

PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Délégués : Médecins généralistes, Sages femmes Délégués : Pharmaciens, Infirmiers
>> [Voir liste des professionnels participants en dernière page](#)

OBJECTIFS DU PROTOCOLE

- Réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante (avec diminution du risque de complication 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 pharmaciens d'officine d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et aux infirmiers de prendre rapidement en charge cette pathologie.

FORMATION NÉCESSAIRE PRÉALABLE POUR LES PROS

Formation de 4h obligatoire pour tous les professionnels de santé participant au protocole :

- Formation regroupant toutes les professions concernées afin d'avoir une harmonisation des pratiques.
- Elle peut être organisée à distance.
- La participation d'un maître de stage des universités à la formation n'est pas obligatoire.

>> [Voir le Programme de la formation et de l'évaluation des acquis](#)

Évaluation des savoirs à la fin de la formation par QCM

Les médecins sont responsables de la validation de la formation et de la veille documentaire.

MODÈLE ÉCONOMIQUE

- Afin d'être indemnisés, les professionnels délégués (pharmaciens et infirmiers) participant au protocole devront :
 - Réaliser une note d'honoraires et l'envoyer à la CPTS
 - Envoyer leurs fiches de suivi anonymisées (FICHE 1) à la CPTS
- L'indemnisation sera de X euros par professionnel de santé délégué réalisant une consultation
- L'indemnisation ne sera effectuée que sur présentation de la note d'honoraires
- L'indemnisation n'est possible que pour les professionnels libéraux adhérents à la CPTS.

SOURCES ET RÉFÉRENCES

- 06/03/2020 - HAS - [Protocole de coopération entre professionnels de santé](#) "prise en charge de la pollakiurie / brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'état ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle"
- 11/07/2022 - [Arrêté du 11 juillet 2022](#)

CONTENUS ANNEXES DU PROTOCOLE

- | | |
|-----------------------------------|--|
| Fiche 1 - suivi du patient | Fiche 4 - suivi par la CPTS |
| Fiche 2 - consentement patient | Fiche 5 - réunion de pratique et évènement indésirable |
| Fiche 3 - conseil pour le patient | Fiche 7 - Ordonnance type |

PATIENTS CONCERNÉS ET CRITÈRES D'INCLUSION

Femmes entre 16 et 65 ans ayant :

- Des signes fonctionnels urinaires (pollakiurie et/ou brûlure mictionnelle, et/ou dysurie, et/ou impériosité mictionnelle)
- ET une apparition récente des ces signes
- ET un médecin traitant signataire du présent protocole

CRITÈRES D'EXCLUSION

Durant l'interrogatoire et examen du dossier :

- Homme
- Age <16 ans ou >65 ans (mineures : avoir l'aval des parents ou titulaire de l'autorité parentale)
- Grossesse avérée ou non exclue
- Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
- Cystites à répétition (3 dans les 12 derniers mois) ou épisode récent non complètement résolu (< 15j)
- Température >38°C ou <36°C
- Douleur d'une fosse lombaire
- Vomissements, diarrhées, douleurs abdominales diffuses
- Leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal
- Immunodépression grave (VIH, corticoïdes oraux au long cours, immunosuppresseur)
- Insuffisance rénale chronique avec clairance <30 ml/min
- Anomalie de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent)

Durant l'examen clinique :

- Température >38°C ou <36°C
- Douleur à la percussion d'une fosse lombaire

Lors de la prise en charge :

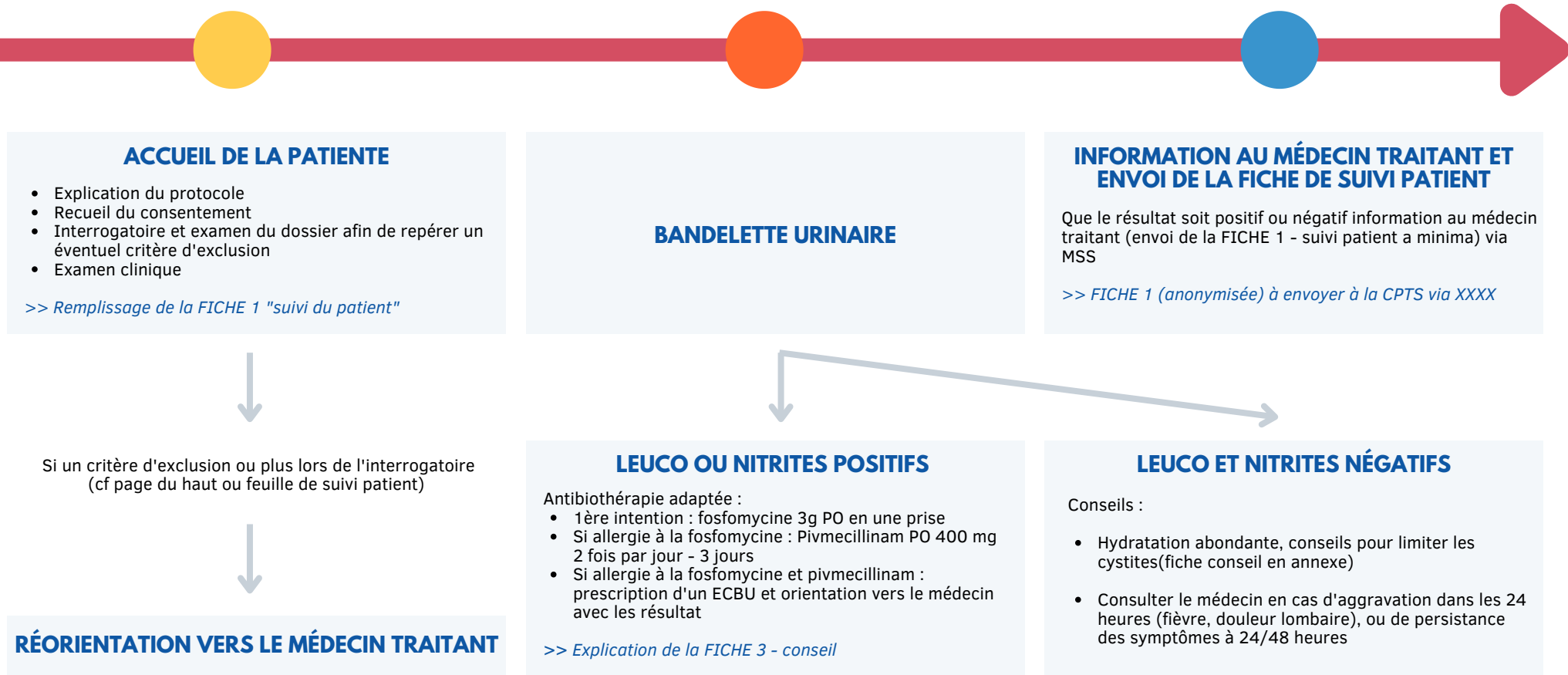
- Refus du patient ou représentant légal
- Doute du délégué

COMMUNICATION AUPRÈS DES PATIENTS

- Les patients seront informés du protocole et des professionnels participants via un affichage dans les locaux des professionnels participants
- Les secrétaires médicales seront également informées pour pouvoir orienter les patients

MODALITÉ DE VALIDATION, DE TRANSMISSION ET D'ÉVALUATION

- Le protocole est rédigé par la CPTS et diffusé aux professionnels par mail
- L'équipe a été déclarée sur <https://www.demarches-simplifiees.fr> le [remplir]
- Une réunion de pratique est organisée à la fin des 3 mois d'été entre les professionnels participant (voir FICHE 5)
- Les fiches de suivi patient seront envoyées par les professionnels de santé à la CPTS via l'adresse [remplir]
- La CPTS est en charge du suivi des indicateurs du protocole (voir FICHE 4)
- La traçabilité et les échanges entre les professionnels s'effectuera via [remplir]
- Tout évènement indésirable doit être déclaré (voir FICHE 5)



ACCUEIL DE LA PATIENTE

- Explication du protocole
- Recueil du consentement
- Interrogatoire et examen du dossier afin de repérer un éventuel critère d'exclusion
- Examen clinique

>> Remplissage de la FICHE 1 "suivi du patient"

BANDELETTE URINAIRE

INFORMATION AU MÉDECIN TRAITANT ET ENVOI DE LA FICHE DE SUIVI PATIENT

Que le résultat soit positif ou négatif information au médecin traitant (envoi de la FICHE 1 - suivi patient a minima) via MSS

>> FICHE 1 (anonymisée) à envoyer à la CPTS via XXXX

Si un critère d'exclusion ou plus lors de l'interrogatoire (cf page du haut ou feuille de suivi patient)

RÉORIENTATION VERS LE MÉDECIN TRAITANT

LEUCO OU NITRITES POSITIFS

Antibiothérapie adaptée :

- 1ère intention : fosfomycine 3g PO en une prise
- Si allergie à la fosfomycine : Pivmecillinam PO 400 mg 2 fois par jour - 3 jours
- Si allergie à la fosfomycine et pivmecillinam : prescription d'un ECBU et orientation vers le médecin avec les résultat

>> Explication de la FICHE 3 - conseil

LEUCO ET NITRITES NÉGATIFS

Conseils :

- Hydratation abondante, conseils pour limiter les cystites (fiche conseil en annexe)
- Consulter le médecin en cas d'aggravation dans les 24 heures (fièvre, douleur lombaire), ou de persistance des symptômes à 24/48 heures



Tout évènement indésirable (voir FICHE 4) doit être déclaré : refus du patient, mésinterprétation d'un critère d'exclusion, mauvaise lecture de la bandelette urinaire, erreur dans la prescription (CI, allergie...), complication : urinaire (pyélonéphrite] ou infectieuse (sepsis...), demande de prescription autre, échec du traitement.

La rédaction d'une fiche d'évènement indésirable provoque la tenue d'une réunion d'analyse de la pratique si les médecins délégués le jugent nécessaire (cf FICHE 4)

FICHE 1 - SUIVI PATIENT

À remplir par chaque professionnel et à envoyer : au médecin traitant via MSS à la CPTS (sans les informations nominatives du patient) via [remplir]

INFORMATIONS DU PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Téléphone :
Adresse :

✂ - - - - - Découper pour envoyer à la CPTS les informations ci - dessous - - - - -

Médecin traitant :

Accord du patient pour la prise en charge : OUI NON

1 - DONNÉES DE L'ANAMNÈSE

Motifs de consultation : Pollakiurie Dysurie Brûlures mictionnelles Impériosité mictionnelle

Critères d'exclusion - Cochez le(s) critère(s) :

- | | | |
|---|-----------|--|
| <input type="checkbox"/> Homme | [remplir] | <input type="checkbox"/> Vomissements, diarrhées, douleurs abdominales diffuses |
| <input type="checkbox"/> Age <16 ans ou >65 ans | | <input type="checkbox"/> Leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal |
| <input type="checkbox"/> Grossesse avérée ou non exclue | | <input type="checkbox"/> Immunodépression grave (VIH, corticoïdes oraux au long cours, immunosuppresseur) |
| <input type="checkbox"/> Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie | | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique avec clairance <30 ml/min |
| <input type="checkbox"/> Cystites à répétition (3 pour 12 derniers mois) ou épisode récent non complètement résolu (<15j) | | <input type="checkbox"/> Anomalie de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent) |
| <input type="checkbox"/> Température >38°C ou <36°C | | <input type="checkbox"/> Refus du patient ou du représentant légal |
| <input type="checkbox"/> Douleur d'une fosse lombaire | | <input type="checkbox"/> Doute du délégué (guts feeling) |

2 - DONNÉES CLINIQUES

Contrôle de température - Mesure :

Percussion lombaire :

Indolore Douleur à droite Douleur à gauche Douleur bilatérale

Bandelette urinaire : Leucocyturie = négatif / + / ++ / +++

Nitrites = négatif / + Hématurie = négatif / trace / + / ++ / +++

Au terme de l'examen : réorientation vers le médecin traitant

OUI NON

3 - DÉMARCHES THÉRAPEUTIQUES

Traitement symptomatique associé et en cas de cystalgie à BU négative :
Hydratation abondante et mictions fréquentes PARACETAMOL - Orientation médecin

A. ALLERGIE FOSFOMYCINE: NON

Traitement antibiotique en cas de cystalgie avec BU positive : FOSFOMYCINE TROMETAMOL PO: 3g en 1 prise unique

B. ALLERGIE FOSFOMYCINE: OUI

Traitement antibiotique en cas de cystalgie avec BU positive : PIVMECILLINAM PO : 400mg 2 fois / jour pendant 5 jours

C. ALLERGIE FOSFOMYCINE/BETA-LACTAMINES ou CI : OUI

Par Laboratoire d'analyses médicales : ECBU
Orientation vers le MG avec les résultats

Date : Nom - Prénom du professionnel :

FICHE 2 - RECUEIL DU CONSENTEMENT

Consentement

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de [mettre nom de la CPTS], il vous est proposé d'être pris en charge par un [profession du délégué] spécifiquement formé dans le cadre d'un protocole de coopération [intitulé du protocole]. Cette prise en charge a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé. Ce protocole de coopération a été autorisé par l'arrêté du 11 juillet 2022, envoyé à l'ARS et l'Assurance Maladie le [date]. L'équipe a été déclarée sur <https://www.demarches-simplifiees.fr>. Son détail peut vous être remis sur simple demande.

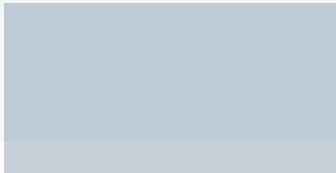
Dans le cadre de cette prise en charge le [profession du délégué] pourra réaliser en lien avec votre médecin les actes et activités suivants :

- [remplir]
- [remplir]
- [remplir]

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 vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Ce consentement sera envoyé à votre médecin ainsi que la fiche suivi patient via la messagerie sécurisée MSSanté. 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.

Signature du patient ou de son représentant légal



PROFESSIONNEL DE SANTE

- Nom de la personne qui a informé le patient et recueilli son consentement : [remplir]
- Qualité : [remplir]
- Signature :



FICHE 3 - CONSEIL POUR LE PATIENT

Prévenir l'infection urinaire et les récurrences de cystite

Pour éviter la survenue d'une infection urinaire et surtout si vous avez des cystites à répétition, il est important d'adopter quelques bons gestes. Si des anomalies de l'appareil urinaire sont diagnostiquées leurs corrections est également nécessaires.

QUE FAIRE POUR ÉVITER LES INFECTIONS URINAIRES ET PRÉVENIR LES RÉCIDIVES DE CYSTITE ?

- Buvez beaucoup d'eau et de liquides non alcoolisés (volume au moins égal à 1,5 litre par jour) car le flux urinaire diminue la charge bactérienne de la vessie ;
- Urinez dès que vous en ressentez le besoin : ne vous retenez pas ;
- Lorsque vous urinez, faites le complètement afin d'éviter qu'il persiste un résidu d'urine dans votre vessie, propice à la multiplication d'éventuelles bactéries dans la vessie et donc à la cystite ;
- Ne prenez pas de douches vaginales ;
- N'utilisez pas de produits d'hygiène intime parfumés ;
- N'utilisez pas de bain moussant ;
- Essuyez - vous d'avant en arrière après être allé aux toilettes car, si l'urine est stérile, les selles contiennent de nombreux germes ;
- Si l'infection survient après les rapports sexuels, urinez tout de suite après chaque rapport et évitez l'usage des spermicides ;
- Lutte contre la constipation ;
- Portez des sous-vêtements en coton ;
- Évitez les pantalons moulants ;



FICHE 4 - SUIVI PAR LA CPTS

Décrire ici la méthode, les outils et les indicateurs permettant à la CPTS de faire le suivi du protocole

Méthode

- Les professionnels de santé souhaitant participer au protocole contactent la CPTS
- La CPTS doit déclarer son adhésion et la liste des professionnels adhérents à l'ARS CVL via une application en ligne sur le site du ministère de la santé et de la prévention. « Mesure urgences été 2022 : les six protocoles soins non programmés appliqués aux CPTS : je déclare une équipe » à l'adresse <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/mesure-urgences-declaration-equipes-cpts>
- En cas de nouveaux professionnels de santé participant au protocole, la CPTS peut ajouter ces professionnels en allant sur son compte Démarches Simplifiées, en ouvrant son dossier et en cliquant sur 'modifier mon dossier'.
- Les professionnels engagés dans le protocole sont formés en présentiel ou distance via [remplir]
- Les professionnels délégués réalisant des consultations envoient les fiches de suivi anonymisés à la CPTS via [remplir]
- En cas d'évènement indésirable, les professionnels remplissent la FICHE 5 et en informe la CPTS afin qu'elle transmette à l'agence régionale du territoire d'exercice et au comité national des coopérations interprofessionnelles (à l'adresse somite-coop-ps@sante.gouv.fr) les éventuels événements indésirables déclarés par les professionnels ou les patients lors de la mise en œuvre du ou des protocole (s) de coopération nationaux.
- Des réunions d'analyse sont organisés tous les [remplir] ou sur demande des professionnels de santé

Outils de suivi et indicateurs

- Le suivi du protocole sera réalisé via un tableau EXCEL rempli par la CPTS
- Les indicateurs mesurés seront les suivants :

Suivi - Protocole cystite							
Indicateurs de suivi							
Nombre de professionnels de santé inclus dans le protocole	médecin	0	pharmacien	0	idel	0	
Nombre de patients éligibles inclus dans le protocole	0						
Nombre de patients refusés dans le protocole	0						
Nombre de réorientation vers le MT	0						
Nombre de prescription	0						
Nombre d'évènements indésirables							
Nombre de réunions d'analyse							

Pour rappel, des tableaux de suivi types sont proposés par la Fédération des URPS

FICHE 5 - RÉUNION D'ANALYSE ET ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

Tout évènement indésirable doit être déclaré : refus du patient, mésinterprétation d'un critère d'exclusion, mauvaise lecture de la bandelette urinaire, erreur dans la prescription (CI, allergie...), complication : urinaire (pyélonéphrite] ou infectieuse (sepsis...), demande de prescription autre , échec du traitement

Il est recueilli via une fiche (voir modèle ci dessous) qui est envoyée à la CPTS. La rédaction d'une fiche d'évènement indésirable provoque la tenue d'une réunion d'analyse de la pratique si les médecins délégués le jugent nécessaire.

Lors des réunions d'analyse de pratique l'équipe utilisera le modèle de compte rendu ci - dessous et l'adressera à la CPTS.

Modèle - Fiche évènement indésirable ([cliquez ici](#))

Évènement indésirable - protocole cystite	Date de l'évènement : _____
	Date de l'analyse : _____
Nom, prénom, profession et coordonnées de la personne remplissant la fiche : _____	
Information avant l'évènement indésirable	
1 - Si l'évènement concerne un patient	
Sexe _____	Diagnostic / motif de consultation _____
Âge _____	Antécédents médicaux contributifs à la survenue de l'EI _____
	Traitement en cours au moment de la survenue de l'EI _____
2 - Information sur la structure (élément si contexte particulier)	

3 - Information sur l'évènement indésirable	
Description synthétique (que s'est-il passé? Quoi? Qui? Comment?)	

4 - Conséquences pour le patient	
Conséquences avérées et ou potentielles pour le patient	

5 - Conséquences pour la structure	
Conséquences avérées et ou potentielles pour la structure	

Analyse	
Chronologie factuelle et détaillée de l'EI :	
AVANT : _____	
PENDANT : _____	
APRES _____	
Analyse des facteurs ("pourquoi") afin d'identifier la cause profonde	

Actions correctrices	
A l'issue de l'analyse, quelle(s) proposition(s) d'actions correctrices peuvent être envisagées afin de limiter le risque de nouvelle survenue de l'EI? Elles peuvent avoir trait à l'organisation au sein de la structure, à la formation des intervenants, à la communication ou encore aux éléments matériels etc.	

Modèle - Compte rendu d'analyse de pratique ([cliquez ici](#))

Réunion d'analyse - protocole cystite	Date et lieu de la réunion :
Compte-rendu	_____
Personnes présentes : _____	
Compte rendu de la réunion	
Thème : _____	

Thème : _____	

Thème : _____	

Thème : _____	

Relevé de décisions et d'actions à mettre en place :	

Modalité de suivi :	
<input type="checkbox"/> Personne qui envoie le CR aux participants	_____
<input type="checkbox"/> Personne qui envoie le CR à la CPTS	_____
<input type="checkbox"/> Prochaine date de réunion	_____
<input type="checkbox"/> Autres	_____
<input type="checkbox"/> Autres	_____

Pour rappel des modèles sont proposés par la Fédération des URPS

FICHE 6 - MODÈLE D'ORDONNANCE PRE-ETABLIE

Identification du Médecin (RPPS) et du délégué (RPPS ou ADELI)

Nom, Prénom, âge, poids de la patiente
Date :

FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3 g en une prise unique

Nom et signature du médecin et du délégué

Identification du Médecin (RPPS) et du délégué (RPPS ou ADELI)

Nom, Prénom, âge, poids de la patiente
Date :

PIVMECILLINAM PO : 400 mg 2 fois par jour pendant 3 jours

Nom et signature du médecin et du délégué

Identification du Médecin (RPPS) et du délégué (RPPS ou ADELI)

Nom, Prénom, âge, poids de la patiente
Date :

Pratiquer ECBU avec culture et antibiogramme si germes $>10^3$ UFC/ml et consulter le médecin avec les résultats

Nom et signature du médecin et du délégué

LISTE DES PROFESSIONNELS PARTICIPANTS AU PROTOCOLE

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :

Nom :
Prénom :
Profession :

Signature :