Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

ORDONNANCE COLLECTIVE

Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez un homme présentant un écoulement urétral

Établissement : Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux de l'Estrie- Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS)

Numéro de cette ordonnance collective : OC-SPU-004 VERSION DU 2023-04-17

Période de validité : 3 ans

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Homme symptomatique âgé de 14 ans ou plus :

- Homme actif sexuellement présentant un écoulement urétral[1] mucoïde, muco-purulent ou purulent, avec ou sans inconfort urétral ou brûlures mictionnelles

PROFESSIONNELS OU PERSONNES HABILITÉS VISÉS PAR CETTE ORDONNANCE[2]

Les infirmières habilitées et exerçant en GMF, GMF-R et GMF-U du territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
Les infirmières habilitées et exerçant dans les cliniques jeunesses du territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
Les infirmières habilitées et exerçant en santé scolaire des écoles secondaires du territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
Les infirmières habilitées et exerçant dans les secteurs des SIDEP territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CETTE ORDONNANCE

Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national, soit :

- Moins de 14 ans
- Immunosuppression[3]
- Intervention urologique au cours du dernier mois (p. ex. biopsie de la prostate, cystoscopie, sonde urinaire)
- Présence d'une contre-indication à l'usage d'un médicament recommandé et aucun traitement alternatif approprié
- Trois épisodes ou plus d'écoulement urétral dans les 6 derniers mois

PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au protocole médical national N°628009 de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux en vigueur sur le site web au moment de l'application de l'ordonnance.

[1] Écoulement urétral rapporté par le patient ou observé par le professionnel.

[2] Le professionnel ou la personne habilitée doit s'assurer d'avoir les compétences nécessaires afin d'exécuter cette ordonnance (p. ex. : formation)

[3] Exemples de causes possibles d'immunosuppression (voir l'Annexe V du Guide québécois de dépistage des ITSS) : déficience immunitaire congénitale, leucémie, lymphome, myélome multiple, cancer non hématologique, déficit immunitaire acquis (tel que lors de l'infection par le VIH), hémodialyse, usage d'agents immunosuppresseurs.

LIMITES OU SITUATIONS POUR LESQUELLES UNE CONSULTATION AVEC UN PRESCRIPTEUR AUTORISÉ EST OBLIGATOIRE

Au moment de l'évaluation :

- ► Fièvre
- ► Douleur sus-pubienne, testiculaire ou périanale, douleur lors de l'éjaculation
- ► Signes suivants observés à l'examen physique : sensibilité de l'épididyme ou du testicule à la palpation, tuméfaction palpable de l'épididyme, érythème ou œdème du scrotum, masses au niveau du scrotum, lésions cutanées, lésions anogénitales, adénopathies
- ► Signes ou symptômes à d'autres sites exposés
- ► Signes ou symptômes suggestifs d'une infection des voies urinaires : pollakiurie, ténesme vésical, hématurie, nycturie, miction impérieuse, urgence mictionnelle

Le tableau ci-dessous résume les prélèvements à effectuer (prélèvements pré-référence) avant de diriger l'homme qui présente une ou plusieurs situations exigeant une consultation médicale obligatoire au moment de l'évaluation vers le médecin répondant en fonction de la présence de certaines conditions.

CONDITIONS (PLUS D'UNE CONDITION PEUT S'APPLIQUER)	PRÉLÈVEMENTS À EFFECTUER AVANT DE DIRIGER L'HOMME VERS LE MÉDECIN RÉPONDANT
Facteurs de risque d'une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* et écoulement urétral	► Prélèvement urinaire pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), et ► Prélèvement des sécrétions urétrales pour une culture de *N. gonorrhoeae*
Facteurs de risque d'une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* et présence de signes ou symptômes d'infection pharyngée ou rectale	Prélèvement pharyngé ou rectal (selon la localisation des symptômes) pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par TAAN et prélèvement pour une culture de *N. gonorrhoeae*
Facteurs de risque d'une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* et exposition pharyngée ou rectale, sans signe ou symptôme à ces sites	Consulter l'outil *Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage)*
Signes ou symptômes suggestifs d'une infection des voies urinaires (pollakiurie, ténesme vésical, hématurie, nycturie, miction impérieuse, urgence mictionnelle)	Prélèvement urinaire pour une analyse et une culture d'urine
Ulcération anogénitale[4]	► Prélèvement en vue d'une analyse d'identification virale du virus herpès simplex (VHS)[5], **et** ► Sérologie pour la syphilis

Pendant ou après le traitement :

- ► Intolérance à la médication
- ► Persistance des signes ou symptômes 7 jours après le début du traitement
- ► Signes ou symptômes d'urétrite qui réapparaissent dans les 6 semaines suivant le début du traitement, après avoir été initialement résolus

Résultats d'analyses microbiologiques :

- ► Résultat positif au dépistage des autres ITSS
- ► Résultat d'analyse pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* :
  - Négatif (absence de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*) : diriger l'homme vers le médecin répondant seulement s'il est toujours symptomatique lors de la réception du résultat négatif;

[4] En présence d'ulcération anogénitale et de facteurs de risque d'ITSS, spécifier sur la requête de faire les analyses pour la recherche du génotype LGV (lymphogranulomatose vénérienne) si les résultats du TAAN urinaire (ou rectal, s'il y a lieu) sont positifs pour *C. trachomatis*.

[5] À moins d'avoir obtenu un résultat d'identification virale (culture ou TAAN) positif pour le VHS par le passé. Le prélèvement précoce (dès l'apparition des lésions) est primordial pour la détection du VHS.

- Positif à d'autres sites (pharynx ou rectum) : si l'infirmière n'a pas son droit de prescrire pour appliquer le Protocole national pour le traitement d'une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* chez une personne asymptomatique, diriger l'homme vers le médecin répondant;
- Positif pour *C. trachomatis* avec un génotype associé à la LGV

► Test de contrôle positif pour *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*

DOCUMENTATION

Remplir le formulaire de liaison pour le pharmacien communautaire, s'il y a lieu.

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

S/O

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ RÉPONDANT

Dans une clinique médicale ou un groupe de médecine de famille (GMF), le médecin répondant est le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, un des médecins signataires de l'ordonnance collective ou le médecin assigné aux consultations sans rendez-vous. En établissement, le médecin répondant est le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, le médecin présent au service ou le médecin de garde assigné selon le corridor de service.

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

1. ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE **(identification du ou des médecins concernés et des personnes responsables, le cas échéant)**

S/O (version intégrale de l'INESSS)

2. VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE **(identification du ou des médecins concernés et des personnes responsables, le cas échéant)**

S/O (version intégrale de l'INESSS)

3. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE

a) PAR LE REPRÉSENTANT DU CMDP DEL'ÉTABLISSEMENT

Nom : Bolduc Prénom : Brigitte

Signature : Document original signé Date : 2019-06-11

b) PAR LA DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom : Schoos Prénom : Nathalie

Signature : Document original signé Date :2019-06-06

4. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LES MÉDECINS SIGNATAIRES (HORS ÉTABLISSEMENT)

Nom et prénom	Numéro de permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

5. RÉVISION

Date d'entrée en vigueur :

Date de la dernière révision (s'il y a lieu) :

Date prévue de la prochaine révision :

Signature du médecin répondant (s'il y a lieu) :

Signature : Date :