

# vivre le protocole pluriprofessionnel

Animé par :

- Dr Damien Amouyel, ROC médical régional et local à ELSM Lille-Douai

- .....



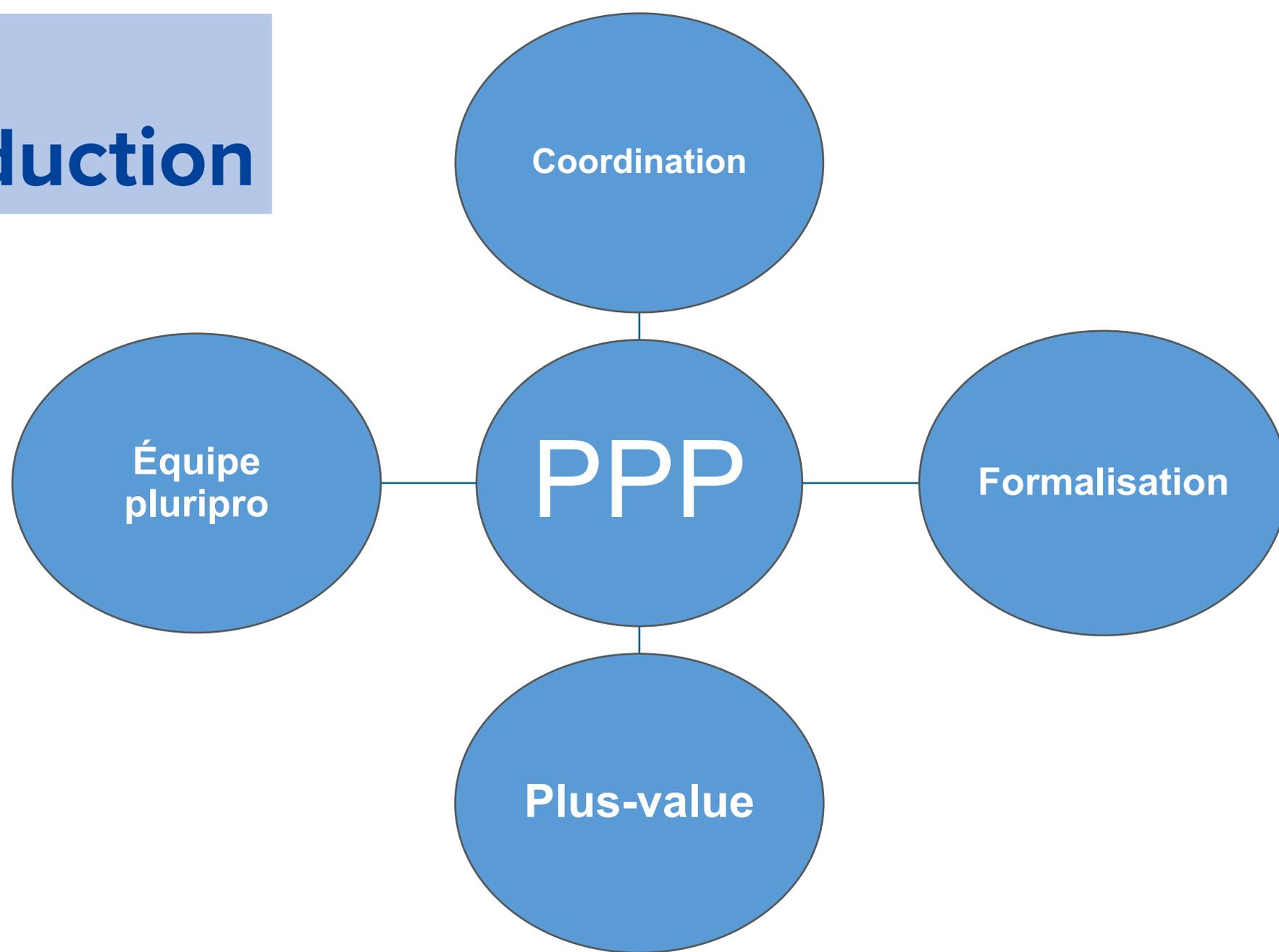
6<sup>ème</sup> Journée régionale  
De l'exercice coordonné

24 novembre 2023

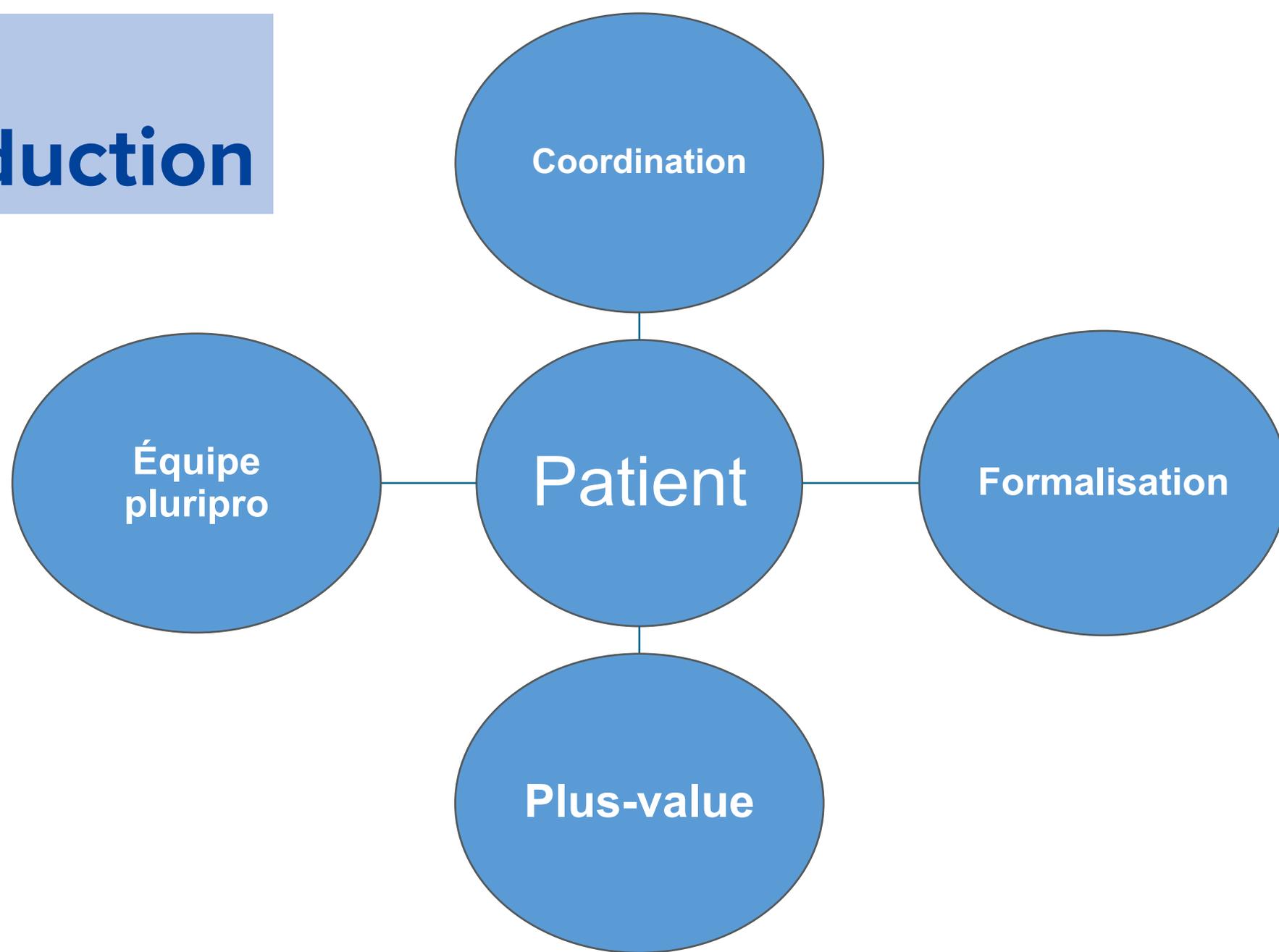
# Sommaire

- 1. Introduction**
- 2. Le Protocole dans l'ACI**
- 3. Les grands principes**
- 4. Le contenu du protocole**
- 5. Les conseils d'élaboration**
- 6. L'accompagnement de l'Assurance Maladie**
- 7. Cas pratiques**

# 1. Introduction



# 1. Introduction



## 2. Le protocole dans l'ACI

### Article 2.2 : Les indicateurs relatifs à la qualité et à la coordination des soins

- **Socle prérequis**
  - Fonction de coordination
- **Socle**
  - Protocoles pluri-professionnels
  - Concertation pluri-professionnelle
- **Optionnels**
  - Formation des jeunes professionnels
  - Coordination externe
  - Démarche qualité
  - Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés
  - Parcours insuffisance cardiaque
  - Coordination d'un parcours « surpoids et obésité de l'enfant »



# Contenu de l'indicateur

Élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.

Ces protocoles doivent :

- **s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,**
- **être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...),**
- **être adaptés à chaque équipe,**
- **répondre à un vrai besoin,**
- **formaliser et harmoniser des pratiques existantes,**
- **être simples, aisément consultables lors des soins,**
- **préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),**
- **être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.**

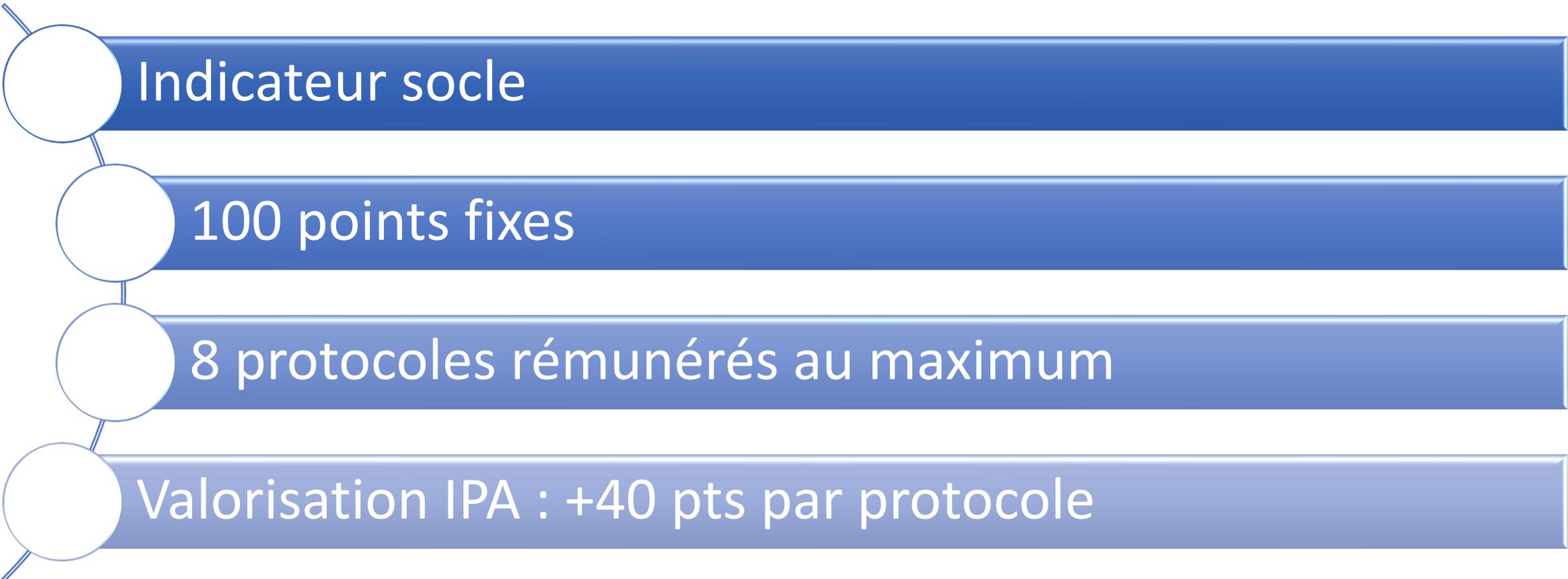
# Annexe 3 : Liste de thématiques proposées (1)

- **affections sévères compliquées ou décompensées**
  - insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves...
- **pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle**
  - lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif
- **patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs**
  - AVK ; insulinothérapie...

# Annexe 3 : Liste de thématiques proposées (2)

- **patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté**
  - sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- **patients obèses**
- **grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...)**
- **pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale**

# Rémunération de l'indicateur



Indicateur socle

100 points fixes

8 protocoles rémunérés au maximum

Valorisation IPA : +40 pts par protocole

# 3. Les grands principes

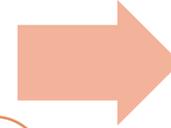
## Émergence

- Besoin identifié par l'équipe
- Pathologie ou situation complexe
- Nécessité de coordination
- Plusieurs professionnels
- Objectif identifié



## Formalisation

- Créer ou harmoniser des pratiques existantes
- Adapté à la MSP
- Simple
- Rôle, intervention et interaction de chacun
- Conforme aux recommandations



## Attendus

- Amélioration de la prise en soins
- Faciliter la coordination
- Critères d'évaluation
- Actualisation sur retours d'expérience
- Utilisation réelle

# **Un protocole ne doit pas être :**



**Une déléation de tâches**

**Une simple exécution de prescription**

**Un rappel des conduites à tenir (fièvre, constipation...)**

**Une procédure de soins**

**Un adressage vers un médecin externe ou un établissement**

## 4. Le contenu du protocole

**Fiche  
d'identité**

**Corps du  
protocole**

**Annexes  
(facultatif)**

# La fiche d'identité

Titre du protocole-pluri professionnel

Nom de la structure pluri-professionnelle (PAGE 1 d'un protocole)

Titre du protocole	
Date de création	
Version	
Date d'actualisation	
Référent(s)	
Problématique/Contexte	
Objectif général	
Objectifs secondaires (s'il y en a)	
Population cible	
Liste des documents associés au protocole (annexes)	
Bibliographie/Références	
Lieu de consultation du protocole	
Liste des professionnels adhérant au protocole	
Mode d'évaluation du protocole (indicateurs d'évaluation)	<p><i>(un registre, une fiche dédiée, une analyse de dossiers pris au hasard)</i></p> <p><i>L'HAS propose les critères de suivis : nombre de personnes prises en charge selon le protocole ; nombre de personnes concernées; effets indésirables liés à l'utilisation du protocole; évolution des résultats des soins selon des critères cliniques ou biologiques ; satisfaction des professionnels, satisfaction des patients.</i></p>
Fréquence d'évaluation	<p><i>Prévoir des échanges en équipe pluri professionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières.</i></p>
Date de validation du document	

Pourquoi ?

Dans quel but ?

Pour qui ?

Avec quoi ?

D'après quoi ?

Qui ?

Est-ce que ça marche?

Jusque quand?

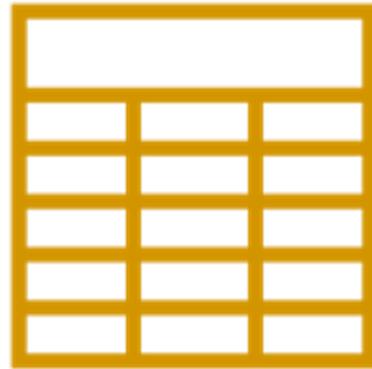
Exemple à compléter/adapter

# Le corps du protocole

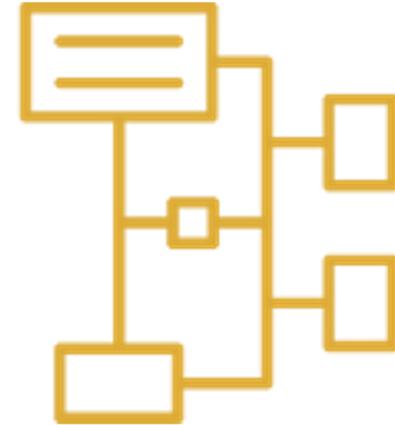
Texte



Tableau



Logigramme



# Le corps du protocole

- **Pour chaque professionnel de santé [QUI]**
  - Son rôle et ses actions **[FAIT QUOI]**
  - Ses moments d'interventions **[QUAND]**
  - Les outils utilisés ou la méthode **[COMMENT]**
  - Les interactions et la coordination avec les autres PS **[AVEC QUI]**
  - Les moyens de communication ou d'alerte **[PAR QUELS MOYENS]**

# Les annexes

- **Outils associés au protocole**
  - Grille d'évaluation
  - Synthèse des recommandations
  - Fiche de suivi des patients
  - Procédure diagnostique
  - Aide thérapeutique
- **Procédures et outils d'évaluation**
  - Questionnaire de satisfaction
  - Procédure de collecte du nombre de patients
  - Spécificité organisationnelle

# 5. Les conseils d'élaboration

- Réunion entre professionnels et coordinateur
- Repérer une problématique dont l'action coordonnée des PS de la MSP est une plus value pour le patient
- Analyse des pratiques actuelles et définition de l'objectif
- Décrire précisément le rôle de chacun
- Voir comment optimiser l'utilisation du logiciel d'informations partagées
- Prévoir son évaluation dès le départ
- Recueillir les points positifs et les points à améliorer
- S'assurer que tous les PS ont bien compris

# 5. Les conseils d'élaboration

- Ne pas en mettre de trop ou pas assez
- S'assurer que l'on n'est pas sur une délégation de tâche, ou une simple relation prescripteur exécutant
- Faire le lien avec les réunions de concertations pluri professionnelles

# 6. L'accompagnement de l'Assurance Maladie

ROC  
administratif



1 ou plusieurs par CPAM

ROC médical



Médecin, chirurgien-dentiste ou  
pharmacien conseil de l'ELSM

Accompagnement pluriannuel (présentation ACI, rapport d'activité, présentation profil...),  
Accompagnement ponctuel si besoin (protocole...)

# 6. L'accompagnement de l'Assurance Maladie

Envoi au fil de l'eau du protocole au ROC selon modalités locales

Analyse par le ROC médical

Retours et accompagnement si besoin d'amélioration

Avis du ROC médical

Ne pas attendre la fin de l'année pour envoyer les nouveaux protocoles

# Outils à disposition

- Cette formation
- Modèle de fiche d'identité
- Mémo HAS (Fev 2015)
- Grille d'autoévaluation

Indicateur année xx		Date : .....	
MSP : .....		Evaluateur de la MSP : .....	
Intitulé protocole : .....		Ville : .....	
QUESTIONS	REPONSES		
	Oui	Non	Elements à revoir
<b><i>Besoin et contexte de mise en œuvre du protocole</i></b>			
Le protocole répond-il à un vrai besoin identifié par l'équipe (la problématique) ?			
Le besoin identifié nécessite-t-il l'intervention coordonnée de plusieurs catégories de PS de l'équipe qui ne se limite pas à un binôme dans une relation prescripteur/exécutant ?			
Liste de tous les PS adhérant au protocole			
Les objectifs de la prise en charge proposée sont-ils précisés ?			
<b><i>Contenu du protocole</i></b>			
Le protocole est-il limité à un ou des points critiques de la prise en charge ?			
Le protocole précise-t-il le rôle de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge ?			
Le protocole précise-t-il les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise charge ?			
Le protocole est-il conforme aux bonnes pratiques ou lorsqu'elles n'existent pas, est-il basé sur les meilleures pratiques possibles sur la base d'un consensus du groupe ?			
Le protocole prévoit-il tous les outils associés à la prise en charge ?			
<b><i>Accessibilité du protocole</i></b>			
Le protocole est-il simple et aisément consultable lors des soins ?			
<b><i>Auto-évaluation du protocole</i></b>			
Le protocole prévoit-il des critères de suivi (d'évaluation) ?			
Le protocole prévoit-il des échanges en équipe pluriprofessionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières ?			

# Le rapport d'activité

- **Penser en amont à renvoyer les protocoles déjà validés l'année N-1 si reconduction**
- **Mise à jour si besoin de modifications**
- **Si disponible, envoyer les éléments d'évaluation**
- **Si un protocole n'est plus utilisé, le signaler**



# 7. Cas pratiques

## Soins palliatifs

### A savoir

Les soins palliatifs sont prodigués aux patients pour lesquels le traitement classique d'une maladie n'est plus susceptible d'entraîner à lui seul une amélioration de la qualité de vie, et dont l'espérance de survie est limitée.

### Structure

Les soins palliatifs peuvent être administrés en ville par des libéraux, seuls ou avec l'appui de structures institutionnelles ou en milieu hospitalier. Ils doivent être délivrés par une équipe pluridisciplinaire : médecin, kinésithérapeute, diététicien, assistant social, bénévoles, etc.

### Démarche

Elle implique une prise en charge du patient dans sa globalité, le refus d'investigations et de traitements non nécessaires, le respect de la dignité et du libre arbitre du patient, la prise en charge maximale de la souffrance, le respect de l'intentionnellement la mort, la préparation de la phase terminale ou agonique, un soutien à la famille.

### Prise en charge

Globale, elle comprend une aide sociale (prise en charge d'éventuelles difficultés financières), une aide psychologique (traitement de conflits), une aide psychologique, une aide spirituelle (culpabilité, angoisse de la mort, etc.), une aide (traitement médical).

### Contexte

Les soins palliatifs, fondés par des militants de bonne volonté, sont devenus une exigence légale depuis la loi du 9 juin 1999.

L'approche palliative est centrée sur la dignité, l'autonomie du malade, le respect de sa parole et de son ressenti. Elle est une véritable exigence éthique de justification des stratégies au service du malade.

Nous présentons dans cette Reco l'organisation générale des soins palliatifs et la prise en charge de 5 symptômes particulièrement gênants : la dyspnée, la nausée, l'anxiété, la douleur et la constipation.

### Quels patients traiter ?

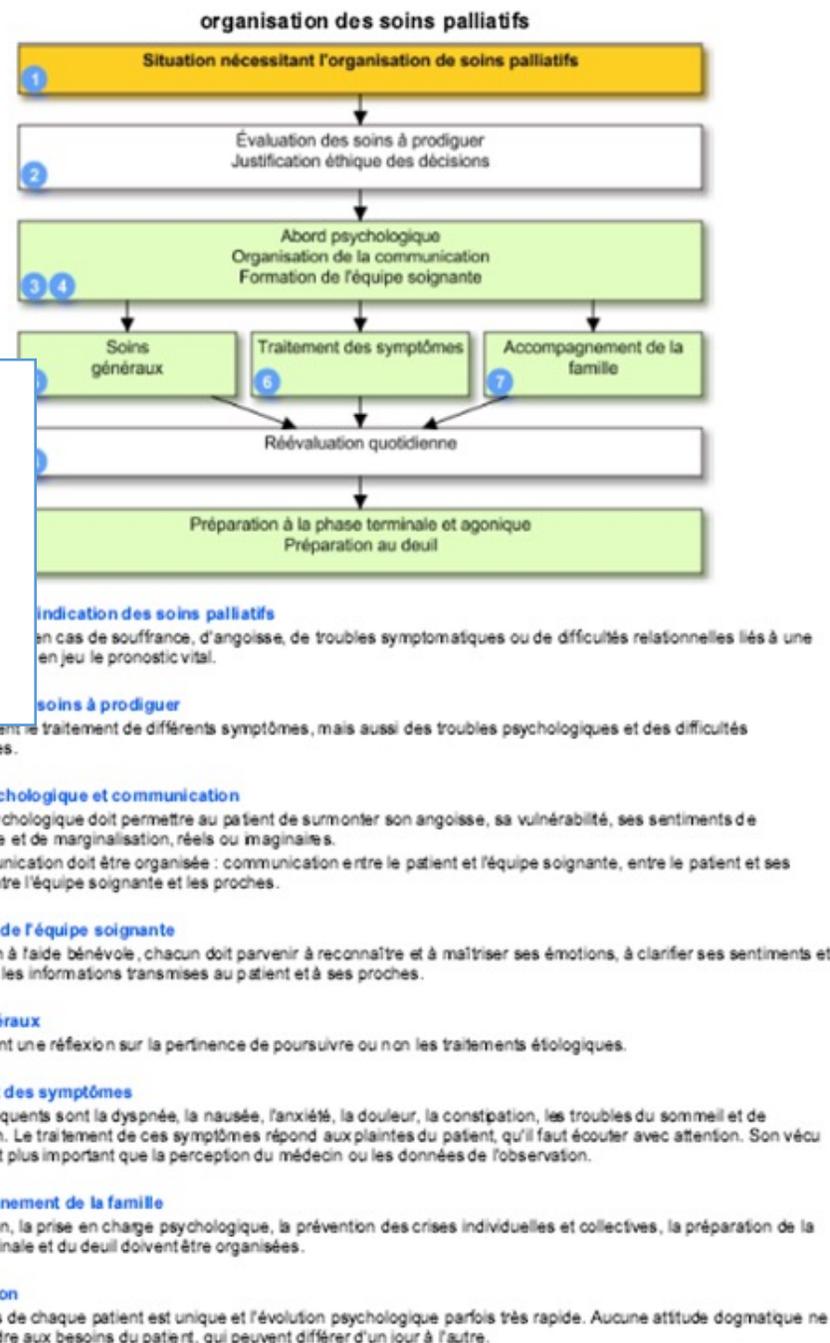
Tout patient atteint d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital et/ou en phase terminale doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs.

### Objectifs de la prise en charge

- Amélioration de la qualité de vie dans les dernières semaines de vie.
- Soulagement des symptômes gênants.
- Aide à la perception de la mort comme un processus naturel.
- Soutien à la famille et aux proches.

Simple reprise de recommandations existantes, pas d'intervention coordonnées de PS

## Prise en charge



Date de création	Décembre 2018
Date de modification	Aout 2019
Porteur du protocole	MSP
Titre du protocole	Soins d'ulcères veineux
Référent rédacteur	
Liste des professionnels impliqués dans la prise en charge	MG, IDE, kinés, podologue, pharmaciens et diététicienne de la MSP
Contexte	<p>L'ulcère de Jambe représente la principale plaie chronique rencontrée en soins premiers. Les ulcères correspondent à des pertes chroniques de substances cutanées, qui surviennent en grande majorité chez les personnes âgées. La cause de ces ulcères est généralement vasculaire (veineuse, microcirculatoire ou artérielle).</p> <p>Les ulcères de jambe engendrent un -handicap- pour les patients et constituent un facteur important de perte d'autonomie.</p> <p>Leur traitement implique la prise en charge de leur cause, le traitement de l'ulcère en lui-même et la prévention de la récurrence.</p> <p>Une bonne coordination des différents professionnels de santé intervenant auprès du patient s'impose.</p> <p>Depuis l'ouverture de la MSP, les consultations quotidiennes des IDE permettent la mise en place de consultations communes et un meilleur partage des informations.</p>
Objectif général	<p>Eviter une chronicité et une récurrence d'ulcère, par l'organisation d'une prise en charge harmonisée et optimale.</p> <p>Evaluer et traiter la plaie de façon concertée : avec un suivi des soins entre le MG et l'IDE, éventuellement avec kinés et diététicienne de la MSP.</p>
Objectifs secondaires	<p>Améliorer la gestion de la douleur issue des plaies chroniques car la guérison est un processus long, pénible, et la question du confort et de la qualité de vie du patient doit se poser.</p> <p>Valoriser l'éducation thérapeutique du patient.</p>
Population cible	Patients communs des médecins généralistes et des IDE de la MSP avec un ulcère au niveau de la jambe.

# Cas n°2

Evaluation	Tableau de suivi des patients concernés via eO, évaluation à 3 mois pour chaque patient. Ouverture d'un tableau de bords de suivi (TBS) ulcère Jambe dans eO pour chaque patient concerné par la prise en charge. Evaluation des récurrences à un an.
Documents associés	Schéma de prise en charge Fiche de repérage du patient par les professionnels de la MSP Fiche « prévention-récurrence/éducation » Article Grynberg Laloum E, Senet P « Ulcère de Jambe »-EMC- Traité de Médecine Akos 2015 ; 10 (1) : 1-10 [Article2-0690]. Domiris Formation « Les ulcères des membres inférieurs »- pansements
Lieu de consultation du protocole	Secrétariat MSP et espace de coordination.
Liste des professionnels informés	L'ensemble des professionnels, internes, remplaçants exerçants au sein de la MSP et les pharmaciens de la SISA.
Groupe de travail	MG et IDE de la MSP
Mode de validation du protocole	Consensus
Date prévue d'actualisation	Septembre 2020

## Parcours du patient.

Repérage de la plaie par un PS de la MSP, à l'aide de la fiche « repérage ulcère »



Vérifier si Inclusion dans le protocole --> Patient avec MT et IDE dans la MSP



Si le PS repérant n'est pas le MG -> Orienter le patient vers le secrétariat de la MSP pour prise de RDV rapide avec le MG, entre 11h et 12h du lundi au vendredi, durant les permanences IDE.

### - 1<sup>ère</sup> consultation MT

Entretien explorant les co-morbidités (diabète, insuffisance cardiaque) complétant les antécédents d'ulcère et de pathologie veineuse.

#### Examen clinique :

Aspect de l'ulcère. Stade 1 – 2 - 3  
TA, examen cardiaque, pouls distaux  
IPS  
Poids  
EVA



Résumé de la consultation dans eO.

Création dans eO :  
Historique Ulcère membre inférieur (T97)  
TBS ulcère de la jambe

#### Prescriptions :

- de soins infirmiers
- de matériel pour le pansement
- d'antalgique en fonction de l'EVA
- du vaccin anti-tétanique si nécessaire
- d'un écho-doppler artériovoineux du membre concerné
- d'examens biologiques : VS, NF, albumine, pré-albumine, CRP, glycémie
- de compression à adapter en fonction de l'échodoppler et/ou l'IPS
- d'ATB si surinfection de l'ulcère et selon le germe suspecté

- A la suite de la consultation : Soins IDE dans la MSP

1 <sup>ère</sup> Consultation	Consultations de suivi de la plaie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complétude du TBS ulcère de jambe dans éO pour transmission des observations lors des prochains soins.</li> <li>- Création d'une consultation.</li> <li>- Réalisation des soins nécessaires</li> </ul>	<p>Réalisation des soins par l'IDE selon la prescription médicale</p> <p><b>2 fois par semaine -&gt; Renseignement du TBS ulcère de jambe dans éO.</b> (Cicatrisation, stagnation ou aggravation ?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Photos (accord du patient) à intégrer au CR dans le logiciel éO</li> <li>- Mesures en mm</li> <li>- Ecoulement présent/Absent</li> <li>- Odeur Présente/Absente</li> <li>- EVA de 1 à 10</li> <li>- Type de pansement</li> <li>- Allergie</li> </ul> <p><b>Education du patient à l'aide de la fiche « prévention-récidive/éducation »</b></p>

IDE : À tout moment, en cas de problème dans l'évolution de la plaie (surinfection, douleur, refus de soins...)



Prévenir le MG : Possibilité de solliciter une consultation conjointe

-Via le logiciel Eo : Pose d'une Alarme type « **Suivi Ulcère** »  
Destinataires : le médecin concerné + les internes  
Consultation : A l'ouverture d'éO.

ou

-En direct via le secrétariat ou messagerie instantanée éO

- 2eme consultation avec le MT

A 1 mois de la 1<sup>ère</sup> consultation médicale  
(ce RDV est programmé à l'avance par les secrétaires à la demande du MG)

Avec les résultats de biologie + écho-doppler + le dossier « suivi de l'ulcère de jambe » dans éO

- Evaluation de la compression élastique, de l'efficacité des antalgiques et ajustement si nécessaire.
- Possibilité de prescription de kinésithérapie pour remise à la marche -> Liaison téléphonique avec les kinés de la MSP si le patient est déjà connu.
- Orientation vers une prise en charge diététique / règles de vie si nécessaire-> Liaison téléphonique avec la diététicienne de la MSP si le patient est OK.

- Evaluation

Coordination tous les 3 mois avec le médecin généraliste présent dans la MSP lors d'une RCP

Education du patient pour prévenir les rechutes, via le document joint (annexe 1 ). en considérant le patient comme quéri quand :

- les mesures de prévention de la rechute ont été mises en œuvre (traitement de la cause, contention, hygiène de vie, surveillance),

Nom	Prénom	Date de naissance
Tel	Adresse	

Nom du PS repérant l'ulcère:

PS de la MSP concernés :

Médecin généraliste
IDE

N'entrent dans le protocole que les patients avec MG et l'IDE dans la MSP

### Consentement

Mr/Mme ..... accepte d'intégrer le protocole de soins dans le cadre de la prise en charge de ma plaie, et j'autorise les infirmières à photographier cette plaie pour permettre un meilleur suivi.

Date :

Signature :

Cette fiche est à intégrer dans le logiciel éO, dans le dossier patient, CR.

## Conseils utiles pour une meilleure guérison et pour prévenir l'apparition d'un nouvel ulcère

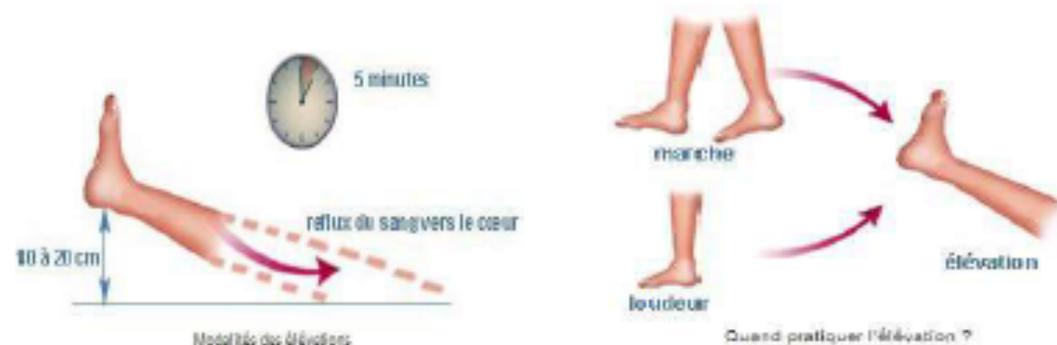
d'après le site <https://www.ulcere-de-jambe.com/>

### Contention

Pour prévenir de la rechute de l'ulcère, il est important de porter une contention aussi longtemps qu'on le peut dans la journée. La contention doit s'adapter parfaitement à la jambe. Il est donc essentiel de connaître la manière de la mettre en place.

La contention doit s'associer à la marche pour mobiliser la cheville et faire fonctionner vos muscles du mollet.

### Élévation



L'élévation consiste à rester quelques minutes allongé ou assis, jambes tendues, avec les pieds surélevés (10 à 20 cm au-dessus du niveau du bassin). Cela facilite le trajet du sang vers le cœur et favorise la guérison de l'ulcère. Les jambes sont soulagées.

On pratique des surélévations durant 5 minutes minimum :

1. Dès qu'un sentiment de lourdeur est ressenti au niveau des jambes,
2. Après une marche ou une station debout prolongée,
3. Sinon au moins 3 fois par jour.
4. La nuit.

## ARRET CARDIAQUE

Vérifier l'arrêt cardiaque par auscultation

En tout premier lieu APPELER le 15( en précisant qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque ) ou faire appeler ( par n'importe qui) et commencer un massage cardiaque pendant environ 2 minutes.

Prendre le défibrillateur ( ou, mieux, demander que quelqu'un ( n'importe qui ) vous apporte le défibrillateur tout en continuant le massage cardiaque.

Si possible ( Médecin ou infirmier(e)) : faire une glycémie capillaire et essayer de poser une perfusion avant de poser le défibrillateur

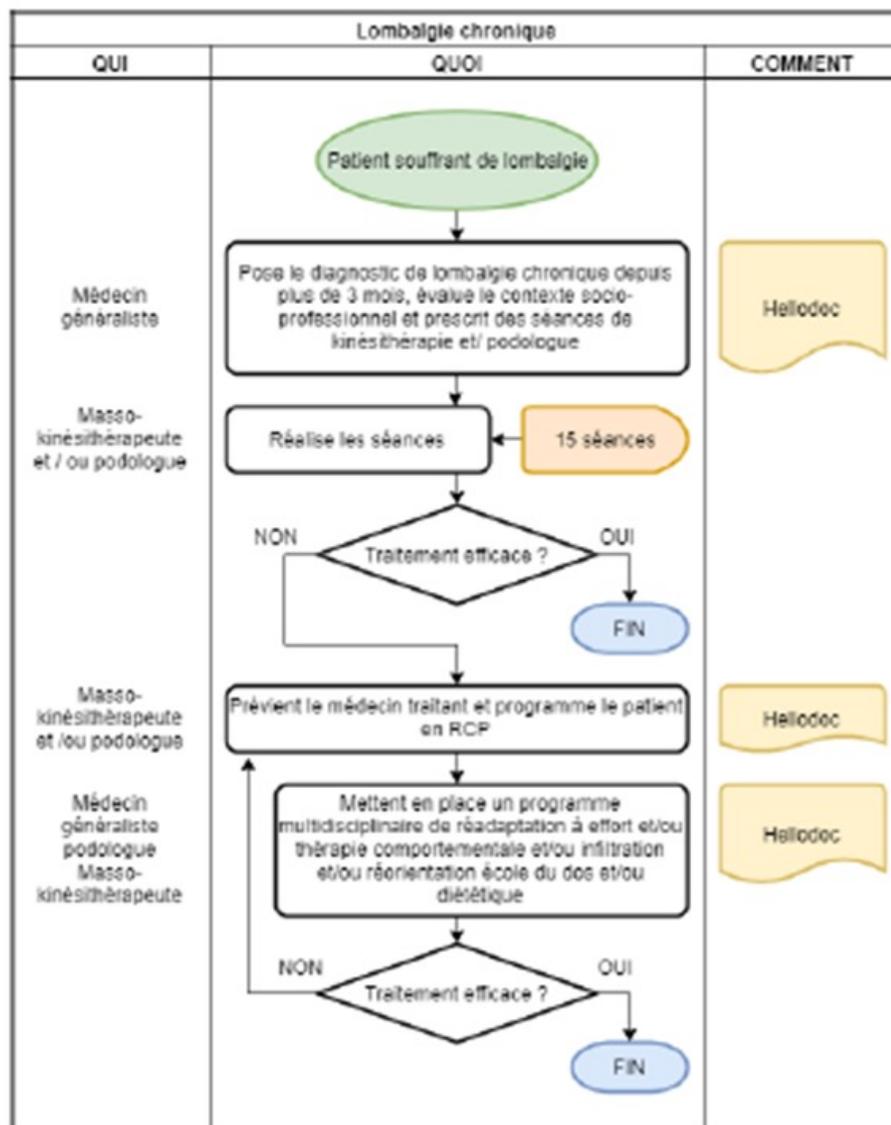
En attendant le SAMU : essayer de récupérer les données du patient ( pathologies, traitements en cours, antécédents, allergies...)

Il s'agit d'une conduite à tenir ou d'une procédure de prise en charge et non un PPP

## Fiche d'identité du protocole pluri-professionnel

Date de création	25/10/2017
Date des modifications	28/12/2019
Référent	, masso-kinésithérapeute
Titre du protocole	Prise en charge de la lombalgie chronique
Problématique	Comment prendre en charge la lombalgie chronique ?
Objectif général	Améliorer le confort de vie du patient
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la communication au sein de l'équipe</li> <li>- Diminuer les arrêts de travail</li> </ul>
Population	Patients souffrant de lombalgie chronique
Liste des professionnels adhérant à la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin traitant ;</li> <li>- Masso-kinésithérapeute ;</li> <li>- Pédiacre-podologue ;</li> <li>- Diététicienne.</li> </ul>
Liste des documents associés	/
Sources documentaires ou références	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurance maladie _ Je souffre de lombalgie, de qui s'agit-il et que faire _ octobre 2017</li> <li>- Assurance maladie _ Le patient adulte atteint de lombalgie commune _ octobre 2017</li> <li>- INRS _ La lombalgie, ce qu'il faut retenir _ 2018</li> <li>- VIDAL _ Lombalgie chronique</li> </ul>
Accessibilité du protocole	Salle de réunion
Liste des professionnels informés du protocole	Ensemble de l'équipe de la MSP
Mode d'évaluation du protocole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de patient ayant un arrêt de travail lié à la lombalgie chronique</li> </ul>

## Logigramme



## Problématique

La constipation est un problème de santé fréquent à l'âge adulte, avec des prévalences allant de 2 à 27%. Dans la population âgée de la communauté, la prévalence varie de 23 à 55%. Les troubles de l'exonération du malade âgé sont des symptômes non spécifiques, multifactoriels, non graves au sens de la mortalité mais qui sont délétères pour la qualité de vie du sujet. La constipation fonctionnelle et l'incontinence fécale figurent parmi les indicateurs majeurs de l'autonomie des sujets âgés. La prévalence de la constipation fonctionnelle augmente avec le vieillissement. Après 80 ans, le risque relatif (RR) de constipation est estimé à 2,61 (IC à 95% : 2,2 – 3,1) [2]. Il s'établit dans une autre étude [3] à 1,96 (CI : 1,71 – 2,24).

## Définition

Moins de 3 selles spontanées par semaine ET pendant au moins 12 semaines au cours des 12 mois précédents, présence d'au moins 1 des symptômes

suivants :

efforts de poussée (> 25 % des défécations)  
 sensation d'évacuation incomplète (> 25 % des défécations)  
 Exonération de selles dures et/ou fractionnées

## Objectifs

Mieux dépister les populations à risque afin de traiter plus efficacement

Les objectifs principaux sont de normaliser le transit et la consistance des selles et d'assurer la vacuité de l'ampoule rectale entre deux exonérations.

## Population concernée

Sujet âgé de plus de 75 ans

## Professionnels concernés

Médecins et infirmiers

## Rôle des professionnels de santé

IDE et médecin ==> dépistage par interrogatoire

Médecin ==> examen clinique / veiller au bon choix du traitement / écarter un diagnostic différentiel / repérage des signes d'alerte

IDE ==> veiller à la bonne prise du traitement / calendrier des selles

## Interrogatoire

Début symptômes  
 Fréquence exonérations  
 Consistance des selles  
 Symptômes accompagnant l'exonération  
 Existence d'épisodes d'incontinence et circonstances éventuelles de survenue  
 Prise de laxatifs ou constipants

Les facteurs favorisant la constipation sont à rechercher :

- Immobilisation prolongée, alimentation pauvre en fibres, défaut d'hydratation
- Obstruction mécanique : Cancer colo rectal, compression extrinsèque, sténose colique (diverticulaire, ischémique...), sténose anale
- Anomalies métaboliques : Hypothyroïdie, diabète, hyperparathyroïdie, hypercalcémie, hypokaliémie, insuffisance rénale chronique
- Maladies du système nerveux central : Maladie de Parkinson, tumeur médullaire, neuropathie périphérique (diabète, alcoolisme chronique), accident vasculaire cérébral, sclérose en plaque
- Médicaments : Antidépresseurs, antipsychotiques, anti épileptiques, anti spasmodiques, opioïdes, diurétiques, sel de fer, sels de calcium, gels d'alumine, inhibiteurs canaux calciques, antiparkinsoniens

Les complications peuvent être :

- Ano-rectales : Maladie hémorroïdaire, fissure anale, prolapsus rectal
- Fécalome : Incontinence anale, rétention urinaire, occlusion intestinale, ulcération rectal

## Indicateurs d'évaluation

Echelle de Bristol

Fréquence des selles / manoeuvre digitales ou non

## Traitements

Les traitements de première intention de la constipation comportent les règles hygiénodiététiques (hydratation suffisante et alimentation adaptée) dans un premier temps puis les laxatifs.

## a. Mesures diététiques :

- Apport suffisant de boissons
- Apport suffisant de fibres : fruits, jus de fruits, pruneaux, compotes, supplémentation en fibres...

## b. Mesure hygiéniques :

- Environnement approprié : toilettes personnelles, closes, faciles d'accès, équipées...
- Respect des horaires régulier
- Exercice physique si possible
- Accompagnement aux toilettes si dépendance

## c. Laxatifs

## Constipation de transit :

- Les laxatifs osmotiques (Duphalac®, Importal®, Forlax®, Movicol®, Transipeg®...) (efficaces, bien tolérés) => 1ère intention (le Transipeg® peut être mélangé avec de l'eau gélifiée. La préparation doit être administrée immédiatement).
- Les laxatifs de lest (Normacol®, Spagulax®, Transilane®...) => 1ère intention

## Constipation distale :

- Les laxatifs par voie rectale (Eductyl®, Microlax®, Normacol®)
- Les laxatifs stimulants (Contalax®, Dulcolax®) : risque de déséquilibre électrolytique et d'accoutumance. Recommandé en 2nd intention et traitement de courte durée.

## En 2nde intention, après échec des autres laxatifs :

Les laxatifs lubrifiants (Lubentyl®, Lansoyl®) : risque de carence en vitamines liposolubles, risque de fausses routes.

Il est généralement recommandé de prescrire des mucilages (laxatifs de lest) en première intention puis, en cas d'échec, d'utiliser une association de deux laxatifs de mode d'action différent.

## Protocole

-1 à 2 jours sans selles : Mesures hygiéno-diététiques

-2 à 3 jours sans selles : Débuter un traitement par laxatif en fonction du type de constipation, privilégier laxatif de lest ou osmotique en 1ère intention • Ne pas associer de laxatifs de la même classe

-Si fécalome: évacuation impérative par lavements +/- extraction manuelle; puis prévention systématique de la récurrence par laxatifs par voie rectale (tous les 7 à 10 jours) avec surveillance (TR).

Relation prescripteur  
exécutant et procédure

# Conclusion

- **Objectif des protocoles : amélioration de la prise en charge des patients de la MSP**
- Pluri professionnalité et coordination entre les membres de l'équipe.
- Besoin de l'équipe par rapport à une problématique de la patientèle de la MSP.
- Un protocole VIVANT : utilisation, évaluation et actualisation.
- Accompagnement au fil de l'eau de l'AM sur ce thème (référents ROC locaux).

**Merci pour votre écoute, vos questions et échanges !  
Pensez à compléter le questionnaire de satisfaction  
disponible sur l'application Imagina !**

