caractérisent par une effraction cutanée, un érythème, un œdème local et des douleurs localisées (parfois hémorragiques et avec corps étrangers).

Les risques sont principalement infectieux dans les heures voire jours suivants (douleur, rougeur, gonflement, écoulement purulent voire fièvre). La victime peut être contaminée par le tétanos ou la rage si l'animal est porteur du virus.

1) Quels sont les premières étapes à vérifier avant le nettoyage de la plaie ?

On commencera par vérifier le nombre de morsures, la localisation et l'ampleur (profondeur, étendue) de la morsure. On vérifiera si la plaie contient des corps étrangers et si elle est hémorragique.

Ici, il n'existe qu'une seule morsure au mollet, qui ne dépasse pas 5mm de profondeur. A l'examen visuel, la plaie ne présente pas de corps étrangers mais saigne depuis le début de son arrivée à la pharmacie.

Attention, en cas de multiples morsures le patient n'est pas pris en charge par le protocole.

Attention en cas de corps étrangers, un retrait à la pince à épiler désinfectée doit être effectué. Si c'est impossible, alors orienter vers les urgences ou le généraliste.

2) Quelle réaction devons-nous avoir après l'examen de la plaie ?

Il est important de commencer par arrêter le saignement par compression de la blessure à l'aide de compresses pendant 10 minutes. Si le saignement s'arrête alors la prise en charge peut se poursuivre.

Attention, en cas de persistance du saignement, une orientation est nécessaire.

La morsure ne saigne plus, alors nous pouvons passer au nettoyage de la plaie.

3) Que pouvons-nous utiliser pour nettoyer la plaie ?

En premier, un nettoyage doit être effectué avec de l'eau et du savon doux (ou du sérum physiologique) puis rincé. Ensuite un antiseptique (chlorhexidine) est appliqué sur la zone de morsure. Les bords de la plaie sont enfin séchés avec des compresses. Pour finir, la plaie est entourée au feutre dermatologique et prise en photo.

Attention, le rinçage est une étape importante car le savon restant entraine une inefficacité de l'antiseptique.

Toujours demander si une allergie aux antiseptiques est connue (chlorhexidine).

4) Face au risque infectieux, quel est la question incontournable à poser ?

Il est nécessaire, surtout dans un contexte d'élargissement des compétences du pharmacien concernant l'injection de vaccins, de demander si la patiente est à jour de ses vaccins, notamment contre le tétanos.

Emilie s'est faite vaccinée à 6 ans dans un schéma classique avec TETRAVAC ACELLULAIRE (DTCaP). Il n'est donc pas nécessaire de vacciner une nouvelle fois.

Attention, si la vaccination n'était pas à jour, il aurait été utile de vacciner la patiente. En cas de non port de certificat de vaccination, un TROD tétanos doit être effectué. De plus, en cas de morsure par une chauve-souris, une orientation vers un centre-antirabique pour vaccination est nécessaire.

5) La morsure nécessite-t-elle une antibiothérapie préventive ?

Dans tous les cas, un risque infection est présent (micro-organismes pathogènes présents dans la flore buccale). Un antibiotique doit être prescrit (Amoxicilline-acide clavulanique en première intention, ou doxycycline ou pristinamycine). En plus, du paracétamol peut être prescrit en cas de douleurs et des pansements en fonction de l'importance des exsudats. Une surveillance de la plaie et des signes d'infection systémique doit être recommandée.

Morsure par une tique

Pascal, 66 ans, tout juste retraité en juillet, décide de partir en expérimentation en Dordogne pour faire du bushcraft (vivre en autonomie dans la nature). Malheureusement lors de son passage dans un bois, il se fait mordre par une tique. Malgré qu'il soit bien équipé et qu'il avait prévu le tire-tique avec lui, c'est seulement le lendemain matin qu'il se rend compte de la morsure et retire la tique (soit 18h après). Il examine l'ensemble de son corps mais ne retrouve aucune autre tique.

Les tiques sont des acariens qui vivent dans des zones humides et boisées, parcs et prairies, avec une prévalence des morsures augmentée du printemps à la fin de l'été. Elles pratiquent l'affût et va s'accrocher grâce à son rostre. Elle va se gorger de sang lors du repas sanguin en alternant succion et sécrétion salivaire. La morsure se caractérise par une plaque rouge autour de la morsure, provoquant des démangeaisons dans les 24 premières heures souvent due à la salive. Après 24h à 48h, la tique régurgite et peut transmettre des maladies, notamment la maladie du Lyme.

48h après le retrait de la tique, Pascal découvre des rougeurs rondes autour du site de morsure, qui évoluent de manière centrifuge avec un éclaircissement central. Il ne présente pas d'autres symptômes. Il passe alors devant une pharmacie et entre pour avoir des conseils.

1) Quels sont les délais importants à connaître concernant les morsures de tique ?

Tout d'abord, la tique doit être restée en place moins de 36h (retirer la tique si morsure datant de moins de 36h ou vérifier que le patient a retiré la tique avant ce délai). De plus, si une évolution cutanée apparaît (érythème migrant localisé et précoce), elle peut être prise en charge si la morsure date de moins de 30 jours. Le protocole accepte un patient présentant une ou deux morsures de tique.

Ici, on a bien une forme localisée précoce de l'érythème migrant. Les signes présentés le confirment.

Dans le cadre du protocole, le professionnel peut être amené à retirer 1 ou 2 tique(s) à l'aide d'un tire-tique dans les 36h après la piqûre (+ antiseptie + entourer au feutre dermatologique et prendre en photo la plaie).

L'érythème migrant isolé au site de morsure est pris en charge dans les 30 jours après la morsure, si la tique a été retirée dans les 36h par le pharmacien ou le patient lui-même, et si aucun signe fonctionnel n'est retrouvé.

2) Dans quels cas le patient sera réorienté ?

Forme disséminée, précoce ou tardive : ces érythèmes ont les mêmes signes cliniques mais apparaissent dans les 6 mois (ou après) après la morsure, avec des localisations multiples et parfois très à distance du site de morsure + atteintes articulaires inflammatoires + lésions cutanées nodulaires ou en plaques (lymphocytome borrélien) + atteintes neurologiques (paralysie faciale, méningite) + atteintes cardiaques (troubles du rythme) + atteintes ophtalmologiques (uvéite).

3) Face à un érythème migrant localisé, quelle prescription doit être faite ?

Un antibiotique est prescrit. Ici, nous prescrivons en première intention la Doxycycline 100mg matin et soir pendant 14 jours, ainsi que du paracétamol en cas de douleurs.

Pascal vous indique qu'il a déjà pris ce médicament il y a 6 ans et qu'il a fait une allergie, un exanthème maculopapuleux confirmé lors des tests allergologiques. Ce médicament lui est donc contre-indiqué.

Nous optons alors pour l'amoxicilline 1g 3 fois par jours pendant 14 jours. La prescription comprend également du paracétamol si douleurs.

La disparition est rapide et complète en 1 semaine à 1 mois après l'antibiothérapie. Dans tous les cas, le patient devra surveiller sa plaie pendant 1 mois voire plus en cas de symptômes systémiques caractéristiques de la maladie de Lyme retardés (douleurs, fièvre, fatigue, érythème migrant au site ou ailleurs qu'au site de morsure, douleurs articulaires ou encore troubles neurologiques...) qui doivent faire reconsulter. Des photos seront intéressantes tout au long de l'évolution.

Morsure par un aoûtat

Liam, 6 ans, passe ses journées l'été dans les hautes herbes en arrière de la maison de vacances, où il apprécie s'y cacher. En revenant de cet endroit, il se gratte énormément derrière les genoux. En observant bien, ses parents remarquent une dizaine de petits boutons rouges et parfois même des croûtes orangées derrière ses genoux au milieu de rougeurs. Son papa s'empresse immédiatement à la pharmacie.

Les aoûtats sont des larves d'acariens de couleur rouge/orange visibles uniquement en amas, nombreux en période estivale et dans des herbes denses même si un simple gazon peut accueillir des

aoûtats. Ils peuvent être présents dans les élastiques des vêtements (chaussettes, caleçons). Ils possèdent des crochets pour se fixer sur la peau (se nourrit de tissus cellulaires et non de sang en injectant des enzymes pour prédigérer les cellules). Les morsures se caractérisent par des petits boutons rouges et boursoufflés, souvent dans les replis de la peau, entre les doigts ou sur une peau fine, en formant des croûtes orangées caractéristiques entraînant des démangeaisons.

1) Quel diagnostic différentiel devons-nous faire ?

Les signes cliniques nous font évidemment penser à des morsures par des aoûtats (par les circonstances d'apparition et par les signes cliniques). On pourrait également penser à des punaises de lit (maison de vacances) mais celles-ci seraient plus dispersées sur le corps et des croûtes orangées ne seraient pas présentes.

2) Quelle sera la prise en charge du patient ?

Simplement désinfecter les zones concernées, entourer au feutre dermatologique les morsures (boutons ou amas) et prendre en photo la plaie. Redemander les vaccinations pour vérification de la dernière vaccination contre le tétanos.

Ici, Liam suit également tous les vaccins du calendrier vaccinal et est à jour.

Attention en cas de vaccination non à jour, une vaccination doit être effectuée. En cas de non port de certificat de vaccination, un TROD tétanos doit être effectué.

3) Quelle prescription peut être faite pour ce patient ?

La prise en charge des morsures par aoûtats inclut une prescription de desloratadine contre les démangeaisons (5mL par jour en 1 prise car enfant de 6 ans), d'Ascabiol* possédant l'indication dans les morsures d'aoûtats en application sur les boutons au coton-tige, 2 fois à 15 minutes d'intervalle, et de paracétamol si douleurs.

Piqûre par un hyménoptère

Laura, 34 ans, vient à l'instant de se faire piquer au niveau de la cheville par une abeille en mangeant sa glace le long de la plage. Une douleur importante survient quelques minutes après la piqûre. Localement un œdème et une papule érythémateuse sont visibles.

Les piqûres d'hyménoptères (guêpes, frelons, bourdons et abeilles) sont d'autant plus courantes en période estivale. Elles ont la particularité de piquer grâce à un dard ou aiguillon inoculant un venin toxique. Les formes cliniques sont variées et commencent par une réaction locale non allergique caractérisée par une papule érythémateuse (<2cm) accompagnée d'un œdème. Cela peut s'accompagner d'une douleur locale, parfois d'une induration autour de la zone piquée et des démangeaisons. La réaction disparaît en quelques heures.

1) Quelle éventualité devons-nous prévoir face à une piqûre d'hyménoptère ?

Nous devons questionner le patient sur ses allergies et antécédents de (sensibilisation au venin d'hyménoptère) et être prêt à réagir en cas de réaction allergique.

Une réaction allergique peut apparaître après une seule piqûre, sans grande quantité de venin nécessaire. Cette réaction est d'autant plus grave que l'allergie est connue et que la personne est déjà sensibilisée au venin d'hyménoptère en ayant développé une réaction auparavant. Il existe une réaction importante à l'endroit de la piqûre, avec un gonflement qui peut atteindre 10 cm et rejoindre une ou deux articulations proches qui seront également gonflées. Une anaphylaxie est possible en cas d'installation aiguë (minutes à heures) d'au moins deux des signes suivants :

- *Atteinte cutanéomuqueuse (éruption généralisée, prurit, flush, œdème des lèvres/ de la langue/ de la lèvre)*
- *Atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe)*
- *Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes (syncope, collapsus, hypotonie, incontinence)*
- *Signes gastro-intestinaux (douleurs abdominales, vomissements)*

2) Devons-nous s'attendre à retirer un dard ? Si oui, comment faire ?

Oui, seule l'abeille possède un dard denticulé qu'elle laisse en place dans la peau avec la glande à venin. Nous utiliserons un support plat que nous déplacerons dans le sens de sortie du dard, parallèlement à la peau. Généralement la glande à venin sort en même temps (+ antiseptie + feutre + photos).

Attention, en cas d'incapacité à retirer complètement le dard et/ou la glande à venin, le patient doit être réorienté.

Au moment de la question vaccination, Laura précise qu'elle ne possède pas de certificat et ne connaît pas la date de rappel de sa vaccination contre le tétanos.

TETAQUICK®

3) Que pouvons-nous faire afin de connaître son statut vaccinal ?

Le TROD tétanos est le moyen utile choisi par ce protocole pour déterminer la protection vis-à-vis du tétanos d'une personne ne connaissant pas son statut vaccinal (évite les injections de gamma-tétanos inutiles à risque, plus efficace que l'anamnèse).

Ici, le résultat du TROD étant positif, Laura est encore immunisée contre le tétanos et ne nécessite pas de vaccination.

Soudainement, on constate un léger malaise avec sueur, baisse de la pression artérielle et une dyspnée qui la font chuter au sol. Elle reste consciente.

4) Comment adaptons-nous la prise en charge de cette patiente ?

Immédiatement, nous contactons le SAMU car les symptômes que présente la patiente font partis d'une réaction anaphylactique et pourraient s'amplifier. La position choisie sera semi-assise (en raison de la dyspnée).

Attention, en cas de difficultés à respirer la position privilégiée est celle de semi-assise. En cas de malaise conscient on privilégiera la position allongée avec les jambes surélevées. En cas de troubles de la conscience, on préférera la PLS.

Il est également recommandé d'injecter l'adrénaline précocement : 1 injection intramusculaire 0.30mg/0.3mL dans la face antérolatérale de la cuisse (possible de renouveler 5 à 15 minutes après si aucune amélioration) + attendre le SAMU.

Attention la dose d'adrénaline est de 0.15mg/0.3mL chez l'enfant de 15 à 30kg.

On conseille fortement la prescription téléphonique (d'injection d'adrénaline) par le 15.

Impétigo crouteux

Roxane, 5 ans, est amenée à la pharmacie pour montrer des lésions autour de la bouche. Elles ne lui font pas mal et sont concentrées uniquement sur une petite surface autour de la bouche mais persistent depuis 2-3 jours sans trop évoluer. Les lésions ressemblent à des petites croûtes, légèrement inflammatoires.

L'impétigo est une pathologie bactérienne (donc contagieuse) principalement pédiatrique (pic de 0 à 10 ans), à prédominance estivale. Il peut se former sur peau saine ou sur des lésions cutanées préexistantes.

1) Comment les lésions de l'impétigo peuvent-elles se présenter ?

L'aspect clinique débute par des vésicules, entourées parfois d'une auréole inflammatoire, qui se transforment en pustules contenant le pus (lésions vésiculo-pustuleuses). Ceux-ci vont se rompre pour prendre un aspect crouteux. Ces croûtes sont regroupées en placard.

On parle de forme habituelle non bulleuse, ou croûteuse. Elle représente 70% des cas d'impétigo. Ce sont des lésions peu douloureuses, ne donnant pas de fièvre mais parfois des adénopathies régionales. L'impétigo apparaît souvent autour des orifices (narine, bouche, anus), mais peut s'étendre au cuir chevelu ou toute partie du corps par auto-contamination liée au grattage.

L'impétigo peut aussi se présenter sous forme bulleuse (bulles molles et transparentes avec auréole inflammatoire +/- fièvre, fatigue, diarrhées) et sous forme nécrotique (ulcération profonde du derme).

2) Quels sont les différents critères d'exclusions de l'impétigo crouteux ?

- L'impétigo avec une surface cutanée atteinte supérieure à 2% de la surface corporelle (2 fois la taille de la paume de main)
- L'impétigo ayant plus de 6 lésions
- L'extension rapide des lésions (quelques heures)

- La présence de fièvre
- L'impétigo de forme bulleuse
- L'ecthyma (forme nécrotique creusante)

3) Quelle prescription peut être faite pour cette patiente ?

La première chose est de privilégier une toilette régulière à l'eau et au savon. Ensuite la mupirocine pommade sera à appliquer 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours. Des pansements peuvent être prescrits, si adaptés, pour éviter la contagiosité. Le paracétamol sera prescrit en cas de douleurs.

Panaris

Didier, 59 ans, se présente au matin à la pharmacie pour un panaris, sans grosses douleurs. Il ne l'a remarqué que la veille au soir, mais rapporte arracher régulièrement la peau autour de ses ongles.

Le panaris est une infection bactérienne de la peau et du tissu sous-cutané d'un doigt, de la main ou du pied. Il apparaît tout d'abord une réaction inflammatoire autour de l'ongle et sous l'ongle, ou au niveau de la pulpe de doigt, puis se collecte en un abcès en l'absence de traitement.

1) Quelles sont les 2 formes possibles de panaris ?

Stade inflammatoire : une peau tendue, douloureuse et rouge autour de l'ongle ou sur la pulpe du doigt. La douleur est supportable et diminue la nuit.

Stade purulent : la peau est toujours tendue et rouge, mais se ramollit en son centre montrant la collection de pus, et est parfois surmontée d'une phlyctène purulente. La douleur est alors intense et une fièvre peut apparaître.

2) Quelles peuvent-être les raisons d'un panaris ?

Blessure de la peau (manucure brutale, trituration de la cuticule avec les dents, arrachement de peau autour de l'ongle = onychophagie) ou suite au percement d'ampoule, d'une piqûre d'insecte, d'un corps étranger sous la peau, d'un traumatisme de l'ongle ou d'une morsure ou griffure.

3) Que devons-nous vérifier en priorité ?

Nous devons vérifier que le patient ne présente pas de pathologie de la valve cardiaque et que son vaccin contre le tétanos est à jour.

Didier ne présente pas de valvulopathie, mais nous affirme ne pas avoir refait de vaccination contre le tétanos depuis ses 25 ans.

4) Comment adaptons-nous sa prise en charge ?

Didier possédant son carnet de vaccination, mais non à jour, nous commençons immédiatement par une vaccination dTcaP (car la vaccination contre la coqueluche date de plus de 5 ans). Le prochain rappel sera à appeler sur le prochain rendez-vous vaccinal à 65 ans.

La plaie n'étant pas à risque tétanigène, il n'est pas nécessaire d'injecter des immunoglobulines tétaniques humaines.

La plaie à risque tétanigène inclue toute morsure de mammifère, présence de corps étranger, plaie souillée/susceptible d'avoir été en contact avec la terre, prise en charge > 20h, brûlure.

Le panaris n'étant pas collecté, nous prescrivons des bains antiseptiques au Dakin® (3 minutes, 3 fois par jour, jusqu'à régression des symptômes) et du paracétamol si douleurs.

Il est important de surveiller l'évolution du panaris et reconsulter en cas de passage du stade inflammatoire vers celui de l'abcès. L'inflammation doit régresser dans les 48h.

Didier se représente à la pharmacie 3 jours après sa prise en charge, car le panaris est maintenant collecté et les bains antiseptiques ne suffisent plus. La douleur n'est pas forcément plus forte.

5) Comment réagissons-nous face à l'évolution des symptômes que présente Didier ?

Nous pouvons alors reprendre l'arbre décisionnel au stade du panaris collecté. Ainsi, nous orientons le patient vers une consultation avec son généraliste pour un avis médico-chirurgical, vérification de l'intérêt de l'incision et prescription éventuelle d'antibiotique.

Brûlure

Sylvie, 55 ans, vient à la pharmacie pour une brûlure thermique qu'elle s'est faite à l'avant-bras, la veille, en cuisinant avec le four. Cette brûlure est rouge, douloureuse, ronde de la taille d'un abricot, avec une petite cloque centrale. Cette plaie n'est pas exsudative.

Attention, les brûlures chimiques et électriques ne sont pas prises en charge par ce protocole.

1) Quelles sont les premières informations à recueillir ?

La cause/l'origine de la brûlure, la temporalité, la localisation de la brûlure, l'étendue de la brûlure et le degré de la brûlure. Ici la cause de la brûlure est thermique, survenue la veille (donc pas de refroidissement de la brûlure), au niveau de l'avant-bras, ne dépasse pas la paume de la main de la patiente et semble être de deuxième degré superficiel.

Attention, une brûlure survenue dans l'heure nécessite un refroidissement au préalable. Le protocole inclut la prise en charge des brûlures du premier degré et de deuxième degré superficiel dont la surface n'excède pas 1% de la surface corporelle (correspondant à la paume de la main du patient) due à une agression thermique.

2) Quelles sont les caractéristiques des différents degrés de brûlure ?

Une brûlure de premier degré se caractérise par une peau rose à rouge (érythème), sèche, souple/élastique, douloureuse, avec une pilosité encore présente, et sans cloques. Elle atteint uniquement la couche cornée. Elle guérit en quelques jours.

Une brûlure de deuxième degré superficiel se caractérise par une peau rose à rouge (érythème), toujours douloureuse, mais avec une présence de cloques (phlyctènes). Elle touche l'épiderme, une partie de la membrane basale et le derme superficiel.

Une brûlure de deuxième degré profond se caractérise par une peau avec des zones blanches car le derme profond est touché, peu sensible, mais avec une présence de cloques (phlyctènes). Elle touche l'épiderme, une partie de la membrane basale et le derme profond.

Une brûlure de troisième degré se caractérise par une peau beige à noire, sèche, insensible. Le revêtement cutané est détruit totalement. Aucune reconstruction spontanée n'est possible.

3) Quelles sont les urgences liées aux brûlures ?

Nourrisson ou enfants de moins de 5 ans, enfants de plus de 5 ans ou personne âgée avec plus de 5% de la surface corporelle touchée, un adulte avec plus de 10% de la surface corporelle touchée, une brûlure de 2^e degré profond ou de 3^e degré, une brûlure après explosion, électrisation, manipulation de produits chimiques, lors d'un accident de la voie publique ou lors d'un incendie en lieu clos, et certaines localisations sur des zones fragiles exclues par le protocole.

4) En quoi consiste les soins pour ce patient ?

Antiseptie, prise de photos, tulle gras + pansement secondaire (plaie non exsudative), vérification de la vaccination.

Sylvie ne connaît pas sa dernière vaccination contre le tétanos.

5) Quelle sera la prise en charge vaccinale de la patiente ?

Nous allons ainsi utiliser un TROD tétanos.

Le TROD se révèle négatif, indiquant que Sylvie n'est plus protégée.

Nous réalisons alors immédiatement une vaccination dTcaP. Le prochain rappel sera à caller sur le prochain rendez-vous vaccinal à 65 ans.

La plaie n'étant pas à risque tétanigène, il n'est pas nécessaire d'injecter des immunoglobulines tétaniques humaines Gammatetanos 250 UI/2mL dans l'autre bras.

La plaie à risque tétanigène inclut toute morsure de mammifère, présence de corps étranger, plaie souillée/susceptible d'avoir été en contact avec la terre, prise en charge > 20h.

Annexe 17 : QCM d'évaluation

Quels sont les objectifs du protocole :

- 1) Pouvoir répondre à des demandes urgentes et fréquentes
- 2) Prendre la place d'autres professionnels de santé
- 3) Améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge d'un patient
- 4) Réduire les délais de prise en charge
- 5) Prendre en charge les patients sans contacter/échanger avec le médecin

Le protocole permet de prendre en charge :

- 1) Des morsures de mammifère, de tique et d'aoûtat
- 2) Des abcès cutanés et des furoncles
- 3) Un impétigo crouteux
- 4) Un panaris
- 5) Toute brûlure

Concernant les morsures de mammifère :

- 1) Elles présentent toutes un risque infectieux
- 2) La doxycycline est recommandée en première intention
- 3) Elles se présentent par une effraction cutanée, un érythème, un œdème local et des douleurs localisées (parfois hémorragique ou avec corps étranger)
- 4) En cas de présence de corps étrangers, le patient doit toujours être orienté vers les urgences
- 5) Le protocole permet la prise en charge d'une morsure unique

Concernant les morsure de tique :

- 1) La morsure ressemble à un bouton blanc induré
- 2) La tique régurgite son repas sanguin entre 24h et 48h et peut transmettre la maladie de Lyme
- 3) Un érythème migrant, signe d'une maladie de Lyme, se présente sous la forme de rougeurs rondes évoluant de manière centrifuge alternant avec des éclaircissements
- 4) Le protocole permet la prise en charge d'une ou deux morsures de tique restée sur la peau moins de 36h, et un érythème migrant localisé et précoce s'il survient dans les 30 jours après la morsure
- 5) La morsure ne nécessite pas de surveillance particulière

Concernant les piqûres d'hyménoptères :

- 1) Tous les hyménoptères possèdent un dard denticulé qui reste en place lors de la piqûre
- 2) Une réaction allergique est possible seulement en cas de nombreuses piqûres et si une grande quantité de venin est injecté
- 3) Une anaphylaxie se caractérise par la présence d'au moins 2 signes d'atteinte cutanéomuqueuse ou respiratoire ou gastro-intestinaux ou d'hypotension artérielle
- 4) La plaie se présente par une papule érythémateuse, d'un œdème et parfois par une douleur locale, induration et démangeaisons
- 5) La desloratadine, l'hydrocortisone et le paracétamol peuvent être prescrits

Concernant le panaris :

- 1) C'est une infection de l'ongle
- 2) Il existe sous forme inflammatoire ou purulent
- 3) Ils sont dus par exemple à des blessures de la peau, présence de corps étrangers ou traumatisme de l'ongle
- 4) Une pathologie de la valve cardiaque doit être recherchée
- 5) Un percement de l'abcès purulent par le patient doit être conseillé

Concernant les brûlures :

- 1) Les brûlures thermiques et chimiques nécessitent une prise en charge urgente à l'officine
- 2) La brûlure ne doit pas dépasser 5% de la surface cutanée du patient pour entrer dans le protocole
- 3) Une brûlure de deuxième degré profond se caractérise par une peau rose à rouge avec des phlyctènes, toujours douloureuse
- 4) Les brûlures de 2^{ème} profond et 3^{ème} degré sont exclus du protocole

- 5) *Pour la brûlure de 2^{ème} degré superficiel, un tulle gras ou un pansement hydrocellulaire peut être prescrit*

Concernant le nettoyage de la plaie :

- 1) *Un premier nettoyage à l'eau et au savon (ou au sérum physiologique) est recommandé*
- 2) *Le rinçage est facultatif, l'antiseptique permet de retirer le savon*
- 3) *Un allergie à la chlorhexidine doit être recherchée*
- 4) *Un séchage du bord de la plaie avec des compresses n'est pas utile car contaminerait la plaie*
- 5) *La plaie sera entourée avec un stylo Bic®*

Concernant la vaccination contre le Tétanos :

- 1) *Pour connaître le statut vaccinal, un TROD sanguin type Tetaquick® doit être effectué*
- 2) *Les TROD type Tetaquick® possèdent une spécificité et une sensibilité de plus de 98%*
- 3) *Si le résultat du TROD est positif, un rappel ou une primo-vaccination doit être faite immédiatement*
- 4) *Le TROD tétanos détecte les anticorps anti toxine tétanique*
- 5) *Le TROD est utilisé uniquement si le patient n'est pas porteur d'un certificat de vaccination*

Concernant la prise en charge globale du patient :

- 1) *La prise en charge débute toujours par le remplissage du tableau reporting*
- 2) *La prise en charge débute toujours par la recherche des critères d'inclusion et d'exclusion*
- 3) *Le recueil de consentement du patient n'est que facultatif*
- 4) *Une étape de prescription, dispensation et facturation suit généralement la prise en charge technique*
- 5) *Un compte rendu est envoyé uniquement au patient*

Annexe 18 : Modèle type de documents à renseigner pour la déclaration

**Modèles type de documents à renseigner et à insérer dans le formulaire de déclaration
en ligne
pour mettre en œuvre un protocole national ou un protocole local
Plateforme « démarche simplifiée »**

Conformément aux décrets relatifs aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles de coopération
nationaux (Décret n° 2020-148 du 21 février 2020) et locaux (Décret n° 2021-804 du 24 juin 2021)

1/ accord de l'employeur

2/ accord d'engagement des membres de l'équipe

3/ attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre
d'un protocole de coopération

1/ Modèle : Accord de l'employeur

Je soussigné [NOM, PRENOM] responsable de la structure d'exercice [NOM], donne
mon accord pour la déclaration et la mise en œuvre du protocole de coopération [NATIONAL
ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] autorisé par [ARRETE
MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE] à l'équipe composée de :

- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
- [NOM, PRENOM, PROFESSION]
-

Fait à [VILLE], le [DATE].

Signature du responsable

Cachet de la structure d'exercice

2/ Modèle : Accord d'engagement des membres de l'équipe

DELEGANTS				
NOM	PRENOM	PROFESSION	N° RPPS/ADELI	SIGNATURE

DELEGUES				
NOM	PRENOM	PROFESSION	N° RPPS/ADELI	SIGNATURE

Nous déclarons sur l'honneur notre engagement mutuel pour la mise en œuvre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] autorisé par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE].

Fait à [VILLE], le [DATE].

3/ Modèle : Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en œuvre d'un protocole de coopération

Je soussigné [NOM, PRENOM], exerçant en tant que délégué dans le cadre du protocole de coopération [NATIONAL ou LOCAL] intitulé [NOM EXACT DU PROTOCOLE CONCERNE] certifie sur l'honneur avoir validé les compétences spécifiques à celui-ci et conformément à son autorisation par [ARRETE MINISTERIEL ou DECISION LOCALE] du [DATE].

La formation a été délivrée par [NOM DE L'ORGANISME DE FORMATION/NOM DU RESPONSABLE DE FORMATION] et a comporté :

- [XXX] heures de formation théorique et
- [XXX] heures de formation pratique.

Fait à [VILLE], le [DATE].

Signature du délégué

Annexe 19 : Modèle de protocole local (ARS)

Projet de protocole local de coopération inter professionnelle Fondé sur les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019. Il est impératif de renseigner avec rigueur l'ensemble des rubriques car les descriptions justifient l'adéquation de l'activité aux exigences référencées. https://www.legifrance.gouv.fr/orf/id/JORFTEXT000039684544/ et après s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits dans le protocole	Indexation des annexes Certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra
1. Intitulé du protocole	Prise en charge de la plaie simple chez la personne de 5 à 70 ans par un infirmier ou un pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPIS
2. Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur lesquelles est fondé le protocole - Autres recommandations professionnelles et textes réglementaires	Recommandations professionnelles HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf https://www.has-sante.fr/cms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/prise_en_charge_des_infections_cutanees_bacteriennes_courantes_recommandations.pdf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_de_synthese_infections_cutanees_mel.pdf https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/reco266_rbp_borreliose_de_lyme_cd_2018_06_13_recommandations.pdf https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/calendrier_vaccinal_21avril22.pdf https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/bons-gestes/soins/pansements-complexes https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/soins/soigner-plaie https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/urgence/accidents-domestiques/coupure-cutanee https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/urgence/accidents-domestiques/brulures-peau https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/piques-guepes-abeilles-frelons-bourdons https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/morsure-chien-chat https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/morsure-serpent https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/themes/impetigo/reconnaitre-impetigo https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/calendrier_vaccinal_21avril22.pdf https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/urgence/corps-etrangeurs/peau https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/morsure-tique-maladie-de-lyme-que-faire https://www.ameli.fr/ille-douai/assure/sante/themes/allergies/comprendre-allergies Autres recommandations de sociétés savantes ou recommandations étrangères reconnues : https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2021-06/CDC%20VDef_OSYS%20V4_4%20210120.pdf http://www.omedit-centre.fr/portal/gallery_files/site/136/2953/5062/7878.pdf https://www.omedit-normandie.fr/media-files/29117/guide-pansements-2-1-.pdf https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-10/quel%20pansement%20pour%20quelle%20plaie.pdf https://antibiodic.com/ https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-cutan%C3%A9es-back%C3%A9riennes/imp%C3%A9tigo-et-ecthyma https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/prise-en-charge-du-patient-atteint-de-troubles-dermatologiques/description-des-%C3%A9l%C3%A9ments-cutan%C3%A9es-%C3%A9l%C3%A9mentaires https://www.cap.chu-lille.fr/morsures-danimaux/#1615303652245-4942b160-fc37 https://www.centraantipoisons.be/nature/animaux/piq-re-de-gu-pe-d-abeille-de-frelon-et-de-bourdon https://www.centraantipoisons.be/nature/animaux/les-morsures-de-tiques

	https://www.institut-main.fr/les-morsures-animales/ https://francelyma.fr/site/mediatiques/malades/symptomes/ https://www.sfmu.org/upload/consensus/rfe_anaphylaxie_sfm2016.pdf https://www.mesvaccins.net/textes/20201227_Anaphylaxie_vaccination.pdf https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/covid-19-la-strategie-vaccinale/article/la-liste-des-comorbidites-et-des-maladies-associees-a-un-risque-de-forme-grave Textes réglementaires (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué...) : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/accord-aci-cpts-integrant-avenant-2-version-consolidee.pdf https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne Autres références bibliographiques (expériences françaises ou étrangères, etc.) : https://www.sfmu.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf https://www.renau.org/media/2020/04/1699-soins-des-brulures-aux-urgences.pdf https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2015/2015JUL2E085.pdf https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2015/2015JUL2E060.pdf https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/11_allergie_aux_venins_d_hymenopteres_dr_gruzelle_dr_iuchet.pdf Gavenalle JC. Devons nous changer notre méthode de prévention antitétanique grâce à un test rapide de détection des anticorps antitétaniques ? Service des Urgences. Hôpital Universitaire Brugmann, Bruxelles, Belgique	
3. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre	Objectifs de mise en œuvre : - Réduire les délais de prise en charge d'une symptomatologie 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 des soins (urgences et organismes de permanence de soins ambulatoires - PDSA), notamment en horaires de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé. - Permettre aux professionnels de santé d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et de prendre en charge cette symptomatologie. - Améliorer la sécurité de la prise en charge : - En favorisant une prise en charge par un professionnel de santé formé - En utilisant des algorithmes décisionnels issus de référentiels validés. - En améliorant la traçabilité des prises en charge grâce à un échange sécurisé des informations - Optimiser la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents Patients et pathologie(s) concernés par le protocole : Tous patients de 5 à 70 ans se présentant à l'officine avec une : - Plaie simple d'origine animale (morsure par un mammifère, morsure par une tique, morsure par un aoûtat, piqure d'hyménoptère) - Plaie simple standard - Plaie simple de type brûlure cutanée - Plaie simple de type infection cutanée (impétigo, panaris) Professionnels concernés Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Médecins	Annexe n° X, optionnelle : objectifs généraux du protocole, contexte et conditions de succès

	Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Docteur en pharmacie, titulaires ou adjoints exerçant dans une pharmacie d'officine et infirmiers diplômés d'état exerçant en libéral Le cas échéant, expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) requise des délégués : Lieu de mise en œuvre Inom de l'établissement de santé ou médico-social ou de la structure de soins de ville: <u>Pharmacie d'officine, cabinet d'infirmier libéral ou domicile du patient au sein de la CPTS</u> <u>Critère 1</u> : Patient âgé de 5 à 70 ans se présentant avec une plaie simple	
4. Critères d'inclusion des patients (définir précisément tous les critères sans oublier ceux liés à l'âge)	Présentant un des critères 2 à 9 : <u>Critère 2</u> : Morsure unique par un mammifère <u>Critère 3</u> : Morsure(s) par une tique <u>Critère 4</u> : Morsure(s) par un acutat (rougeurs, démangeaisons, douleurs, petites papules rouges avec auréole plus claire) <u>Critère 5</u> : Piqûre(s) d'hyménoptère (rougeurs, démangeaisons, douleurs, gonflement léger, induration) <u>Critère 6</u> : Brûlure cutanée du 1^{er} degré ou du 2^{ème} degré superficiel (érythème douloureux, souple, persistance de pilosité, avec ou sans cloque) <u>Critère 7</u> : Impétigo (lésions <u>vésiculo-pustuleuses</u> de l'épiderme voire crouteuses, souvent autour de la bouche ou des narines) <u>Critère 8</u> : Panaris (inflammation de la dernière phalange) avec douleurs modérées <u>Critère 9</u> : Autre type de plaie aigue <6 semaines, non étendue <15 cm², peu profonde <5 mm	
5. Critères de non-inclusion des patients (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)	Critères généraux : <u>Critère 1</u> : Age <5 ans ou >70 ans <u>Critère 2</u> : Altération de l'État Général : température >39,5° ou PA <90 000038 mmHg ou FC >110/min ou FR >20/min ou perte de connaissance (hors urgence allergie piqûre d'hyménoptères) <u>Critère 3</u> : Réaction allergique ou difficultés respiratoires (hors urgence allergie piqûre d'hyménoptères) <u>Critère 4</u> : Grossesse avérée ou non exclue <u>Critère 5</u> : Notion d'insuffisance rénale sévère (clairance <30ml/min) et/ou dialysés <u>Critère 6</u> : Immunodépression ou risque d'immunodépression <u>Critère 7</u> : Diabète, trisomie 21, mucoviscidose, maladies rares <u>Critère 8</u> : Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie <u>Critère 9</u> : Plaie chronique > 6 semaines, profonde > 5 mm, étendue > 15 cm <u>Critère 10</u> : Plaie au niveau cervico-facial, des mains ou des pieds (brûlure, morsure par un mammifère ou autre plaie uniquement) ou ORL ou des organes génitaux <u>Critère 11</u> : Ulcère de la jambe ou pied diabétique ou escarre ou moignon d'amputation <u>Critère 12</u> : Perte de sensibilité <u>Critère 13</u> : Signes digestifs associés Critères spécifiques : <u>Critère 14</u> : Morsure(s) de tique >2 présente sous forme disséminée (atteinte neurologique/cardiaque/articulaire) ou tique restée plus de 36h <u>Critère 15</u> : Piqûres multiples d'hyménoptère >20 ou morsures multiples d'acutat >20 <u>Critère 16</u> : Brûlure due à l'électricité ou à un produit chimique ou du 2^{ème} degré superficiel >1% de la surface corporelle (paume) ou du 2^{ème} degré profond ou 3^{ème} degré <u>Critère 17</u> : Impétigo de forme nécrotique ou bulleuse, impétigo de surface >2% (2x paume) ou >6 lésions ou extension rapide <u>Critère 18</u> : Panaris à répétition ou douleurs violentes ou valvulopathie	

6. Description synthétique par un algorithme de l'inclusion et du parcours du patient dans le cadre du protocole Compléter l'algorithme ci-contre en ajoutant si besoin les spécificités propres au projet de protocole Le consentement écrit du patient n'est pas obligatoire, sous réserve que l'accord oral soit tracé dans le dossier médical		Annexe 1, obligatoire : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité du patient, d'information du patient et de recueil de son consentement au protocole Annexe 1bis : recueil des données de santé significatives.
7. Liste de toutes les dérogations envisagées : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Pour chaque dérogation, rédiger une annexe comprenant l'arbre décisionnel associés aux documentations et outils nécessaires : ordonnances préétablies, fiches d'information ou de conseils, programme de formation si le choix est fait de segmenter la formation dérogation par dérogation Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'examen clinique ou complémentaires, la réalisation de tests, la prescription d'examen complémentaires ou de traitements hors compétences des délégués, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients	Dérogation 1 : Examen de la plaie, délimitation de la zone avec stylo dermatologique et prise de photo Dérogation 2 : Nettoyage de la plaie à l'eau et savon doux, rinçage, séchage Dérogation 3 : Prescription d'antiseptiques et antispésie Dérogation 4 : Prescription d'antalgique, d'antihistaminique, de corticoïdes, de l'alusset et d'ascabiol + prescription et injection d'adrénaline si urgence Dérogation 5 : Prescription d'antibiotique (amoxicilline/acide clavulanique, pristinamycine, mupirocine, doxycycline, acyclovir, moxifloxacine) Dérogation 6 : Prescription et pose de pansements et/ou de tulle gras et/ou de bandelettes adhésives Dérogation 7 : Prescription et vaccination anti-tétanique Dérogation 8 : Refroidissement de la brûlure Dérogation 9 : Arrêt du saignement par compression Dérogation 10 : Retrait de corps étrangers à la pince à épiler Dérogation 11 : Retrait de la tique avec un tire tique	Annexe 2, obligatoire : pour chaque dérogation, ☐ arbre décisionnel guidant pas à pas l'intervention des délégués en associant une action à chaque situation identifiée sans que les délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole ☐ Ordonnance(s) type de prescription des examens complémentaires et traitements envisagés, fiches de conseils pour les patients et (si le choix est fait de le placer ici)

¹ Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/

8. Formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués pour exercer ces nouvelles compétences dérogatoires Le programme de formation doit être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole Le programme de formation peut - Soit être décrit ici pour l'ensemble du protocole : à prioriser si le protocole ne prévoit qu'une dérogation ou un petit nombre de dérogations liées entre elles - Soit être décrit de façon spécifique à chaque dérogation dans les annexes relatives aux arbres décisionnels : à prioriser si le protocole comprend plusieurs dérogations d'application relativement indépendante.	Dérogation 12 : Retrait du sac à venin d'hyménoptère avec une pompe à venin et du dard Dérogation 13 : Utilisation du TROD Tétanos et du TROD Tique	programme de formation spécifique à la dérogation...
Formation théorique : durée et contenu si possible validés par les CNP concernés : Compétences à acquérir : - Utiliser les outils du protocole (tableaux de critères d'inclusion et de non-inclusion, recueil de consentement, arbres décisionnels, ordonnances préétablies, courrier au médecin) - Identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse doit être médicale et/ou urgente et ne peut être déléguée - Capacité à réaliser et à interpréter une anamnèse - Capacité à réaliser les soins et les actes immédiats - Capacité à identifier le médicament/dispositif médical à prescrire et sa posologie, à rechercher ses allergies et contre-indications - Capacité à déterminer le statut vaccinal et vacciner si besoin - Capacité à expliquer les soins à domicile et la surveillance Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable de... - Vérifier l'éligibilité au protocole d'un patient présentant une plaie simple en fonction des signes cliniques repérés - Orienter vers les urgences ou le médecin dès le début ou au cours du protocole en présence de signes de non-inclusion repérés - Recueillir le consentement du patient - Réaliser et interpréter l'anamnèse - Suivre l'arbre décisionnel établi en fonction du type de plaie repéré - Réaliser les actes nécessaires à la bonne prise en charge du patient (nettoyage et antiseptie, retrait de corps étrangers, arrêt d'une hémorragie, retrait de tique, retrait du dard et du sac à venin, refroidissement d'une brûlure, pose de bandelettes adhésives, pose de pansements) - Identifier et prescrire les traitements antiseptiques, antibiotiques et antalgiques conformes aux recommandations - Identifier, prescrire et poser les pansements conformes aux recommandations - Identifier, prescrire et injecter les vaccins et/ou immunoglobulines conformes aux recommandations - Informer le patient des règles hygiéno-diététiques, des soins à apporter, de la surveillance et des modalités de consultation médicale - Informer le déléguant de la prise en charge du patient Programme et modalités d'apprentissage Séquence 1 : Prise en main des arbres décisionnels Séquence 2 : Prise en charge administrative du patient - Vérifier les critères d'inclusion et de non-inclusion - Orienter le patient vers les urgences ou le médecin si nécessaire - Recueillir le consentement du patient et l'informer - Réaliser l'anamnèse du patient Séquence 3 : Physiopathologie des plaies simples et infections cutanées incluses dans le protocole - Les signes cliniques des différentes pathologies (critères d'inclusion) - Les situations non prises en charge par le protocole (critères de non-inclusion) - Les diagnostics différentiels et risques secondaires s'ils existent - La surveillance et les règles hygiéno-diététiques Séquence 4 : Réalisation d'actes techniques et prescription		

	- Gestion des urgences (brûlure, hémorragie, plaie traumatique, allergie, malaise, perte de connaissance) - Nettoyage et antiseptie des plaies - Retrait de corps étrangers, retrait de tige, retrait de dard et sac à venin - Vaccinations recommandées - Prescription d'antiseptiques, antihistaminiques, corticoïdes, antibiotiques, antalgiques : présentation des molécules, des allergies et contre-indications à rechercher, des effets indésirables et des précautions d'emploi. - Prescription et pose de pansements adaptés : présentation des différents pansements et leur indication Séquence 5 : Suivi - Suivi du patient et modalités de re-consultation - Echanges avec le délégué - Suivi des indicateurs Déroulement en précisant la durée de chaque phase et la durée totale de la formation, et la qualification professionnelle ou spécialité du formateur - Formation asynchrone (lecture et apprentissage d'un document de formation : environ 4h) - Formation synchrone (réunion pluridisciplinaire, cas cliniques, évaluation ; environ 2h) - Formateur = pharmacien et/ou médecin Évaluation de l'acquisition des compétences et modalités de validation (qui valide : quel type de validation) - Les pharmaciens compléteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation dont les critères d'exclusion, l'interprétation de l'anamnèse et la prescription. Critères de validation : - Réussite à 8 items sur 10. - En cas de réponse incorrecte, le formateur apportera au délégué une information complémentaire et répondra à ses questions Formation pratique : modalités, nombre d'heures estimé, modalités de validation : Une formation (2 heures) est obligatoire en préalable à la mise en œuvre du protocole. Validé par QCM en fin de séance. Maintien des compétences : - Nombre minimal de patients (ou d'actes) devant être pris en charge sur une période à définir pour le maintien des compétences : au minimum 5 actes par an - Modalité de formation continue : répétition de la formation si modification du protocole	
9. Organisation de l'équipe pour la mise en œuvre du protocole.	● Modèles de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégués et délégués ☐ Délégués et délégués partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, allergies, vaccinations...). ☐ Accès du délégué au Dossier Médical du patient ☒ Recueil par le délégué auprès du patient des données pertinentes pour la mise en œuvre du protocole parmi celles que l'HAS recommande d'inclure dans le VSM [cf. modèle de questionnaire en annexe 1]. ☐ Autre : ● Mode de mise à disposition de la grille d'éligibilité au protocole, des arbres décisionnels et des documents annexes ☐ Intégration au logiciel partagé par délégués et délégués ☐ Intégration au logiciel métier des délégués	Annexe 3.1. Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégué, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé

	<u>X</u> Version papier • Mode de transmission du CR de prise en charge au délégué, au médecin traitant s'il n'est pas le délégué et aux autres professionnels de santé ☐ Intégration du compte rendu dans le dossier du patient ☒ Transmission du compte-rendu de prise en charge dans l'Espace de Santé Numérique du patient ☐ Autre modalité Si utilisation d'un logiciel informatique, identifier et mots de passe personnels : X oui ☐ non • Disponibilité et interventions requises du professionnel délégué Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégués eu égard aux délégués et prendre en charge les patients réorientés vers un médecin : Afin d'assurer la continuité des soins, le délégué est joignable et peut répondre aux interrogations du délégué Mode d'organisation en cas d'absence programmée et non programmée du délégué [indiquer si possibilité de désignation de délégué remplaçant] : En cas d'absence programmée : • Du délégué : un infirmier remplaçant ou pharmacien remplaçant, adhérent au protocole, informé au préalable du dossier du patient par le délégué, assure l'activité décrite au protocole. • Du délégué : un médecin généraliste remplaçant, adhérent au protocole et informé du dossier du patient au préalable par le délégué, assure l'activité de coopération décrite au protocole. Symptômes et situations requérant une prise en charge médicale en urgence dans un délai < à : [Préciser le délai] Le patient sera réorienté par le pharmacien au médecin lorsqu'il ne peut être intégré au protocole : - refus du patient - présence d'un critère d'exclusion à l'interrogatoire ou après recueil des constantes - identification d'une réorientation au cours de la prise en charge En sus des retours au délégué prévus par les arbres décisionnels, le délégué alerte systématiquement et immédiatement le délégué des situations à risques suivantes : - Dégradation rapide de l'état clinique et des constantes du patient - Demande du patient de sortir du protocole - Tout événement et situation de soins hors protocole ou ressentis comme telle par le délégué - Perte de repère, incompréhension du patient sur son parcours de soin - Difficulté de coordination de la prise en charge du patient entre délégué et délégué Modalités de gestion des urgences (mode de contact, conduite à tenir en cas de délégué absent ou non joignable) Pour toute situation dépassant le cadre du protocole et relevant d'une urgence : - appel téléphonique immédiat au délégué, ou au remplaçant du délégué - appel du centre 15 Les situations et symptômes requérant une prise en charge en urgence sont identifiés dans la grille d'éligibilité au protocole et dans l'arbre décisionnel
--	---

10. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques. <i>Prioriser une organisation en équipe</i>	<table><tr><th>Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)</th><th>Mesures de prévention</th></tr><tr><td>Refus du patient</td><td>Informations, réponses aux questions</td></tr><tr><td>Erreur d'interprétation des critères</td><td>Formation et suivi de l'arbre décisionnel validé</td></tr><tr><td>Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique</td><td>Formation sur le repérage et validation des signes cliniques</td></tr><tr><td>Erreur de prescription</td><td>Formation au questionnement sur les allergies éventuelles, inscription au DP du patient</td></tr></table> Modalités de recueil des événements indésirables par les délégués et les délégués - Recueil déclaratif patient. - Les événements identifiés sont reportés dans un tableau traçabilité des événements indésirables et comprennent : Nom, prénom, date de naissance du patient, ville et nom du délégué Modalités d'analyse et de traitement des événements indésirables Discussion en présentiel, par visio-conférence ou par appel téléphonique Périodicité des réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégués/délégués Au moins une fois par semestre	Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention	Refus du patient	Informations, réponses aux questions	Erreur d'interprétation des critères	Formation et suivi de l'arbre décisionnel validé	Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique	Formation sur le repérage et validation des signes cliniques	Erreur de prescription	Formation au questionnement sur les allergies éventuelles, inscription au DP du patient	Annex(s) n° X Questionnaire pour le recueil de satisfaction délégués / délégués - Y inclure une échelle binaire satisfait / non satisfait et une question sur la fréquence de sollicitation des délégués par les délégués (très fréquente, fréquente, rare, très rare)
Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention											
Refus du patient	Informations, réponses aux questions											
Erreur d'interprétation des critères	Formation et suivi de l'arbre décisionnel validé											
Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique	Formation sur le repérage et validation des signes cliniques											
Erreur de prescription	Formation au questionnement sur les allergies éventuelles, inscription au DP du patient											
11. Indicateurs de suivi. Seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont obligatoires (articles D. 4011-4-1 et D. 4011-4-2 du CSP). Le cas échéant, préciser les valeurs attendues et ajouter des indicateurs spécifiques au protocole. <i>Nb : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)</i>	Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole* : Taux de reprise par le délégué* : Nombre d'actes réalisés par le délégué sur appel du délégué/nombre d'actes réalisés par le délégué Taux d'EI déclarés* : Nombre d'événements indésirables déclarés/nombre d'actes réalisés par le délégué Nombre d'EIG déclarés* (suspension ou arrêt du protocole si >0) : Taux de satisfaction des professionnels de santé* : Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire/nombre de professionnels ayant exprimé leur niveau de satisfaction au moyen d'un questionnaire dédié Autres indicateurs optionnels : Taux d'adhésion au protocole : Nombre de patients éligibles sur une année / nombre de patients pris en charge au titre du protocole Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus : 											

Récapitulatif des annexes obligatoires

Annexe 1	Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient
Annexe 2	Arbres de décisions pour chaque dérogation pouvant comprendre les ordonnances préétablies, des fiches de conseils aux usagers, le programme de formation spécifique à cette dérogation
Annexe 3	Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégué, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé

Annexe 4	Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé
----------	--

Avertissement : le contenu des annexes est proposé à titre indicatif comme une aide à l'élaboration du protocole. Il doit être adapté en fonction des caractéristiques propres à chaque protocole. Il ne constitue pas un modèle validé par la Haute Autorité de Santé ni par le Comité National des Coopération Interprofessionnelles.

Annexe 20 : Checklist de conformité

Annexe 1 à la note d'information des ARS du 31/08/2022

Checklist de conformité avec l'article R. 4011-1 du code de la santé publique définissant les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération

	S	PS	NS ¹	Commentaires ARS/CNCI
1. Construction générale du protocole				
1.1 L'intervention respecte les recommandations publiées par la Haute autorité de santé (HAS)	S			
1.2 Les critères d'inclusion des patients sont définis	S			
1.3 Les critères d'exclusion des patients sont définis	S			
1.4 Les modalités d'information et d'accord des patients sont décrites	S			
1.5 La qualification professionnelle des délégants est définie	S			
1.6 La qualification professionnelle et, le cas échéant, l'expérience professionnelle des délégués sont définies	S			
1.7 Les compétences dérogatoires déléguées sont identifiées	S			
2. Sécurisation de la prise en charge des patients				
2.1 Tous les actes ou activités dérogatoires des délégués sont guidés par un arbre décisionnel	S			
2.2 La formation théorique des délégués est dimensionnée aux compétences déléguées	S			
2.3 La formation pratique des délégués est dimensionnée aux activités déléguées	S			
2.4 Les modalités de partage de l'information entre délégants et délégués sont définies dans un cadre sécurisé	S			
2.5 Les situations nécessitant la réorientation du patient vers le délégant sont identifiées	S			
2.6 Les situations d'urgence sont gérées dans un délai assurant la sécurité du patient	S			

¹ S = satisfait - PS = partiellement satisfait - NS = non satisfait

3. Organisation de l'équipe		
3.1 Un nombre suffisant de délégants est disponible au sein de la structure pour assurer la supervision des délégués et, le cas échéant, prendre en charge les patients réorientés par les délégués	S	
3.2 Un nombre suffisant de délégués est présent au sein de la structure pour prendre en charge les patients éligibles au protocole	S	
3.3 Une procédure de recueil et d'analyse en équipe des risques et événements indésirables est prévue	S	

La pleine satisfaction aux critères en caractères en gras est indispensable :

- Respect des recommandations de l'HAS ;
- Présence d'arbres décisionnels pour guider l'activité des délégués ;
- Dimensionnement approprié des formations par rapport aux nouvelles compétences requises des délégués ;
- Identification et gestion des situations d'urgence.

Si ces trois critères sont non satisfaits ou seulement partiellement satisfaits le protocole ne peut pas être appliqué en l'état.

Bibliographie

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021
2. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Pourquoi réformer les études de santé ? [Internet]. 2021 [cité 16 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/pourquoi-reformer-les-etudes-de-sante-50930>
3. Grenier C, Giordano F. Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040. 2020
4. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. 2023
5. CNOP. Wolf-Thal C. Démographie des pharmaciens : panorama 2022. 2023
6. Morvillers L. le maillage territorial des officines [mémoire]. Ecole des hautes études en santé publique. 2011 [cité 30 sept 2022]. Disponible sur <https://docplayer.fr/28731436-Le-maillage-territorial-des-officines.html>
7. Code de la santé publique - Article L5125-4. Légifrance [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408349
8. Gérard M, Potéreau J, Hauser M. Les français et la médecine de ville [Internet]. 2019 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : <http://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Rapport-Harris-Etude-les-Francais-et-la-medecine-de-ville-Santeclair.pdf>
9. Duran M. 82 % des adultes souffrent d'un problème de santé, selon cette étude. Santé Magazine. [Internet]. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.santemagazine.fr/actualites/actualites-sante/82-des-adultes-souffrent-dun-probleme-de-sante-selon-cette-etude-et-vous-931488>
10. La Voix du Nord. Les urgences de Lens encore sous tension, l'appel au 15 impératif ce vendredi. [Internet]. 2022 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.lavoixdunord.fr/1225889/article/2022-09-08/les-urgences-de-lens-encore-sous-tension-l-appel-au-15-imperatif-ce-vendredi>
11. SAMU-Urgences de France. Résultats de l'enquête SUdF été 2023 : quel bilan pour les urgences et les SMUR. [Internet]. 2023 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/BILAN_ETE_2023_SUdF_vf.pdf
12. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018
13. Braun F. Mission flash sur les urgences et soins non programmés. 2022
14. Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. 2024

15. CNOP. L'exercice coordonné - Les fondamentaux. [Internet]. 2022 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/l-exercice-coordonne-les-fondamentaux>
16. Ginon AS. Les coopérations entre professionnels de santé. Journal d'économie Médicale. 2011 ; 29(5) : 196-203.
17. Buttard A, Macé F, Morvan L, Peyron C. Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ? Journal de gestion et d'économie de la Santé. 2019 ; 1(1) : 92-109.
18. Ministère de la Santé et de la Prévention. Parcours de santé, de soins et de vie. [Internet]. 2023 [cité 1 nov 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
19. Code de la santé publique - Article L1411-11 - Légifrance [Internet]. 2016 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/
20. CNOP. Coopération interprofessionnelle : décroisonner pour améliorer le parcours de soins [Internet]. 2016 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.calameo.com/read/00244939513baf568150b>
21. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Légifrance [Internet]. 2020 [cité 11 juill 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950611/2019-07-27
22. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. 2003
23. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Légifrance [Internet]. 2009 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
24. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51. Légifrance [Internet]. 2009 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543
25. Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. Légifrance [Internet]. 2012 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025561913>
26. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Légifrance [Internet]. 2017 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035374159/>
27. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Légifrance [Internet]. 2016 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913406>

28. Valletoux F. Marcangeli L. Bergé A. Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Proposition n°1175. Assemblée nationale [Internet] 2023 [cité 14 nov 2023] Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1175_proposition-loi.pdf
29. Code de la santé publique - Article L6323-3. Légifrance [Internet]. 2021 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/
30. Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé. Légifrance [Internet]. 2021 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043496493?datePubli=>
31. Code de la santé publique - Article L6323-1. Légifrance [Internet]. 2018 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896
32. Code de la santé publique - Article L1411-11-1. Légifrance [Internet]. 2019 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/
33. Code de la santé publique - Article L1434-12. Légifrance [Internet]. 2023 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886440/
34. MG France. ESP, CPTS, MSP, CDS : les différentes formes d'exercice coordonné [Internet]. 2019 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/les-modes-d-exercice/exercice-regroupe/2301-esp-cpts-msp-cds-les-differentes-formes-d-exercice-coordonne>
35. ARS Hauts de France. Le Service d'Accès aux Soins (SAS). [Internet]. 2024 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
36. Ordre des pharmaciens du Québec. Guide d'exercice : les activités professionnelles du pharmacien [Internet]. 2020 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/12/Guide_exercice_nouv_act_VF.pdf
37. Ordre des pharmaciens du Québec. Projet de loi 31 : résumé des activités professionnelles des pharmaciens [Internet]. 2020 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : https://www.opq.org/wp-content/uploads/2021/03/Resume_PL31_OPQ_VF.pdf
38. Ruggli M, Iten S, Jordan D, Erni P. netCare, une nouvelle prestation dans les pharmacies suisses. 2014
39. Pharma Système Qualité. Communiqué de presse OSyS : Orientation dans le Système de Soins 50 officines bretonnes vont expérimenter un parcours de soins innovant dans le cadre de l'ART 51 [Internet]. 2021 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2021/04/240321_OSYS_COMMUNIQUE-DE-PRESSE_VDEF.pdf

40. Pharma Système Qualité. Cahier des charges (version IV) OSyS [Internet]. 2021 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pharma_osys_bretagne-arrete_et_cdc.pdf
41. Costedoat M. Point sur l'expérimentation ART 51 OSYS : présentation OMEDIT [Internet]. 2023 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/36988/9-osys-presentation-omedit-caen-06-06-2023-v-def.pdf>
42. CNOP. Qu'est-ce qu'un protocole de coopération ? [Internet]. 2023 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/qu-est-ce-qu-un-protocole-de-cooperation>
43. 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. Légifrance [Internet]. 2022 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCOA000046037101>
44. Arrêté du 9 mars 2023 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'Etat de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) » - Légifrance [Internet]. 2023 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047305130>
45. Arrêté du 9 mars 2023 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier des patients de 6 à 45 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) » - Légifrance [Internet]. 2023 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047305145>
46. CNOP. Nouveaux protocoles de coopération "odynophagie" et "pollakiurie & brûlures mictionnelles". [Internet]. 2023 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/nouveaux-protocoles-de-cooperation-odynophagie-et-pollakiurie-brulures-mictionnelles>
47. Décret n° 2024-550 du 17 juin 2024 relatif à la délivrance sans ordonnance de certains médicaments, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique par les pharmaciens d'officine - Légifrance [Internet]. 2024 [cité 21 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049734265>
48. Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle - Légifrance [Internet]. 2024 [cité 21 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049734400>
49. Arrêté du 17 juin 2024 relatif à la tarification des prestations effectuées par les pharmaciens mentionnée au 16° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale conformément à l'article 52 loi n° 2023-1250 de la loi du 26 décembre

- 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 - Légifrance [Internet]. 2024 [cité 21 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049734339>
50. USPO. Le mot du Président de l'USPO, Pierre-Olivier VARIOT [Internet]. 2022 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://uspo.fr/le-mot-du-president-de-luspo-pierre-olivier-variote-5/>
51. Syndicat des médecins libéraux. Prise en charge par les pharmaciens des pathologies courantes : pour les médecins, c'est NON [Internet]. 2023 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <http://www.lesml.org/fr/216-les-articles-du-sml.php?texte=&page=0&id=835>
52. Medscape. Le Cnom dit oui à la délégation de tâches mais non au contournement du médecin. [Internet]. 2022 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <http://francais.medscape.com/voirarticle/3609386>
53. HAS. Bilan 2010-2018 coopération entre professionnels de santé. 2019
54. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 66. Légifrance [Internet]. 2019 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038824930/
55. Code de la Santé Publique - Chapitre unique : Protocoles de coopération (Articles L4011-1 à L4011-5) - Légifrance [Internet]. 2019 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000038887720>
56. CNOP. Protocoles de coopération [Internet]. 2023 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/protocoles-de-cooperation>
57. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. FAQ protocoles de coopération [Internet]. 2023 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/faq_protocoles_mai_2023.pdf
58. ARS Hauts-de-France. Mode d'emploi protocoles de coopération. [Internet]. 2023 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-1>
59. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. 2020 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697978>
60. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. 2020 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=gtkMxtq6o5tih4x0TdU9VzZ6S-6eklShqLs7Cz53Jf8=>

61. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les protocoles de coopération. [Internet]. 2023 [cité 30 sept 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation>
62. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les protocoles locaux de coopération. [Internet]. 2023 [cité 30 sept 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-locaux-de-cooperation>
63. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Le fonds d'intervention régional (FIR). [Internet]. 2024 [cité 25 mars 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>
64. ARS Hauts-de-France. Rapport FIR 2023. 2023
65. ARS Hauts-de-France. Des protocoles de coopération en ville pour la prise en charge des soins non programmés [Internet]. 2022 [cité 25 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/des-protocoles-de-cooperation-en-ville-pour-la-prise-en-charge-des-soins-non-programmes>
66. REZONE CPTS [Internet]. 2022 [cité 25 mars 2024]. Disponible sur : <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>
67. Ameli. Morsure de chien ou de chat [Internet]. 2024 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/morsure-chien-chat>
68. Institut Français de Chirurgie de la Main. Les morsures animales [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://institut-main.fr/les-morsures-animales/>
69. Centre Antipoison de Lille. Morsures d'animaux : prévention et traitement [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.cap.chu-lille.fr/morsures-danimaux/>
70. HAS. Jessica L. Borréliose de Lyme. 2018
71. VIDAL. Recommandations Lyme (maladie de). [Internet]. 2022 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/lyme-maladie-de-4063.html>
72. Ameli. Morsure de tique et prévention de la maladie de Lyme : que faire ? [Internet]. 2024 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/morsure-tique-maladie-de-lyme-que-faire>
73. France Lyme. Symptômes des maladies vectorielles à tiques (MVT) [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://francelyme.fr/site/mediatiques/malades/symptomes/>

74. Ameli. Piqûres de guêpes, abeilles, frelons et bourdons [Internet]. 2024 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/piques-guepes-abeilles-frelons-bourdons>
75. Centre Antipoisons Belge. Piqûre de guêpe, d'abeille, de frelon (asiatique) et de bourdon [Internet] [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.centreantipoisons.be/nature/animaux/piq-re-de-gu-pe-d-abeille-de-frelon-asiatique-et-de-bourdon>
76. Roussel C, Birnbaum J, Van der Brempt X, Neukirch C. Traitement de l'allergie aux venins d'hyménoptères et autres insectes. Rev Fr d'Allergol. 2022 ; 62(1) : 62-76
77. Gauzit R, Castan B, Bonnet E, Bru JP, Cohen R, Diamantis S, et al. Anti-infectious treatment duration : The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations (Impétigo). Infect Dis Now. 2021 ; 51(2) : 114-39
78. HAS. SPILF. Société Française de Dermatologie. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. 2019
79. Ameli. Reconnaître l'impétigo [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/impetigo/reconnaitre-impetigo>
80. VIDAL. Impétigo - symptômes, causes, traitements et prévention. [Internet]. 2024 [cité 22 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/impetigo.html>
81. Édition professionnelle du Manuel MSD. Impétigo et ecthyma - Troubles dermatologiques. [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/infections-cutan%C3%A9es-bact%C3%A9riennes/imp%C3%A9tigo-et-ecthyma>
82. VIDAL. Panaris - symptômes, causes, traitements et prévention. [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/panaris.html>
83. Ameli. Panaris : définition, causes et symptômes [Internet]. 2022 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/panaris/panaris-causes-symptomes>
84. Prescrire. Panaris péri-unguéal bactérien aigu : trempage à chaud, et parfois incision d'un abcès [Internet]. 2018 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/fr/3/31/55202/0/NewsDetails.aspx>
85. Ameli. Brûlures de la peau [Internet]. 2024 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/urgence/accidents-domestiques/brulures-peau>
86. VIDAL. Brûlure - symptômes, causes, traitements et prévention. [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/brulure.html>

87. Réseau Nord Alpin des Urgences (RENAU). Traitement local de brûlures aux urgences [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.renau.org/media/2020/04/1699-soins-des-brulures-aux-urgences.pdf>
88. Réseau Nord Alpin des Urgences (RENAU). Prise en charge d'une plaie aux urgences [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.renau.org/media/2020/10/8665-plaies-aigues-v2.pdf>
89. Société Française de médecine d'urgence. Référentiel de bonnes pratiques - Plaies aiguës en structure d'urgence. [Internet]. 2017 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : https://www.sfmur.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf
90. VIDAL. Plaies - symptômes, causes, traitements et prévention. [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/plaies.html>
91. Ameli. Bien soigner une plaie [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/bons-gestes/soins/soigner-plaie>
92. Ameli. Coupure cutanée [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/urgence/accidents-domestiques/coupure-cutanee>
93. Ameli. Corps étranger sous la peau [Internet]. 2022 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/urgence/corps-etrange/peau>
94. Ameli. Bien soigner une plaie [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/bons-gestes/soins/soigner-plaie>
95. Ameli. Perte de connaissance [Internet]. 2022 [cité 2 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/urgence/pathologies/perte-connaissance>
96. Académie Nationale de Pharmacie. Recommandations - Autotests/TROD rôle du pharmacien d'officine [Internet]. 2017 [cité 31 mai 2024]. Disponible sur : https://www.acadpharm.org/dos_public/Reco_AutotestsTROD_VF.pdf
97. Martín-Casquero T, Ruescas-Escolano E, Tuells J. Use of the tetanus quick stick (TQS) test in the emergency services. Med Clínica Engl Ed. 2019 ; 153(10) : 394-401
98. Cavenaile JC, Gérard P, Duchateau J. Évaluation d'un test rapide immuno-chromatographique comme aide à la prophylaxie antitétanique dans un service d'urgences. Immuno-Anal Biol Spéc. 2012 ; 27(4) : 185-90
99. Ardelean-Jaby D, Kaddari-Himeur F, Nkana-Tameze K, Paulin C, Sancho J, Cailliez M. Évaluation du test sanguin « Tetanos Quick Stick » (TQS) en situation d'urgence. Immuno-Anal Biol Spéc. 2002 ; 17(5) : 330-5
100. Elkharrat D, Espinoza P, De la Coussaye J, Potel G, Pourriat JL, Sanson-Le Pors MJ. Intégration d'un test rapide dans l'algorithme ministériel actuel pour affiner la prophylaxie antitétanique proposée aux blessés vus dans les services d'urgences. Médecine Mal Infect. 2005 ; 35(6) : 323-8

101. Nicolai D, Farcet A, Molines C, Delalande G, Retornaz F. Évaluation du risque tétanique chez les sujets âgés en médecine ambulatoire : intérêt du « Tétanos Quick Stick® » ? Rev Médecine Interne. 2015 ; 36(5) : 307-11
102. Accueil - Base de données publique des médicaments [Internet]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>
103. Ameli. Traiter une plaie complexe [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/bons-gestes/soins/pansements-complexes>
104. Omedit Grand-Est. Bonhomme J. Quels pansements pour quelles plaies chroniques. 2017
105. HAS. Bon usage des technologies médicale - Les pansements [Internet]. 2011 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf
106. Omedit Normandie. Outil d'aide pour la prescription de pansements. 2014
107. ARS Hauts-de-France. Protocoles locaux de coopération - Mode d'emploi. [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/media/89468/download?inline>
108. Direction Générale de l'offre de soins. Notice explicative - Démarches simplifiées : Déclaration / modification d'équipe (réfèrent, délégant, délégué) pour mettre en œuvre un protocole de coopération national autorisé [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2021-10/Cooperation_Notice_Demarche_simplifiee_04_10_2021.pdf
109. Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? [Internet]. 2015 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels
110. ARS Hauts-de-France. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2022 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-1>
111. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 21 mars 2024]. Les protocoles locaux de coopération. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-locaux-de-cooperation>
112. demarches-simplifiees.fr. Protocole local - Déclaration-modification d'équipe [Internet]. Disponible sur : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/protocole-locale-declaration-modification-d-equipe-coops>
113. Ministère des solidarités et de la Santé. Modèles type de documents à renseigner et à insérer dans le formulaire de déclaration en ligne pour mettre en œuvre un protocole national ou un protocole local [Internet]. Disponible sur :

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocoles_de_cooperation_modeles_formulaires_de
claration_2021_-3.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocoles_de_cooperation_modeles_formulaires_de_claration_2021_-3.pdf)

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2023/2024

Nom : GUYOT
Prénom : Cédric

Titre de la thèse : Elaboration d'un protocole local sur les plaies simples et infections cutanées destiné aux CPTS afin d'améliorer le parcours de soins du patient dans un système de santé fragilisé.

Mots-clés :

Système de santé, accès aux soins, soins non programmés, premier recours, coopération interprofessionnelle, exercice coordonné, parcours de soins, protocole de coopération, plaies simples, infections cutanées

Résumé :

Le système de santé français est devenu fragile et l'accès aux soins compliqué en raison d'un manque de médecins et d'une mauvaise organisation des soins non programmés. Inclure l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire, compétents et disponibles, pourrait permettre un nouveau parcours de soins pour le patient. L'exercice coordonné et la délégation de tâches semble être une solution. Ce mémoire s'appuie sur la création d'un protocole sur les plaies simples et infections cutanées, à destination des communautés pluriprofessionnelle territoriale de santé, pour comprendre les étapes nécessaires à l'élaboration d'un protocole de coopération, de l'intérêt et des freins de son application.

Membres du jury :

Président : Monsieur Morgenroth Thomas,
Docteur en Droit,
Maître de Conférences des Universités-HDR, Droit et économie pharmaceutique,
UFR3S-pharmacie, Université de Lille
Vice Doyen Territoire et Partenariats, UFR3S, Université de Lille

Directeur de thèse : Madame Standaert Annie,
Docteur en Pharmacie,
Maître de Conférences des Universités, Parasitologie-Biologie animale, UFR3S-pharmacie, Université de Lille
Responsable de la filière officine, UFR3S-pharmacie, Université de Lille

Membres extérieurs :

Monsieur Racle Guillaume,
Docteur en pharmacie, Pharmacien titulaire à Epernay (51)
Co-fondateur de la CPTS Nord-Aisne
Membre du bureau de l'Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)

Madame Kraskowski Tina,
Docteur en pharmacie, Pharmacienne titulaire à Ronchin (59)
Co-présidente de la MSP Grand Ronchin
Journaliste scientifique