



HAL
open science

Protocole national de coopération de prise en charge de la cystite par le pharmacien ou l'infirmier diplômé d'état : évaluation de l'éligibilité au protocole des recours pour cystite à la régulation médicale en Vendée et proposition d'adaptation locale du protocole

Gabrielle Bonneviot

► To cite this version:

Gabrielle Bonneviot. Protocole national de coopération de prise en charge de la cystite par le pharmacien ou l'infirmier diplômé d'état : évaluation de l'éligibilité au protocole des recours pour cystite à la régulation médicale en Vendée et proposition d'adaptation locale du protocole. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04285700

HAL Id: dumas-04285700

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04285700v1>

Submitted on 14 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Gabrielle BONNEVIOT

Présentée et soutenue publiquement le 14 Septembre 2023

**PROTOCOLE NATIONAL DE COOPERATION DE PRISE EN
CHARGE DE LA CYSTITES PAR LE PHARMACIEN OU L'INFIRMIER
DIPLOME D'ETAT : EVALUATION DE L'ELIGIBILITE AU
PROTOCOLE DES RECOURS POUR CYSTITES A LA REGULATION
MEDICALE EN VENDEE ET PROPOSITION D'ADAPTATION
LOCALE DU PROTOCOLE.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Isabelle COLLOT-BOURDET
Monsieur le Docteur Romain BOSSIS

Membres du Jury : Madame le Docteur Sandrine HILD
Monsieur le Docteur Brice LECLERE

Remerciements

À Monsieur le Professeur Cédric RAT, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et du temps que vous m'accordez.

À Monsieur le Docteur Brice LECLERE, merci pour votre participation à l'évaluation de mon travail et pour l'intérêt porté à mon sujet de thèse.

À Madame le Docteur Sandrine HILD, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Votre regard de médecin généraliste exerçant en Vendée compte beaucoup.

À Madame le Docteur Isabelle COLLOT-BOURDET, merci pour la co-direction de ma thèse, de ton soutien et de tes précieux conseils le long de ce chemin.

À Monsieur le Docteur Romain BOSSIS, merci d'avoir initié et co-dirigé ce travail de thèse : tu as été un très bon guide dans les méandres de l'organisation des soins en Vendée.

A Monsieur le Docteur Thierry ROUSSIN, merci de m'avoir partagé votre expérience du protocole du point de vue du pharmacien d'officine.

À toute l'équipe de la Maison de Santé des Forges, merci pour votre accueil et de me permettre de pratiquer la médecine générale dans une ambiance bienveillante. Et un remerciement tout particulier à Mathilde, coordinatrice de la MSP, pour la transmission de nombreux documents indispensables à la rédaction de cette thèse.

A l'équipe du SAMU 85 et à l'ADOPS 85, merci de votre accueil et plus particulièrement Kévin FICHET, responsable des assistants de régulation médicale : mon recueil de données a été grâce à toi efficace et sans accroc.

A Séverine, notre coopération passée et à venir me motive énormément.

A mes parents, si divers et finalement si complémentaires : maman, les arts et les lettres ; papa, les sciences et la voile. Merci pour ce beau paysage de la vie et pour bien des valeurs sur lesquelles je m'appuie tous les jours.

A ma sœur, qui a pris une place de premier plan dans ma vie d'adulte. Je chérie ce lien si solide et souhaite partager au maximum des moments de vie avec toi et ta famille : Nina, Maloya et Julien.

A mon frère, à qui je voulais tant ressembler petite et qui maintenant m'enrichie de son point de vue sur le monde.

A Cécile, ma cousine/sœur de cœur, je t'ai tant admirée quand je t'ai rencontrée à 18 ans. Te retrouver m'est tellement familier et rassurant. A Jeff, Erwan et Gabi, merci de m'avoir acceptée dans votre famille à un moment important et me laisser y revenir régulièrement.

A Gilles et Isabelle, de m'avoir fait découvrir ce si beau métier. Notre lien m'est précieux, malgré l'adversité.

A Antoine, le plaisir de voyager ensemble ou de se voir le temps d'un weekend reste intact à mesure des années qui passent. Nos longues discussions sur la vie me sont chères.

A Marion, Biquette et Pauline, les colocs de rêve. La preuve qu'on peut faire famille autrement.

A Clément, à notre future famille à tous les deux, qui sera au minimum constituée d'un chien... pour le reste de la ménagerie, il faut encore qu'on en discute !

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | 3 |
| Table des matières | 4 |
| Liste des abréviations | 7 |
| I. Introduction..... | 9 |
| A. Les protocoles de coopération..... | 9 |
| B. Epidémiologie de la cystite | 11 |
| 1. Incidence..... | 11 |
| 2. Part de l'activité en soin primaire..... | 12 |
| C. Le protocole cystite | 12 |
| 1. Présentation du protocole | 12 |
| 2. Le protocole dans le détail..... | 13 |
| D. Exemple de mise en application du protocole à la MSP des Forges..... | 14 |
| 1. Les prémices du protocole..... | 14 |
| 2. Présentation de la MSP..... | 14 |
| 3. Résultats intermédiaires du protocole et pré-analyse | 15 |
| 4. Analyse | 16 |
| E. Limites du protocole national..... | 17 |
| 1. Avoir un médecin traitant déclaré au sein de la MSP..... | 17 |
| 2. La situation des patientes sans médecin traitant exclues du protocole..... | 17 |
| 3. Pourquoi cette limite dans la condition d'accès au protocole ?..... | 18 |
| F. Adaptation du protocole au département | 19 |
| 1. Présentation du département..... | 19 |
| 2. Quelle mise en place ?..... | 19 |
| G. L'organisation des soins non programmés en Vendée..... | 19 |
| 1. La régulation médicale | 20 |
| 2. La continuité des soins ambulatoires..... | 21 |
| 3. La permanence des soins ambulatoires | 21 |
| II. Méthodes | 23 |
| A. Résumé de l'étude | 23 |
| 1. Justification..... | 23 |
| 2. Question de recherche | 23 |
| 3. Objectif principal | 23 |
| 4. Objectifs secondaires | 23 |
| 5. Type d'étude | 24 |
| B. Modalités du recueil | 24 |
| 1. Sélection des dossiers | 24 |
| 2. Recueil des données dans les dossiers | 25 |

| | | |
|------|--|----|
| 3. | Eligibilité au protocole | 26 |
| C. | Traitement des données | 26 |
| 1. | Caractéristiques | 26 |
| 2. | Répartition temporelle | 26 |
| 3. | Répartition géographique | 27 |
| 4. | Part de l'activité de la régulation | 28 |
| 5. | Nature des prises en charges | 28 |
| III. | Résultats | 29 |
| A. | Diagramme de flux de la période été 2022, soit du 01/07/2022 au 31/08/2022 | 30 |
| B. | Diagramme de flux de la période hiver 2022, soit du 01/11/2022 au 31/12/2022 | 31 |
| C. | Caractéristiques de la population | 32 |
| D. | Répartition temporelle | 32 |
| 1. | Selon les jours de la semaine | 32 |
| 2. | Selon l'organisation des soins | 33 |
| 3. | Les weekends | 33 |
| E. | Répartition géographique | 34 |
| 1. | Nombre d'appels par CPTS | 34 |
| 2. | Nombre d'appels pour 10 000 habitants | 34 |
| F. | Nombre d'appels sur la PDSA | 35 |
| G. | Proportion d'appels sur la PDSA | 35 |
| H. | Part de l'activité de la régulation médicale | 36 |
| I. | Nature des prises en charges | 36 |
| IV. | DISCUSSION | 37 |
| A. | Biais de l'étude | 37 |
| 1. | Biais de sélection | 37 |
| 2. | Biais de classement | 37 |
| 3. | Effet de taille | 38 |
| B. | Proposition d'adaptation du protocole national de coopération | 38 |
| 1. | Sur la base du protocole existant | 38 |
| 2. | Elargissement de la cible | 39 |
| 3. | Adressage | 39 |
| 4. | En cas de nécessité de reconsulter | 39 |
| 5. | Accès d'un point de vue géographique | 40 |
| 6. | Accès d'un point de vue temporel | 40 |
| 7. | Rémunération | 41 |
| 8. | Qui pour organiser la mise en place ? | 42 |
| C. | Impacts de la mise en place du protocole adapté | 43 |
| 1. | Accessibilité | 43 |
| 2. | Sécurité | 43 |

| | |
|---|----|
| 3. Ecologie bactérienne..... | 45 |
| 4. Coût | 46 |
| 5. Disponibilité en pratique des pharmaciens | 48 |
| 6. Remplir les objectifs des protocoles de coopération | 48 |
| 7. Ouverture des protocoles de coopération aux CPTS | 49 |
| V. CONCLUSION | 51 |
| BIBLIOGRAPHIE | 53 |
| ANNEXES | 58 |
| Annexe 1 : Formulaire du protocole..... | 58 |
| Annexe 2 : Plaquette de présentation de l’A.D.O.P.S. 85 | 60 |
| Annexe 3 : Plaquette de présentation de l’organisation des soins en Vendée..... | 61 |
| Annexe 4 : Cartographie des secteurs de garde de Vendée | 61 |

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
A.D.O.P.S 85 : Association Départementale de l'Organisation de la Permanence des Soins des médecins généralistes de Vendée
AFORCOPI-BIO : Association de FORmation COntinue en Pathologie Infectieuse des BIologistes
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARM : Agent.e de Régulation Médicale
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALÉE : Action de SAnté Libérale En Équipe
ATB : Antibiotique
ATCD : Antécédent
BU : Bandelette Urinaire
CAPS : Centre d'Accueil de la Permanence des Soins
CH : Centre Hospitalier
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e révision
CRD : Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation de Permanence Des Soins dans le cadre de la régulation
CSA : Continuité des Soins Ambulatoires
CSNP : Centre de Soins Non Programmés
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
GS : Consultation de spécialiste en médecine générale
IDE : Infirmier.ère Diplômé.e d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ITU : Infection du Tractus Urinaire
IU : Infection Urinaire
LVO : Loire Vendée Océan
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
MMG : Maison Médicale de Garde
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MT : Médecin Traitant
OMG : Observatoire de la Médecine Générale
ORL : OtoRhinoLaryngologue
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
PNA : PyéloNéphrite Aigue
SAFE : Stage Ambulatoire de santé de la Femme et de l'Enfant
SAS : Service d'Accès aux Soins
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SFU : Signe Fonctionnel Urinaire
SNP : Soins Non Programmés
SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de la Langue Française
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

A. Les protocoles de coopération

Au début des années 2000, les projections statistiques prévoyaient une pénurie de médecins dans les années à venir.(1,2)

La densité médicale qui correspond au rapport entre le nombre de médecins et la population nationale, devait chuter de près de 10% entre 2002 et 2012. Cette pénurie était la conséquence directe de la baisse du numéris clausus initiée en 1972.(3,4)

Le déséquilibre entre l'offre et la demande allait également être creusé par 3 autres paramètres principaux : le vieillissement de la profession médicale, la diminution du temps de travail des jeunes médecins et le vieillissement de la population générale.

L'idée de transfert de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé est apparue au niveau du gouvernement : on allait décroisonner les professions. Les professionnels de santé se devaient d'être plus adaptables et leurs métiers plus évolutifs, afin d'offrir des carrières attractives pour les professions paramédicales.(4,5) Ainsi est née la coopération interprofessionnelle.

Le dispositif ASALÉE (Action de SANTé Libérale En Équipe) en est le premier exemple expérimental, créé en 2002 dans le département des Deux Sèvres, afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques par une collaboration entre médecins généralistes et infirmier(e)s.(4,6)

En 2009, via la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), les projets de coopération interprofessionnelle sortent définitivement de leur cadre expérimental.(7)

Leurs objectifs en matière de santé publique sont les suivants (8) :

- réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante dans un contexte de démographie médicale déficitaire
- diminuer le recours à la permanence de soins 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
- améliorer la sécurité de la prise en charge
- optimiser la dépense de santé

L'article 51 de la loi HPST stipule que « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ».

Cela se traduit par la création de protocoles de coopération, émanant d'initiatives locales. Ces protocoles sont ensuite soumis à l'ARS (Agence Régionale de Santé), qui vérifie que cela s'inscrit dans un besoin de santé localement, puis à la HAS (Haute Autorité de Santé) qui s'assure de la conformité sur le plan du soin (qualité, sécurité, etc).

Certains protocoles sont choisis pour être étendus au niveau national.(1,9,7)

En 2018, le rapport « Assurer le premier accès aux soins » (10), demandé par la ministre de la santé, Madame Agnès Buzyn et rédigé par le député de la Charente, Monsieur Thomas

Mesnier, appuie cette idée de coopération entre professionnels dans le but de pallier la pénurie de médecin. L'objectif annoncé est de libérer du temps médical, et particulièrement de « garantir une réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets en s'appuyant sur les initiatives professionnelles ». Les protocoles nationaux de coopération sont de nouveau plébiscités. Le partage de compétences entre les médecins et les autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens et kinésithérapeutes) sous forme de protocoles nationaux, mis en œuvre localement, permettra un accès direct des patients à des consultations et des actes réalisés par les pharmaciens, infirmiers et kinésithérapeutes.

Dans un premier temps, la loi du 24 Juillet 2019, inscrite dans le code de la santé publique, offre la possibilité pour les pharmaciens d'officine de délivrer des médicaments à prescription médicale obligatoire sans ordonnance, pour certaines pathologies et dans le cadre de protocoles mis en place au sein d'un exercice coordonné.(11,12)

En mars 2020 est promulguée une série d'arrêtés relatifs à l'autorisation de protocoles de coopération entre médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers et kinésithérapeutes dans le cadre de structures pluriprofessionnelles.(13)

Les structures pluriprofessionnelles concernées sont soit des centres de santé régis par l'accord national ou bien des MSP ayant signé un ACI, Accord Conventionnel Interprofessionnel.

Les protocoles de coopération concernant les soins non programmés se limitent aux 6 situations suivantes :

- Renouvellement de traitements de rhino-conjonctivite allergique saisonnière de patients de 15 à 50 ans;(14)
- Pollakiurie et brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans (cystite) ;(15)
- Odynophagie chez le patient de 6 à 45 ans (angine) ;(16)
- Éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans (varicelle) ;(17)
- Traumatisme de torsion de cheville (entorse) ;(18)
- Lombalgie aiguë de moins de 4 semaines chez le patient de 20 à 55 ans (Lumbago aigu).(19)

Ces protocoles, rédigés par la HAS, ne sont pas modifiables par la structure pluriprofessionnelle qui les met en œuvre, ils doivent être appliqués en l'état.

La mise en œuvre d'un protocole doit se faire au sein d'une même structure pluriprofessionnelle, donc tous les professionnels de santé intervenant au cours du protocole doivent appartenir à cette structure et partager un même logiciel métier où sont renseignés les antécédents médicaux des patients.

En pratique, un médecin généraliste qui exerce en structure pluriprofessionnelle (nommé le déléguant) délègue à un confrère professionnel de santé non médecin appartenant à la même structure (nommé le délégué) l'établissement d'un diagnostic médical et la prise en charge thérapeutique strictement prévue par le protocole.(20)

La prise en charge thérapeutique peut se traduire par la prescription de médicaments (par exemple la Fosfomycine dans le cadre du protocole portant sur la cystite), la réalisation d'un acte (par exemple le test de diagnostic rapide à la recherche du streptocoque A dans le protocole sur l'angine) ou bien la prescription d'un arrêt de travail.

La mise en œuvre du protocole nécessite le consentement du patient.

La législation ne permettant pas à ces professionnels de santé non médecin d'effectuer ce type de prescriptions, il est prévu que des prescriptions-types soient pré-établies, signées par le déléguant et mises à la disposition des délégués.(20)

Un nouvel arrêté est promulgué en mai 2021 concernant les pharmaciens uniquement : il établit la liste précise des médicaments, en l'occurrence des antibiotiques, que les pharmaciens sont autorisés à délivrer dans le cadre des protocoles de coopération de l'angine et de la cystite.(21)

B. Epidémiologie de la cystite

Les données de la littérature concernant la prévalence de la cystite sont peu fournies, plutôt anciennes et parfois contradictoires.

Le livre *Les infections urinaires* paru en 2007 présente une mise à jour des connaissances sur le sujet et est écrit par un collectif d'auteurs. Il aborde notamment l'épidémiologie des infections urinaires. Il est dit que « L'ITU [infection du tractus urinaire] est probablement la plus fréquente des infections bactériennes. Son épidémiologie demeure confuse et sa prévalence, vraisemblablement très importante, encore sous-estimée. [...] il est vraisemblable que plusieurs dizaines de milliers d'ITU par an échappent à toute évaluation médicale ».(22)

Les études auxquelles j'ai pu accéder, qu'elles soient françaises ou non, portent pour la grande majorité d'entre elles sur les ITU au sens large, touchant aussi bien l'homme que la femme, et portent très peu sur la cystite spécifiquement. Les ITU comprennent la cystite, la pyélonéphrite aigue, la prostatite aigue et les autres infections urinaires masculines (orchy-épididymites, urétrites). (23)

1. Incidence

On estime l'incidence annuelle des ITU en France à 4 à 6 millions. (22)

On peut lire que 1 femme sur 2 aura une ITU d'ici l'âge de 35 ans selon l'étude Rand Health Insurance Experiment. (24) Cette étude expérimentale menée de 1974 à 1982 portait sur les coûts, l'utilisation et les résultats des soins de santé aux États-Unis, qui attribuait des personnes au hasard à différents types de régimes et suivait leur comportement.

Une étude portant sur la prévalence de la cystite estimée par une auto-déclaration de cas par des médecins généralistes aux États Unis en 2014 retrouve que 60,4% des femmes feront une ITU au moins 1 fois dans leur vie, à raison de 12,6% de risque pour une femme de faire une ITU par an. (25)

D'autres données vont dans ce sens en termes d'incidence : une femme sur deux aura une ITU au cours de sa vie (26,27). Ou encore, à l'âge de 24 ans, un tiers des femmes ont eu au moins une infection urinaire dans leur vie. (28)

Cependant, on retrouve également des données contradictoires. L'article *Epidemiology of Urinary Tract Infections*, qui est une revue de la littérature sur le sujet et a été écrit en 2002, rapporte que 80 à 90% des femmes feront au moins un épisode de cystite dans leur vie et 10 à

20% des femmes font une cystite chaque année.(29) Cette donnée porte spécifiquement sur les cystites, on attendrait donc des chiffres inférieurs à l'incidence de l'ITU.

2. Part de l'activité en soin primaire

Selon cette étude américaine de 2014 portant sur des données auto-déclarées par des médecins généralistes, il est estimé que les ITU représentent 0,9% des motifs de consultations ambulatoires. (25)

L'étude APPUI est une étude française, menée dans des services d'accueil des urgences en 2003. Elle a cherché « à estimer la prévalence des ITU et identifier la répartition des entités anatomocliniques des infections génito-urinaires rencontrées et leur sévérité ». Les résultats montrent que 4,6 à 9,2% des 3,6 à 5,4 millions d'ITU traitées en ambulatoire tous les ans en France sont traitées aux SAU, le reste par les médecins généralistes. (22)

L'Observatoire de la médecine générale estime en 2009 (dernière année de recueil de données) à 34 le nombre médian de consultations pour cystite ou cystalgie par an et par omnipraticien, (30) et à 2 pour les pyélonéphrites, (31) 1 pour les prostatites, (32) 1 pour les urétrites. (33)

J'ai pu remarquer qu'un chiffre était fréquemment mis en avant dans les différentes sources portant sur l'épidémiologie des ITU : elles représenteraient 1,05 à 2,1% de l'activité en soin primaire et seraient prise en charge à 90% par les médecins généralistes. (22,34)

Ce chiffre provient d'un fascicule de 16 pages de 1989, nommé *Le traitement des infections urinaires observées en ville chez l'adulte jeune* et diffusé par l'Association de formation continue en pathologie infectieuse des biologistes, l'AFORCOPI-BIO. Actuellement, l'association ne semble plus exister mais une partie de ses publications est archivée sur le site du laboratoire privé Onerba. (35) Je n'ai pas réussi à me procurer le fascicule, bien que j'aie eu recours aux services de recherche documentaire de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Nantes et que j'aie envoyé un message au laboratoire, en vain.

Une étude plus récente fait état que la cystite constituerait 1,28% des consultations et visites en médecine générale (étude nichée dans l'étude ECOGEN, Éléments de la COnsultation en médecine GENérale, menée entre novembre 2011 et avril 2012). La pyélonéphrite est estimée à 0,20% et la prostatite à 0,14% (36).

C. Le protocole cystite

1. Présentation du protocole

Le protocole national de coopération établi par l'HAS qui permet la prise en charge de la cystite se nomme « prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle ». (15)

Le patient cible de ce protocole est une femme, qui est âgée de 16 à 65 ans et qui présente des signes fonctionnels urinaires.

Elle est patiente d'une MSP ou d'un centre de santé ; elle contacte son cabinet médical pour avoir un rendez-vous avec son médecin traitant. Le protocole étant en application dans cette structure de soin, le secrétariat l'oriente alors vers le pharmacien ou l'infirmier de la structure. Ils doivent pouvoir accéder au dossier médical de la patiente, pour consulter notamment ses antécédents. La patiente peut accepter ou refuser cette prise en charge. (20)

Si elle l'accepte, elle se voit proposer une consultation par le pharmacien ou l'infirmier, dans une pièce qui garantit la confidentialité. Le protocole nécessite également l'accès à des toilettes. Le pharmacien ou l'infirmier doit renseigner les données recueillies dans le dossier de la patiente.

Cette consultation est structurée par le déroulé précis du protocole (20) :

- L'interrogatoire, qui permet de confirmer le diagnostic et d'éliminer des diagnostics différentiels mais aussi des profils à risque de complication ;
- Puis, l'examen clinique qui consiste en une prise de température, la réalisation d'une bandelette urinaire et l'ébranlement des fosses lombaires ;
- Enfin, selon les résultats, la délivrance du traitement antibiotique et de conseils sur les critères de reconsultation ou bien la délivrance d'un traitement symptomatique ou encore la réorientation vers le médecin traitant.

2. Le protocole dans le détail

Les signes fonctionnels urinaires peuvent se traduire par une pollakiurie, une brûlure mictionnelle, une dysurie, ou bien une impériosité mictionnelle. Ceux-ci doivent être d'apparition récente. (15)

L'interrogatoire consiste à recueillir les informations suivantes et à exclure la patiente si l'un de ces éléments est présent (15) :

- Grossesse avérée ou non exclue
- Signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale diffuse
- Signes gynécologiques : leucorrhée, prurit vulvaire ou vaginal
- Antécédent de 3 cystites sur les 12 derniers mois
- Antécédent de cystite non complètement résolue dans les 15 derniers jours
- Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
- Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte urologique récent)
- Immunodépression grave : due à une pathologie (VIH) ou un traitement médicamenteux (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie...)
- Insuffisance rénale chronique sévère (clairance < 30mL/min, ou grade 4 et 5)

L'examen clinique se déroule en 3 temps :

- La prise de température : exclusion si > 38°C ou < 36°C
- La percussion des fosses lombaires : exclusion si douleur déclenchée
- La réalisation d'une bandelette urinaire, sur urines fraîches et respect du temps de lecture

La décision thérapeutique se traduit par la prescription d'un antibiotique ainsi que la délivrance de conseils si la patiente est incluse dans le protocole, c'est-à-dire qu'elle ne

remplit aucun critère d'exclusion, et que le résultat de la bandelette urinaire retrouve des leucocytes et/ou des nitrites positifs.

L'antibiotique à prescrire est la Fosfomycine, 3g en sachet, en prise unique, ou bien le Pivmecillinam 400mg, matin et soir pendant 5 jours si la patiente est allergique à la Fosfomycine. S'il existe une allergie à la Fosfomycine et au Pivmecillinam, il est recommandé de prescrire un ECBU et d'orienter la patiente vers son médecin traitant.

En cas de BU négative, c'est-à-dire absence de leucocyte et de nitrite, la patiente se voit fournir uniquement des conseils afin d'atténuer ses symptômes (hydratation abondante, ne pas se retenir d'uriner, etc) et d'identifier les éléments qui devraient l'inviter à reconsulter (fièvre, douleur lombaire ou persistance des symptômes 24-48h). (cf Annexe 1 : Formulaire du protocole)

D. Exemple de mise en application du protocole à la MSP des Forges

1. Les prémices du protocole

J'ai découvert l'existence des protocoles nationaux de coopération début 2022 alors que je débute mes remplacements en médecine générale. Dans le cadre de cette recherche de premiers remplacements, je prends contact avec le Dr Romain BOSSIS, médecin à la MSP des Forges, située à La Roche-sur-Yon en Vendée, et je l'informe de ma recherche concomitante d'un sujet de thèse. Il m'explique qu'un protocole de prise en charge de la cystite vient d'être mis en place au sein de la MSP depuis le 1^{er} janvier 2022 et que je pourrais faire ma thèse sur ce protocole.

Ainsi, le protocole national de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » a été mis en place à la MSP des Forges le 1^{er} janvier 2022. Les pharmaciens et les infirmières de la MSP ont préalablement suivi une formation au protocole par un médecin du cabinet, le Dr Isabelle COLLOT-BOURDET, médecin responsable du protocole. Ils ont également dû installer le logiciel métier des médecins de la MSP, en l'occurrence WEDA, sur leurs supports de travail afin de pouvoir accéder aux dossiers des patientes.

2. Présentation de la MSP

La MSP existe depuis 2016 et a signé l'ACI en 2019. Elle comprend quinze professionnels de santé titulaires : six médecins généralistes, une infirmière ASALEE, un gynécologue, une podologue, une orthophoniste, trois infirmières libérales et deux pharmaciens.

La structure compte 6 médecins généralistes installés avec des remplacements réguliers sur leurs jours d'absence ponctuels ou bien sur leurs vacances. En avril 2022, un médecin généraliste s'est désinstallé et en novembre 2022, une jeune médecin s'est installée. Entre avril et novembre, leurs patients ont été vus par les autres médecins de la MSP.

La MSP permet également la formation de nombreux étudiants en médecine : deux internes SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), un interne SAFE (Stage Ambulatoire de santé de la Femme et de l'Enfant), un interne de niveau 1 partagé entre deux MSU, un externe et régulièrement, des étudiants de 2^{ème} ou 3^{ème} année.

La somme des patientèles médecin traitant des 5 médecins présents tout au long de l'année 2022 à la MSP des Forges représente 6324 patients au 31/12/2022 ; la médecin récemment installée avait 400 patients médecin traitant environ à la même date.

A titre de comparaison, la patientèle médecin traitant de la MSP était de 6605 au 31/12/2021, ils étaient 6 présents tout au long de l'année.

En termes de rendez-vous, les médecins généralistes de la MSP ont effectué 34 798 créneaux de consultation au cours de l'année 2022. Parmi ces créneaux, 30% sont des créneaux dits d'urgence, c'est-à-dire qu'ils sont accessibles la veille sur internet ou bien via un appel auprès du secrétariat.

Dans ce cabinet, l'une des particularités est la fréquence de prises de rendez-vous par les patients directement sur internet, via le site ou l'application Doctolib. Sur l'ensemble du cabinet, le taux de prise de rendez-vous par internet est de 53%. Entre les différentes patientèles, il varie de 30% à 78%.

Une autre particularité du cabinet repose dans la gestion des soins non programmés. Chaque jour de la semaine, un médecin du cabinet est d'astreinte de 8h à 20h, c'est-à-dire qu'il répond au téléphone directement quand le secrétariat n'est pas joignable (entre 12h et 14h et entre 18h et 20h) et s'engage à proposer une prise en charge adaptée à tout patient du cabinet (rendez-vous le jour même ou bien un autre jour, conseil téléphonique). En outre, il existe une mutualisation des créneaux d'urgence, ce qui permet aux patients d'être vus dans la journée si nécessaire, par l'un des médecins du cabinet, autre que son médecin traitant si celui-ci n'est pas disponible.

On notera également que la plupart des médecins de la MSP proposent des créneaux de téléconsultation quotidiennement, accessibles à leur patientèle.

3. Résultats intermédiaires du protocole et pré-analyse

L'accès au protocole se fait de deux manières : la patiente peut se présenter spontanément à la pharmacie ou auprès des infirmières ou bien être adressée par le secrétariat du cabinet alors qu'elle le contacte par téléphone pour prendre rendez-vous auprès de son médecin pour signes fonctionnels urinaires. Aucune communication n'a été effectuée auprès des patientes, aussi bien au niveau de la pharmacie que de la MSP.

Après 4 mois de mise en place du protocole à la MSP des Forges, 2 patientes ont été incluses, exclusivement par les pharmaciens.

Nos attentes étaient plus élevées, sans que nous n'ayons à ce moment-là évalué précisément le nombre de patientes par mois éligibles au protocole sur la MSP.

Nous nous sommes alors questionnés sur les raisons de ce faible nombre de patientes incluses :

- Les pharmaciens rapportent une demande de prise en charge de signes fonctionnels urinaires par de nombreuses femmes non patientes de la MSP. Le protocole étant mis en place dans le cadre strict des protocoles nationaux de coopération, le critère « patientes de la MSP » n'est pas modifiable.
- Le manque d'information des patientes sur l'existence du protocole nous amène à continuer à voir des patientes pour cystite au cabinet, en consultation. D'une part, il n'y a pas de communication concernant l'existence du protocole au niveau de la pharmacie ou du bureau des infirmières. D'autre part, la part importante de prise de rendez-vous par

internet implique que le secrétariat a peu l'opportunité d'adresser les patientes vers les pharmaciens ou IDE. Nous avons évoqué l'idée de mettre une note apparaissant lors de la prise de rendez-vous par Doctolib, orientant vers le protocole toute patiente souffrant de signes fonctionnels urinaires (SFU). Cette idée a finalement été écartée du fait d'un risque de manque de lisibilité de la prise de rendez-vous pour les patients en général.

- Les délais de prise de rendez-vous sont par ailleurs très courts à la MSP des Forges. Les patientes peuvent prendre rendez-vous la veille ou le jour même par internet ou par téléphone pour un motif d'urgence. On peut donc supposer que leur besoin d'être prise en charge rapidement est satisfait et qu'elles n'ont pas d'utilité à rechercher un recours alternatif au soin pour ce motif.

A noter ici, un effet pervers de Doctolib et de la prise de rendez-vous sur internet : alors qu'il s'agit d'un outil complémentaire au secrétariat physique et téléphonique, une partie des patients ne trouvant pas de créneau disponible sur Doctolib ne prennent pas forcément la peine d'appeler le secrétariat et considèrent à tort que leur médecin habituel (ou un autre médecin) n'est pas en mesure de les recevoir dans des délais compatibles avec leur problème de santé. Une éducation continue de la patientèle de la MSP au fonctionnement de la structure est indispensable.

A l'issue de l'année 2022, 23 patientes ont été incluses dans le protocole, dont 22 par les pharmaciens et 1 par les IDE.

4. Analyse

Une extraction des données de la MSP concernant la cystite via la codification sur le logiciel WEDA a été envisagée puis rapidement abandonnée : les motifs de consultation sont trop peu souvent codés par les médecins généralistes et de manière trop aléatoire et hétérogène quand c'est le cas.

Si l'on considère, comme le dit la littérature, que la cystite représente 1,28% des consultations en soins primaires, nous pouvons estimer le nombre de cystites à traiter en 2022 sur la patientèle des Forges via le nombre de rendez-vous pris sur cette même période.

On dénombre 34 798 rendez-vous pris auprès des médecins des Forges entre janvier et décembre 2022 (cela représente tous les rendez-vous pris, avec les médecins titulaires, ou bien leurs remplaçants, ou encore des médecins adjoints bien que cette situation soit restée très marginale). On attendrait donc 445 cystites à traiter.

De même, si l'on utilise les données de l'Observatoire de la Médecine Générale pour estimer le nombre de cystite à traiter, en comptant 34 cystites par médecin et 6 médecins dans la MSP, on attendrait 204 cystites à traiter.

Comme nous avons pu le voir précédemment, 53% de la prise de rendez-vous se fait directement sur internet via Doctolib. Ces patientes-là se retrouvent en consultation avec un médecin pour traiter leur cystite. Les autres en revanche sont susceptibles d'avoir le secrétariat au téléphone et d'être orientées vers les pharmaciens ou les infirmiers afin de bénéficier du protocole. On s'attendrait donc à ce qu'entre 209 patientes selon l'estimation la plus haute aient eu recours au protocole, incluses ou non, sur l'année 2022. Ou bien 96 patientes selon les données de l'OMG.

Si l'on affine l'analyse, on remarque que l'une des patientèles a un taux de prise de rendez-vous par internet à 73%. Il s'agit de la patientèle avec la moyenne d'âge la plus basse, elle est

constituée à 88% d'hommes et de femmes entre 7 et 79 ans. On peut donc déduire que la population cible du protocole de prise en charge de la cystite est plus encline à prendre rendez-vous par internet qu'en appelant le secrétariat.

La MSP des Forges a un fonctionnement spécifique sur le plan de l'organisation des soins et donc de l'accessibilité aux consultations d'urgence. J'ai essayé d'analyser les limites du protocole au niveau du département et non seulement de la MSP.

E. Limites du protocole national

1. Avoir un médecin traitant déclaré au sein de la MSP

La condition d'être patiente de la MSP pour être incluse dans le protocole national de coopération semble être un frein majeur à son efficacité et à sa pertinence.

La patiente suivie à la MSP a déjà un accès au soin de bonne qualité, qui ne nécessite pas nécessairement de parcours de soin alternatif via le pharmacien ou l'IDE. Cette patiente serait susceptible d'en avoir besoin en cas d'épisode de cystite à distance de son lieu de vie. Son accès au soin serait alors rendu plus difficile par son impossibilité de consulter son médecin traitant (en dehors d'une téléconsultation). Or elle serait également à distance de la pharmacie ou de l'infirmier de la MSP susceptible de la prendre en charge via le protocole national de coopération.

2. La situation des patientes sans médecin traitant exclues du protocole

La patiente sans médecin traitant semble spontanément chercher des accès aux soins alternatifs à la consultation avec un médecin généraliste, comme nous le rapportent les pharmaciens.

Mon questionnement a ainsi débuté : où et par qui sont prise en charge ces patientes sans médecin traitant ?

J'ai tout d'abord pensé à la régulation médicale, du fait de l'organisation des soins en Vendée. Les patients sont invités à contacter le 116117 pour tout problème médical aigu (hors urgence vitale) en dehors des horaires d'ouverture de leur médecin traitant (ou cabinet habituel), ou en l'absence d'un médecin traitant désigné, ou encore s'ils sont « hors résidence » (tourisme, voyage d'affaire). Les patients connaissent maintenant bien ce système, mis en place 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 depuis mars 2020, en réponse à la crise sanitaire du Covid 19. Les médecins régulateurs fournissent selon les situations un conseil médical, proposent un rendez-vous auprès du Centre de Soins Non Programmés (CSNP) ou d'un médecin généraliste disponible (créneaux volontaires mis à disposition au sein d'un agenda partagé "CPTS rendez-vous") ou bien la visite d'un médecin de garde ou encore conseillent de se rendre aux urgences.

Toutes les consultations réalisées au sein des CSNP ou des Maisons Médicales de Garde (CAPS) sont régulées ; il n'y a aucun accès direct, comme cela peut parfois être le cas dans le 44 ou le 49.

Par ailleurs, les patients qui ne connaîtraient pas ce numéro et qui appelleraient le numéro d'urgence médicale, le 15, pour un motif de médecine générale, se voient rebasculer vers les

Médecins Généralistes Régulateurs (MGR). Ils répondent aux appels du 15/116117 selon un tri fait en amont par l'agent de régulation médicale (ARM).

J'ai également pressenti l'importance des plateformes de téléconsultation ou des cabines de téléconsultation installées dans les pharmacies pour ce motif de cystite. S'agissant de symptômes aigus et gênants, les patientes cherchent une solution facile et rapide d'accès, compatible avec leur vie active (travail, contraintes familiales, personnelles, etc).

Les patientes peuvent se tourner également vers un médecin généraliste non traitant, qui accepterait de les voir « en dépannage ».

Enfin, de nombreuses patientes se rendent en pharmacie pour obtenir des conseils et des médicaments sans ordonnance (préparation pharmaceutique à base de canneberge, homéopathie, etc).

3. Pourquoi cette limite dans la condition d'accès au protocole ?

L'accès au protocole de prise en charge de la cystite est limité aux patientes faisant partie de la patientèle médecin traitant d'un des médecins de la MSP. Les professionnels concernés par ce protocole (délégants et délégués) s'engagent à partager un logiciel commun afin que le délégué ait accès aux antécédents et allergies éventuels et renseignés dans le dossier médical de la patiente par le délégant. D'un point de vue de la sécurité de la prise en charge des patientes, il s'agit d'une garantie positive : pour toutes les patientes ayant du mal à retranscrire leurs problèmes de santé ou qui auraient oublié une réaction allergique à un médicament par exemple.

Or, en pratique, dans le cas de la MSP des Forges par exemple, le logiciel commun des professionnels de la MSP est le logiciel métier des médecins de la MSP, WEDA. Les délégués (pharmaciens et infirmiers) l'utilisent uniquement dans le cadre du protocole pour enregistrer une trace de l'inclusion dans le protocole et générer les ordonnances. De fait, les pharmaciens notamment rapportent avoir peu d'aisance à l'utilisation du logiciel et admettent ne pas y avoir recours pour rechercher des informations (antécédents, allergies).

De même, la prise en charge via le protocole est à comparer aux alternatives de prise en charge proposées aux patientes, notamment celles sans médecin traitant.

Lorsqu'une patiente fait appel à la régulation et qu'elle est adressée vers le Centre de Soins Non Programmés, un médecin généraliste qui n'est pas son médecin traitant, ou bien qu'elle est adressée vers les urgences, le médecin qui l'accueille n'a pas accès à ses antécédents ni allergies de manière exhaustive. De même lorsqu'elle fait appel à la téléconsultation via les plateformes sur internet ou les cabines en pharmacie, ses antécédents se résument à ce qu'elle connaît, déclare et comprend de son état de santé.

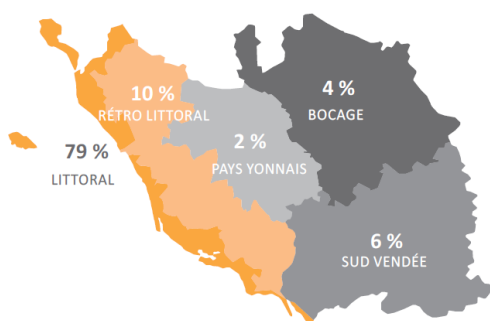
La condition de mise en œuvre du protocole au sein d'une même structure pluriprofessionnelle partageant un même logiciel afin de garantir un accès aux antécédents des patientes ne permet pas de répondre à la demande de prise en charge des patientes. Cette condition amène une sécurité notable dans la prise en charge mais elle est à mettre en parallèle avec la situation actuelle du système de soin en Vendée. L'accès aux soins de nombreuses patientes n'est pas garanti sur le plan de la qualité des soins et dans des délais acceptables, notamment pour celles sans médecin traitant mais aussi pour les vacancières. Le protocole dans de nombreuses situations semble offrir une meilleure prise en charge pour ces patientes.

F. Adaptation du protocole au département

1. Présentation du département

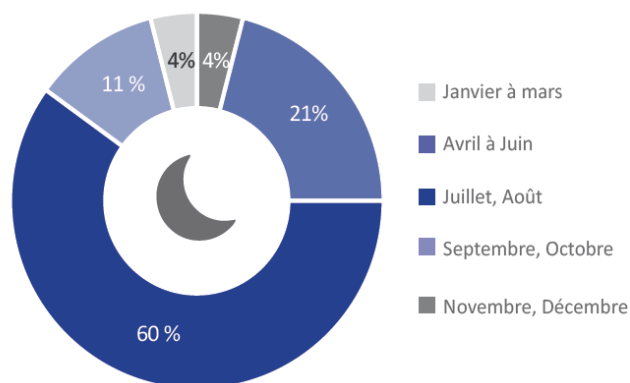
La Vendée est un département avec une forte activité touristique. C'est la 5^{ème} destination départementale en France en nombre de nuitées sur la fréquentation des hébergements collectifs touristiques en 2019 (hôtels de tourisme et campings). Cela représente 36,6 millions de nuitées touristiques sur l'année 2019 ; à 60% elles ont lieu sur les mois de juillet et août. Ces nuitées sont réparties de manière très inégale sur le territoire : 79% de l'activité touristique est située sur le littoral.(37)

► Répartition géographique des hébergements touristiques



Sources : Réseau des Offices de Tourisme (E-Sprit), INSEE, Atout France, Gîtes de France Vendée, Direction des services départementaux de l'éducation nationale, Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales - DGCL Dotations : Traitement Vendée Expansion

► Répartition mensuelle des nuitées touristiques



Insee-Dge, ORT et ses partenaires : Traitement Vendée Expansion
Sources : Cabinet F. Marchand, INSEE, Enquête de fréquentation touristique,

2. Quelle mise en place ?

Ces illustrations laissent à penser que le protocole, dans sa version ouverte à toute patiente, suivie ou non par un médecin traitant du secteur, serait pertinent principalement sur le littoral, en juillet et en août.

G. L'organisation des soins non programmés en Vendée

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un nouveau service d'orientation des patients dans leurs parcours de soin. « Pour le patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible, le SAS doit permettre d'accéder, à toute heure et à distance à un professionnel de santé » (38).

En Vendée, le SAS repose sur la collaboration entre les médecins urgentistes régulateurs de l'aide médicale d'urgence (AMU) via le 15 et les médecins généralistes régulateurs de l'A.D.O.P.S 85 (Association Départementale de l'Organisation de la Permanence des Soins des médecins généralistes de Vendée) via le 116117.

Depuis mars 2020, l'A.D.O.P.S 85 répond à la demande de soins non programmés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (cf Annexe 2 : Plaquette de présentation de l'A.D.O.P.S. 85). Depuis juillet 2022, l'accès aux différents services d'urgences en Vendée la nuit de 23h à 8h30 se fait via un appel auprès du service de régulation médicale : les patients n'ont plus d'accès direct aux urgences à ces heures-là, ils doivent être orientés aux urgences après avis d'un médecin régulateur.

1. La régulation médicale

En pratique, lorsqu'un patient situé physiquement en Vendée appelle le 15 ou le 116117, un agent de régulation médicale (ARM) lui répond. L'ARM est situé dans les locaux de la régulation médicale de Vendée, à l'hôpital de La Roche-sur-Yon. Il ouvre un dossier de régulation médicale en recueillant les informations administratives et médicales de la personne requérant des soins (qui peut être différente de la personne appelant) ou bien complète un dossier ouvert s'il y a déjà eu un appel dans les 48 dernières heures concernant cette même personne et pour le même motif.

Puis le patient est mis en communication avec un médecin régulateur, du 15 s'il s'agit d'une urgence vitale ou bien du 116117 s'il s'agit d'une demande de soin non vitale. Selon la situation, le médecin peut lui fournir :

- des conseils médicaux, une ordonnance par mail ou bien en la transmettant à la pharmacie de proximité après accord du pharmacien ou encore lui conseiller de recourir à une téléconsultation par ses propres moyens.
- un rendez-vous de consultation à proximité du patient : au CSNP le plus proche, ou bien avec un médecin généraliste dont une part de ses créneaux de consultation sont à disposition de la régulation (dits « créneaux CPTS », définis par la suite), ou encore auprès du médecin généraliste de garde du secteur
- une visite à domicile par un médecin généraliste de garde, dit médecin effecteur.
- la proposition de se rendre aux urgences par ses propres moyens ou via l'envoi d'une ambulance.

Les CSNP proposent des rendez-vous auprès de médecins généralistes vacataires ou d'internes en fin de cursus de médecine générale, aux patients adressés par la régulation médicale, tous les jours de la semaine. Il existe 6 centres actuellement en Vendée, qui sont situés à La Roche-sur-Yon, Luçon, Challans, Fontenay-le-Comte, les Sables d'Olonne et les Herbiers. Ces centres ont ouvert en 2022 et sont administrés par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Les CPTS « regroupent des professionnels différents – libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux – avec des compétences variées dans le but d'améliorer l'accès aux soins des usagers. [...] La CPTS a vocation à être la plus inclusive possible en rassemblant des acteurs du premier et du second recours, des établissements de santé, des EHPAD et autres structures médico-sociales voire sociales. La CPTS se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée. » (39)

Elles existent depuis 2019 suite à la signature d'un ACI, qui a permis d'apporter des financements à leur création. Il existait 243 CPTS en France début mars 2022 (40). Il en existe 427 en mars 2023 (41).

Les CPTS de Vendée organisent la gestion des « créneaux CPTS », qui sont des créneaux de consultation mis à disposition de la régulation. Ce système est basé sur le volontariat et bénéficie d'une rémunération en supplément de la consultation (GS 25€ + SNP 15€)

La disponibilité de ces différentes modalités de soins est variable selon l'heure et le jour de la semaine. L'organisation temporelle des soins s'articule autour de deux axes : la continuité et la permanence des soins ambulatoires.

2. La continuité des soins ambulatoires

Du lundi au vendredi, de 8h à 20h, et le samedi matin de 8h à 12h, les cabinets médicaux sont supposés répondre à la demande de soins non programmés de leur patientèle médecin traitant et éventuellement celle de patients sans médecin traitant selon leurs disponibilités (dit consultations de « dépannage »). Il s'agit de la Continuité des Soins Ambulatoires (CSA). Les demandes de soins non programmés qui ne sont pas pourvues via les cabinets médicaux, sont gérées par la régulation médicale de jour. Celle-ci oriente le patient selon la situation vers son médecin traitant si celui-ci n'a pas essayé de le joindre, un créneau volontaire dans un autre cabinet ou bien un CSNP, les urgences ou lui fournit des conseils.

3. La permanence des soins ambulatoires

Le samedi de 12h à 20h et le dimanche de 8h à 20h, ainsi que toutes les nuits de 20h à 8h, les cabinets médicaux sont fermés. Les demandes de soins non programmés sont reçues par les urgences et par la régulation médicale. Il s'agit de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), qui se divise en PDSA de jour (les samedis de 12 à 20h et les dimanches de 8h à 20h) et PDSA de nuit (toutes les nuits de 20h à 8h).

La PDSA s'organise en secteurs de garde. En 2022, on décompte 15 secteurs sur la Vendée. Cette sectorisation est différente en période de nuit profonde, de minuit à 8h. Une réforme de la sectorisation est en cours et devrait s'appliquer début 2024, pour agrandir les secteurs, diminuer leur nombre et se calquer sur les CPTS. (cf Annexe)

Sur chaque secteur, un médecin généraliste est de garde : il effectue des consultations ainsi que des visites à domicile. Sur les gros secteurs, deux médecins sont de garde : l'un fait les consultations et l'autre les visites. Les consultations ont lieu à la Maison Médicale de Garde (MMG), autrement appelé Centre d'Accueil de la Permanence des Soins (CAPS), ou bien dans le cabinet médical du médecin. Il existe 4 CAPS en Vendée : La Roche-sur-Yon, Montaigu, Les Sables d'Olonne et Noirmoutier. D'autres sont en réflexion dans les prochaines années (Fontenay-le-Comte et Challans).

La nuit profonde, de minuit à 8h, seuls les médecins mobiles sont en activité. Il existe 3 secteurs pour les médecins mobiles (M1, M2 et M3), qui couvrent toute la Vendée : Les Sables d'Olonne, La Roche-sur-Yon et Fontenay le Comte ; le secteur de la côte se divise en deux l'été afin de faire face à l'affluence touristique (M1 Nord et M1 Sud). (cf Annexe 4 : Cartographie des secteurs de garde de Vendée)

II. Méthodes

A. Résumé de l'étude

1. Justification

Les résultats de la mise en place du protocole de prise en charge de la cystite aux Forges ont été assez décevants. Ce protocole semble être à priori bien plus pertinent sur la période d'été et sur le littoral Vendéen dans sa version adaptée, c'est-à-dire ouvert à toutes patientes, ayant ou non un médecin généraliste localement. Mais on peut également se demander dans quelle mesure il serait intéressant de le mettre en place pour toute la Vendée et effectif à l'année au vu d'une population grandissante qui n'a plus de médecin traitant.

J'ai voulu vérifier la pertinence de ces deux propositions. J'ai donc eu l'idée de recueillir le nombre d'appels à la régulation en Vendée qui seraient éligibles au protocole cystite et de les cartographier. J'ai pensé faire ce recueil sur deux périodes afin de les comparer : juillet et août, au plus fort de l'activité touristique puis novembre et décembre, période de creux sur le plan de l'affluence touristique.

J'aurais voulu recueillir les données des plateformes de téléconsultation afin d'affiner mon évaluation de la population éligible au protocole en Vendée. Lors de ma tentative de recueil de données dans ce cadre, je me suis confrontée à deux difficultés principales : la multiplicité des plateformes (il existait plus de 40 plates-formes de télémédecine en octobre 2021 selon un rapport du Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine(42)) et la prise de contact complexe avec une réorientation systématique de ma demande vers un démarchage commercial de leur part. J'ai donc abandonné cette idée et me suis concentrée sur le recueil auprès de la régulation médicale.

2. Question de recherche

Quelle est la répartition géographique en Vendée des appels auprès de la régulation médicale (soit le 15 et le 116117) par des patientes qui relèveraient du protocole national de coopération de la HAS localement adapté pour la prise en charge de la cystite par IDE ou pharmaciens d'officine, sur la période été 2022 et sur la période hiver 2022 ?

3. Objectif principal

Evaluer le nombre de patientes qui ont contacté la régulation entre le 1^{er} juillet et le 31 août 2022 d'une part et le 1^{er} novembre et le 31 décembre 2022 d'autre part, pour des signes fonctionnels urinaires et qui, après consultation de leur dossier médical, sont éligibles au protocole national de coopération de prise en charge de la cystite.

4. Objectifs secondaires

Recueillir la répartition géographique des appels.

Analyser la répartition géographique des appels proportionnellement au nombre d'habitants.

Rendre compte de la répartition temporelle des appels.

Recenser la nature des prises en charges.

Evaluer quelle part d'activité cela représente pour la régulation.

5. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle.

Cette étude remplit les critères de la méthodologie de référence MR-004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (43).

B. Modalités du recueil

Il s'agit d'un recueil de données extraites du logiciel de la régulation médicale de Vendée, Centaure.

J'ai bénéficié de l'aide du responsable des assistants de régulation médicale, M. FICHET Kevin pour effectuer le recueil des données.

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les recours susceptibles de correspondre à des patientes éligibles au protocole. Dans un deuxième temps, j'ai consulté tous les dossiers sélectionnés afin de conclure à une éligibilité ou non au protocole.

1. Sélection des dossiers

Nous avons restreint aux recours entre le 01/07/2022 et 31/08/2022 puis entre le 01/11/2022 et le 31/12/2022.

Il s'agit de 2 périodes représentatives de l'année : période estivale avec un afflux touristique important et période "de base" avec la population résidentielle habituelle.

Afin de ne conserver que les motifs pouvant correspondre à un tableau de cystite, nous avons identifié les codages CIM-10 compatibles. En effet, les agents de régulation et les médecins régulateurs classent leurs dossiers selon la classification internationale des maladies ; il existe un codage spécifique pour la régulation médicale au niveau national.

J'ai pu dès la sélection des dossiers noter que ce codage était effectué systématiquement pour chaque dossier par les ARM, sous l'appellation « CIM-10 interrogatoire » alors que les médecins codaient à raison d'une fois sur deux environ, sous l'appellation « CIM-10 bilan ». En effet, pour les premiers, le codage est contraignant pour clôturer leur partie du dossier et ne l'est pas pour les seconds.

Le codage se fait sous forme d'arborescence, par systèmes puis maladies ou symptômes spécifiques (par exemple, système « urologie-appareil génital », maladie « hématurie »). Il est possible de coder aussi bien un système qu'une maladie ; cela demande quelques clics de souris supplémentaires de coder la maladie donc le système est codé le plus souvent.

Nous avons décidé d'inclure tous les dossiers dont le codage « CIM-10 interrogatoire » et/ou « CIM-10 bilan » correspondait à des motifs pouvant correspondre à la cystite.

En pratique, les codages « CIM-10 interrogatoire » inclus sont : urologie – appareil génital, dysurie – douleur miction, hématurie, symptômes génito-urinaires, oligo-anurie.

Les codages « CIM-10 bilan » inclus sont : urologie – appareil génital, cystite, hématurie, pyélonéphrite, dysurie – douleur mictionnelle, brûlure génito-urinaire.

J'ai recueilli pour chacun de ces dossiers sélectionnés les informations suivantes : le numéro de dossier, la date et l'heure de l'appel, le prénom (pour assigner le sexe si non renseigné), le sexe, l'âge, la commune de l'appel, les CIM-10 « interrogatoire » et « bilan », le « devenir de la victime » et la « décision médicale ».

J'ai illustré la suite de ma démarche sur les diagrammes de flux ci-dessous, selon les étapes suivantes :

- Exclusion des hommes.
- Assignation signé homme ou femme aux dossiers pour lesquels le sexe n'était pas renseigné, basé sur le prénom.
- De nouveau, exclusion des hommes.
- Exclusion des femmes de moins de 16 ans et de plus de 65 ans.
- Exclusion selon les codages « CIM-10 bilan » (codages remplis par les médecins régulateurs) lorsqu'ils semblaient très éloignés du motif de cystite et/ou qu'ils avaient peu de chance d'avoir été codés par erreur du fait de l'arborescence du codage.
- Exclusion selon les paramètres « devenir de la victime » et « décision médicale » tout transport ou adressage vers les urgences

Je n'ai pas utilisé les codages CIM-10 rentrés par les ARM pour l'exclusion des dossiers.

2. Recueil des données dans les dossiers

J'ai consulté les dossiers médicaux restants (575 pour la période d'été et 354 pour la période d'hiver) sur le logiciel Centaure, à la régulation médicale, afin d'établir leur inclusion ou non au protocole. J'ai repris et adapté pour cela les critères d'éligibilité au protocole : SFU, fièvre, douleur lombaire, douleur abdominale, vomissement, grossesse, IU récidivantes, ATCD.

J'ai détaillé dans SFU s'il s'agissait de brûlures urinaires, pollakiurie ou hématurie. J'ai également retranscrit les mots utilisés par l'ARM ou le médecin régulateur pour décrire la situation sous l'intitulé « mots-clés » et « cystite » si le mot apparaissait tel quel. J'ai noté les prises en charge proposées sous l'intitulé « prescription », allant du conseil à la prescription de médicaments via l'envoi d'une ordonnance au pharmacien. A noter, je n'ai pas eu accès aux prescriptions des médecins régulateurs, je me suis basée sur les informations notées dans l'observation médicale.

Pour chaque paramètre, j'ai renseigné 1 si présence, 0 si absence et j'ai laissé une case vide si l'information n'avait pas été relevée. J'ai pris en compte les données renseignées par le médecin régulateur et par l'ARM, si non contredites par le médecin.

J'ai voulu recueillir la donnée « médecin traitant » (MT), mais le paramètre n'était pas assez renseigné dans les dossiers pour pouvoir l'exploiter. Depuis la mise en place du SAS et l'arrivée des organisateurs de soins non programmés (OSNP), cet item est systématiquement renseigné sur la période de continuité des soins. Sur la PDSA, les médecins régulateurs ne sont pas assistés par des OSNP et l'existence d'un MT déclaré est moins utile.

3. Eligibilité au protocole

Afin d'établir l'éligibilité, j'ai choisi en critères de non inclusion la présence d'un des paramètres suivants :

- Fièvre
- Enceinte
- Traitement dans les 15 jours par ATB pour cystite
- Evocation d'un autre diagnostic dans la conclusion du médecin régulateur.

Au contraire, j'ai inclus systématiquement lorsque le médecin concluait à cystite ou qu'il proposait de faxer une ordonnance de traitement correspondant à la prise en charge de la cystite.

C. Traitement des données

1. Caractéristiques

J'ai trié les dossiers inclus par âge puis je les ai représentés selon des tranches d'âge de 5 ans afin d'illustrer leur répartition.

2. Répartition temporelle

Il m'a paru pertinent de mettre en image la répartition temporelle des recours pour cystite. J'ai effectué un tri des recours selon le jour et l'heure puis je les ai représentés en fonction des jours de la semaine puis de l'organisation des soins :

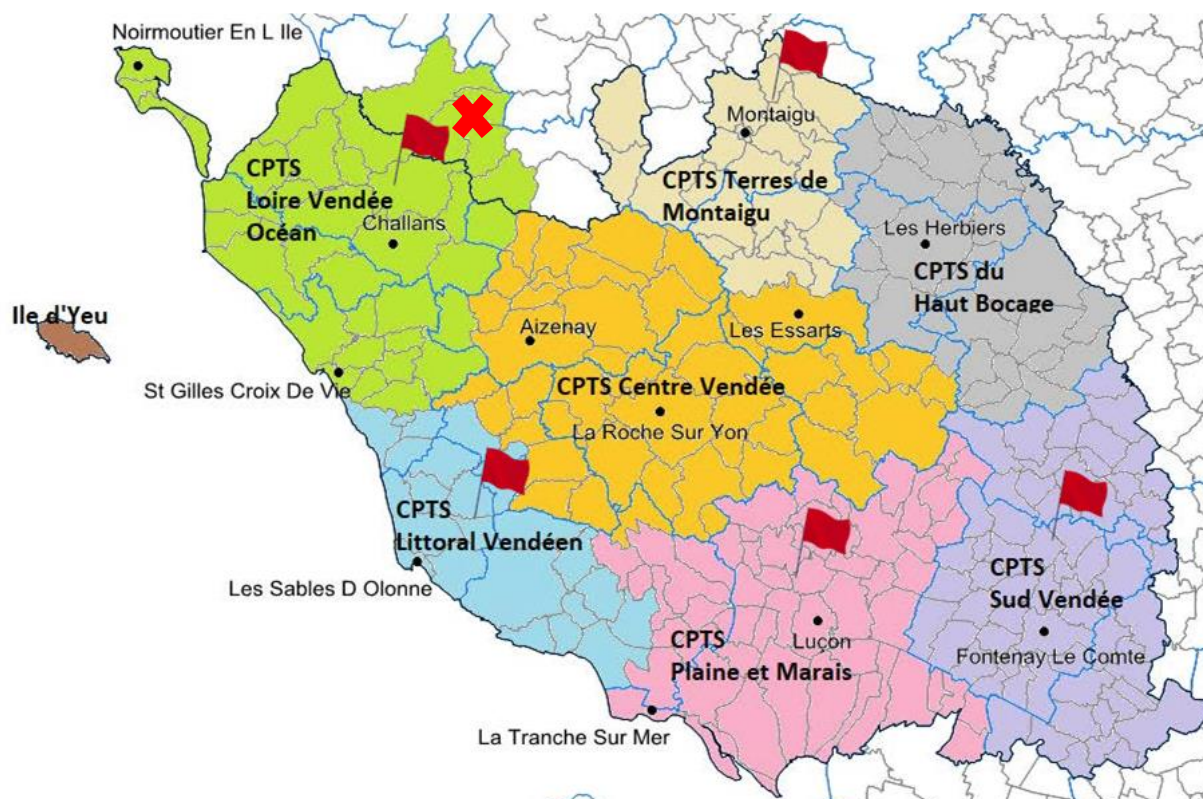
- Continuité des soins ambulatoires : du lundi au vendredi de 8h à 20h
- Permanence de soins ambulatoires de jour : le samedi de 12h à 20h et le dimanche (et jours fériés) de 8h à 20h
- Permanence de soins ambulatoires de nuit : de 20h à 8h

J'ai également représenté la répartition temporelle selon l'organisation des soins spécifiquement sur le weekend.

3. Répartition géographique

a) Cartographie

Carte des CPTS de la Vendée



J'ai choisi d'illustrer la répartition géographique des données selon la carte des CPTS. En effet, l'organisation des soins non programmés sur le territoire relève notamment des CPTS et particulièrement pour la mise en place de tels protocoles s'ils devaient se généraliser.

Voici ci-contre la carte des CPTS de la Vendée qui m'a servi de support d'illustration. On peut voir que la Vendée est découpée en 7 CPTS.

L'île d'Yeu n'est pas une CPTS. Cependant, elle correspond à un territoire défini et non inclus dans les autres CPTS de la Vendée, je l'ai donc considérée comme telle afin d'en exploiter les données. A noter, le fonctionnement sur l'île est un peu à part, avec de nombreuses présentations spontanées des patients à l'hôpital local et une régulation sur place par une infirmière d'accueil et d'orientation.

On peut noter également que la CPTS Loire Vendée Océan est à cheval sur deux départements, la Vendée et la Loire Atlantique. Mon recueil de données n'a inclus que les patients appelant depuis la Vendée, j'ai donc exclu la population des 5 communes de la CPTS LVO situées en Loire Atlantique (zone avec la croix rouge) pour la suite de mes calculs.

A noter que les drapeaux rouges n'ont pas été ajoutés par mes soins, mais étaient préexistants. Ils ne sont pas à prendre en compte pour la compréhension de mes résultats.

b) Démographie

Sur le plan démographique, les CPTS de Vendée sont de tailles très différentes. J'ai pu obtenir les données de l'INSEE de 2014 à 2018, via différentes sources.

Le plus petit territoire et de très loin est l'île d'Yeu avec 4 771 habitants (44) ; puis la CPTS Plaine et Marais avec 66 655 (45), suivie de près par la CPTS Sud Vendée 66 830 (46) ; ensuite la CPTS Haut Bocage avec 88 066 habitants (47), suivie de la CPTS Littoral Vendéen avec 90 060 habitants (d'après la somme des habitants de toutes les communes la composant) ; enfin les deux plus grosses CPTS en terme de population sont la CPTS Loire Vendée Océan avec 119 761 (après exclusion des 5 communes situées en Loire Atlantique) (48) et la CPTS Centre Vendée avec 176 586 habitants (49).

Grace à ces données, j'ai calculé le nombre d'appels pour 10 000 habitants afin d'évaluer l'intensité du recours pour cystite proportionnellement au nombre d'habitants.

4. Part de l'activité de la régulation

J'ai calculé le nombre d'appels que cela représentait par jour.

J'ai recueilli le nombre d'appels total pour chaque période auprès de la régulation afin de calculer la part d'activité que la cystite représente.

5. Nature des prises en charges

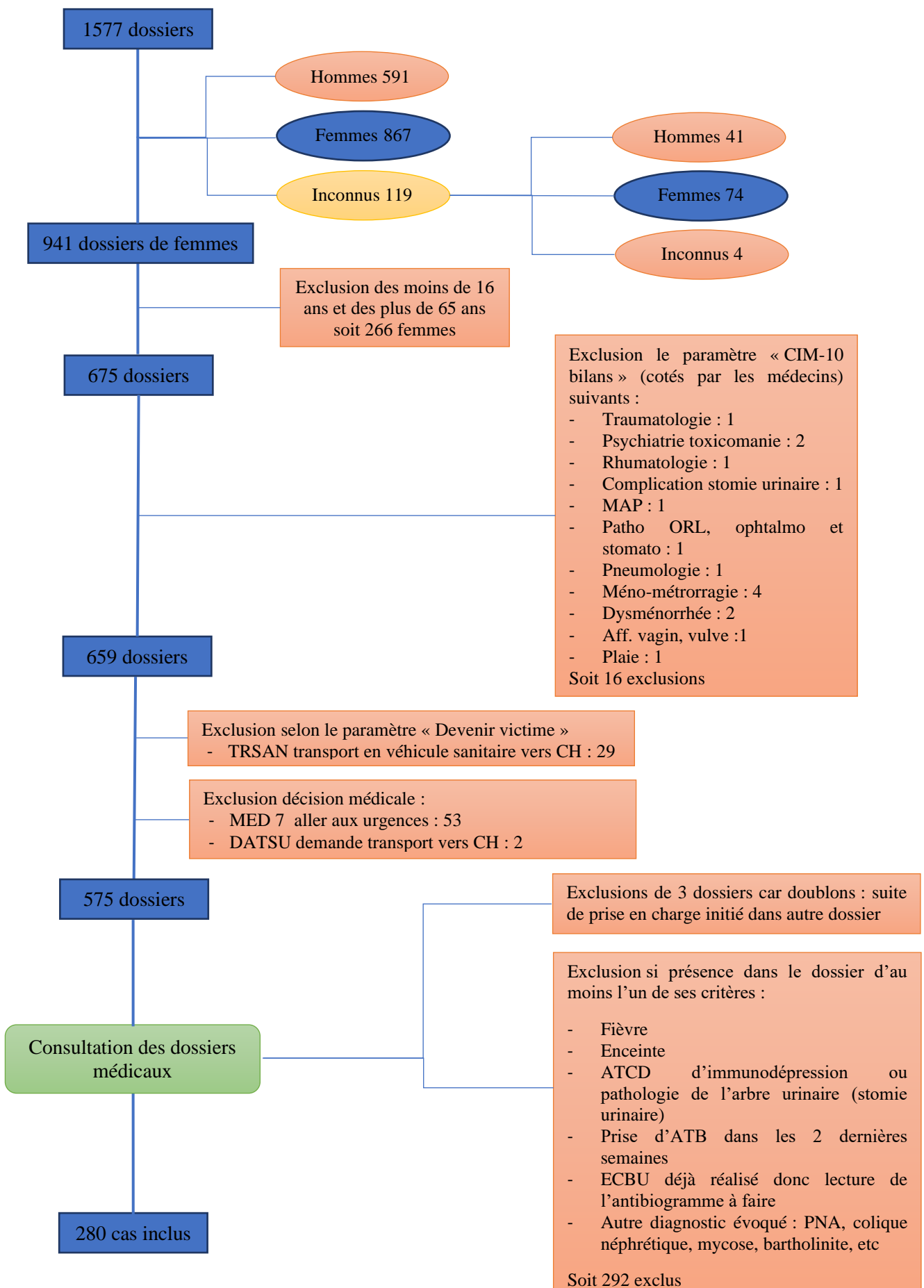
Grace à la nature des données que j'ai recueillies, notamment sous les intitulés « mots clés » et « traitement prescrit », j'ai pu observer des pratiques sur les cas inclus telles que :

- La nature des traitements délivrés par les pharmaciens, rapportés par les patientes lors de l'interrogatoire
- Le nombre d'appels redirigés vers une téléconsultation
- Le nombre de cystites traitées par Fosfomycine
- Le nombre de cystites traitées par Pivmecillinam
- Le nombre de cystites pour laquelle un ECBU est prescrit avec ou sans traitement
- La nature des conseils fournis par les médecins régulateurs

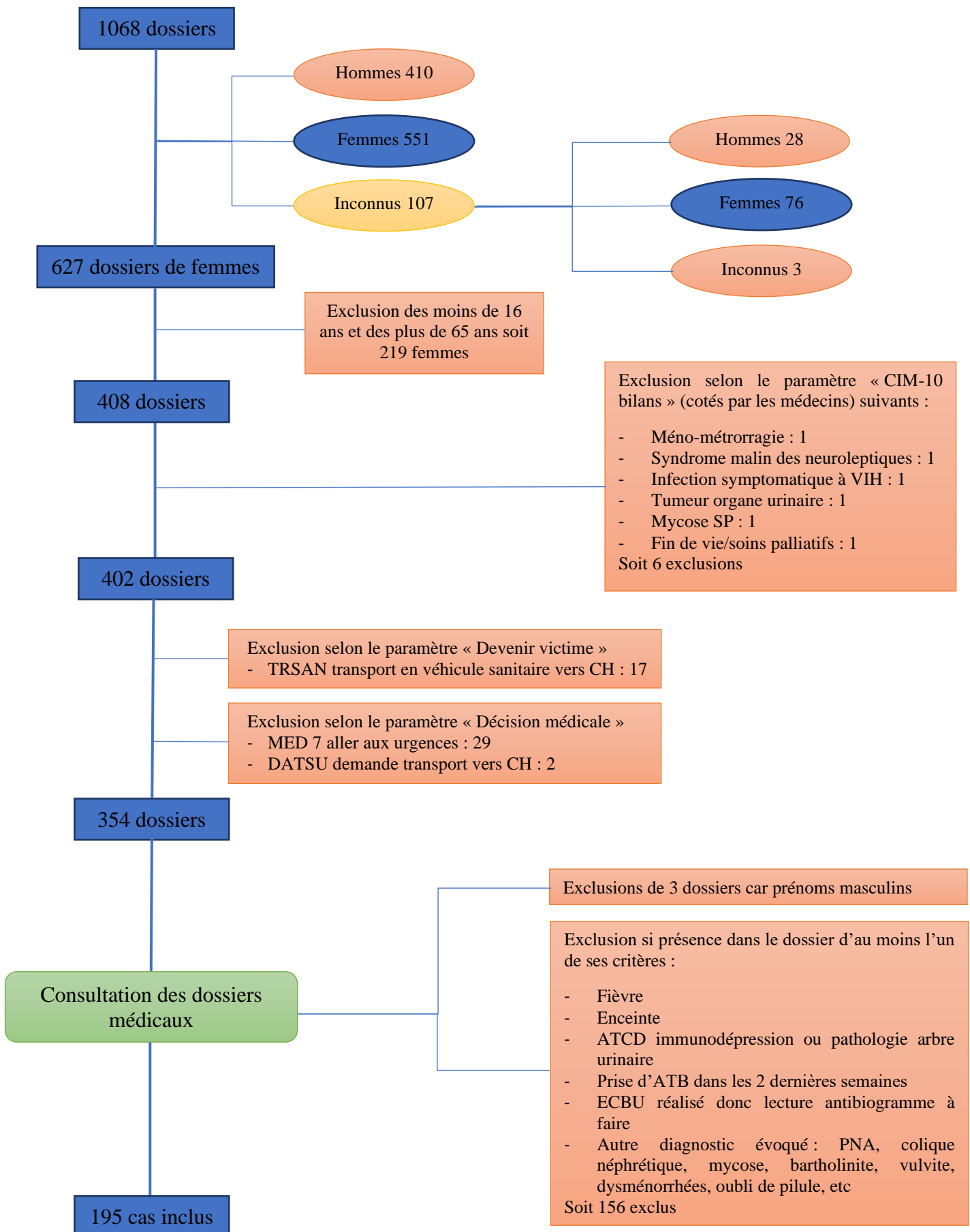
III. Résultats

Mon recueil de données m'a permis d'établir un nombre de patientes éligibles au protocole de coopération de prise en charge de la cystite, en Vendée. Ainsi j'ai comptabilisé 280 patientes éligibles sur la période d'été (du 01/07 au 31/08/2022) et 195 sur la période d'hiver (du 01/11 au 31/12/2022).

A. Diagramme de flux de la période été 2022, soit du 01/07/2022 au 31/08/2022

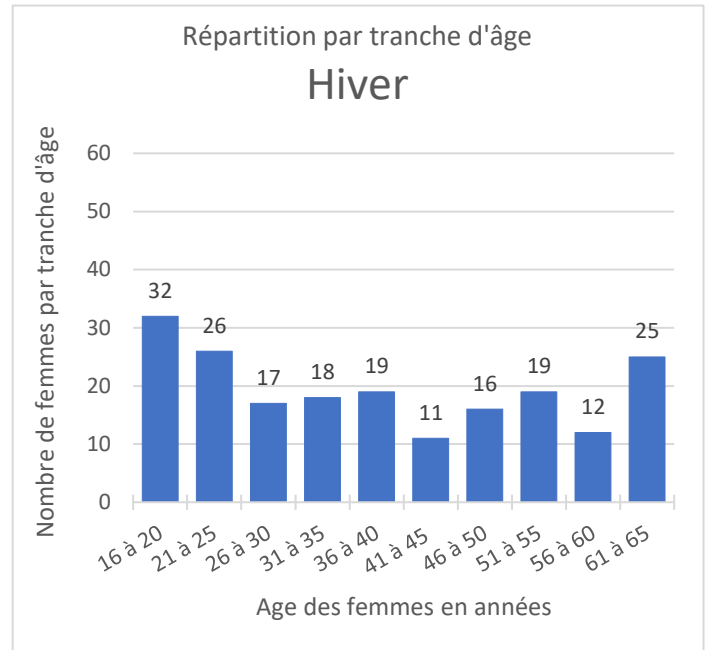
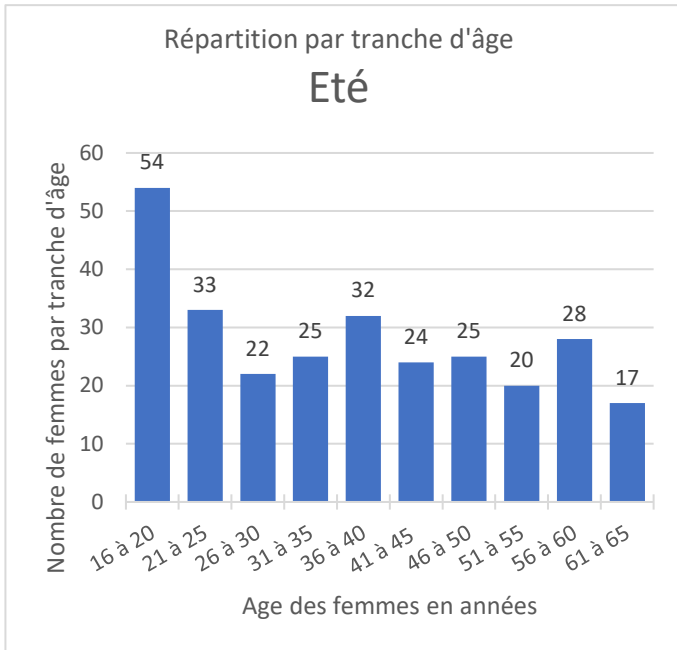


B. Diagramme de flux de la période hiver 2022, soit du 01/11/2022 au 31/12/2022



C. Caractéristiques de la population

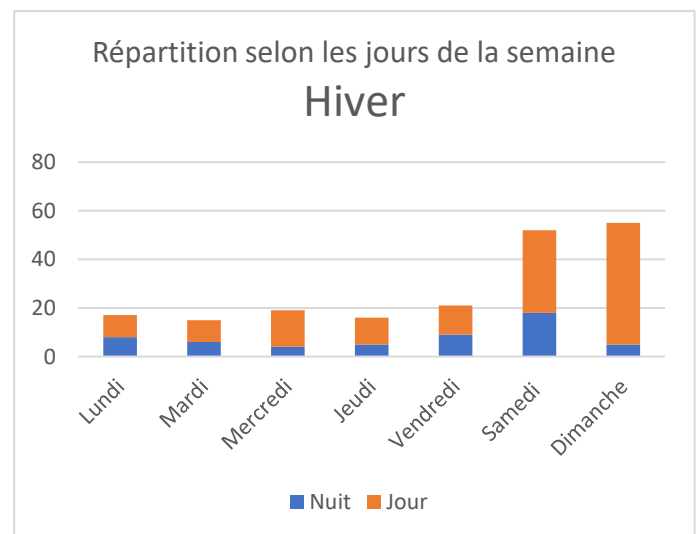
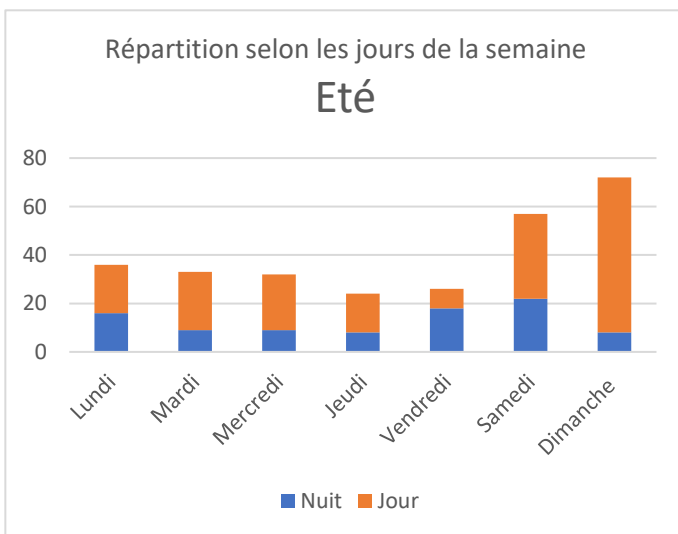
Voici la répartition par tranche d'âge des patientes éligibles au protocole. La moyenne d'âge est de 37,1 ans l'été et 38,4 l'hiver.



D. Répartition temporelle

1. Selon les jours de la semaine

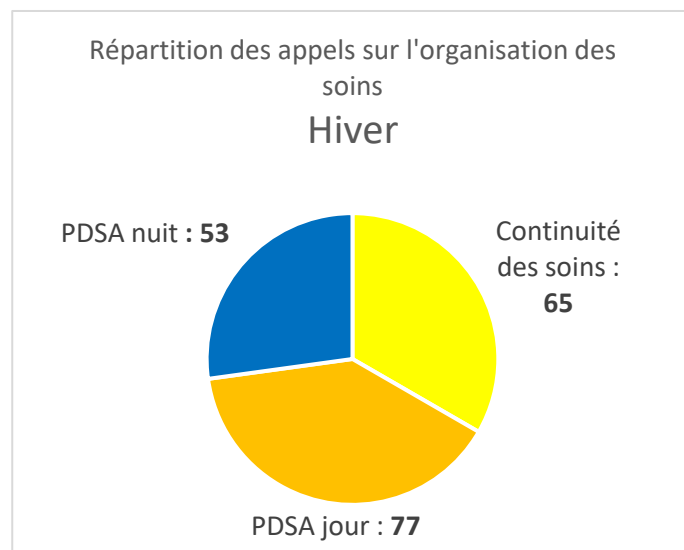
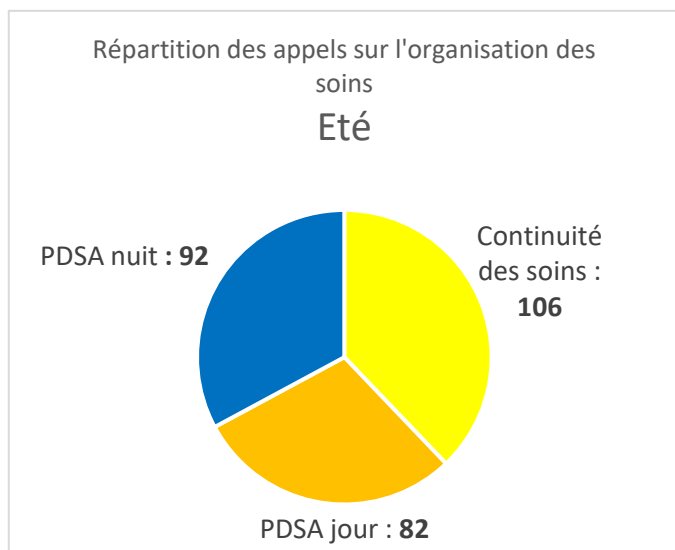
Voici la répartition des appels selon les jours de la semaine. Les jours fériés ont été comptés comme des dimanches et les nuits veilles de jours fériés comme des samedis nuits.



2. Selon l'organisation des soins

J'ai choisi de représenter la répartition horaire des appels selon l'organisation des soins :

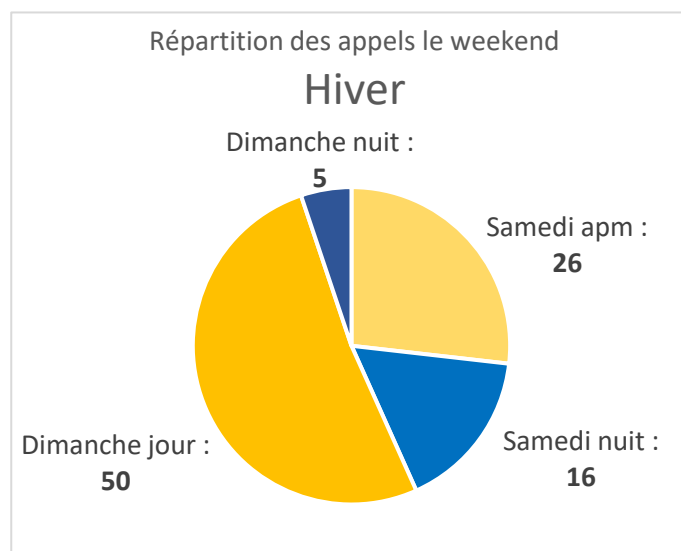
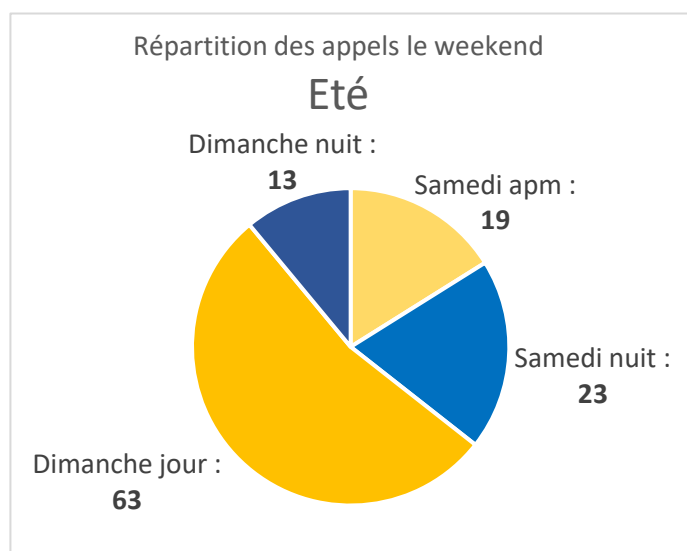
- Continuité des soins : du lundi au vendredi de 8h à 20h
- Permanence de soins ambulatoires de jour : le samedi de 12h à 20h et le dimanche de 8h à 20h
- Permanence de soins ambulatoires de nuit : de 20h à 8h



3. Les weekends

J'ai illustré la répartition des appels spécifiquement sur les weekends.

- Le samedi après-midi, de 12h à 20h (fait partie de la PDSA jour)
- Le samedi nuit (et les veilles de jours fériés), de 20h à 8h (fait partie de la PDSA nuit)
- Le dimanche jour (et les jours fériés), de 8h à 20h (fait partie de la PDSA jour)
- Le dimanche nuit, de 20h à 8h (fait partie de la PDSA nuit)

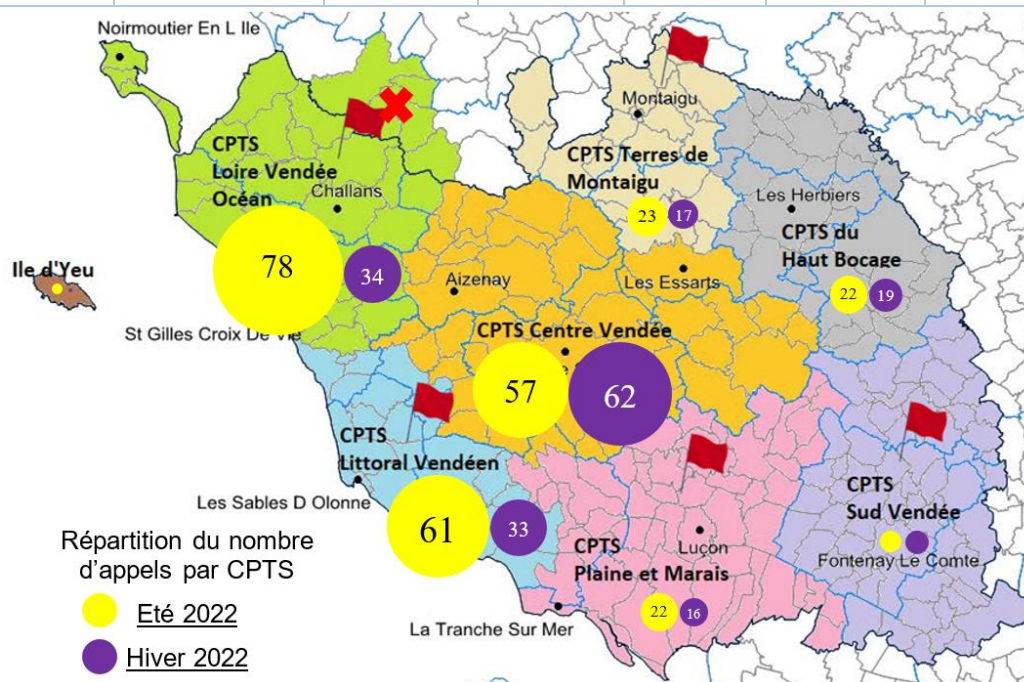


E. Répartition géographique

1. Nombre d'appels par CPTS

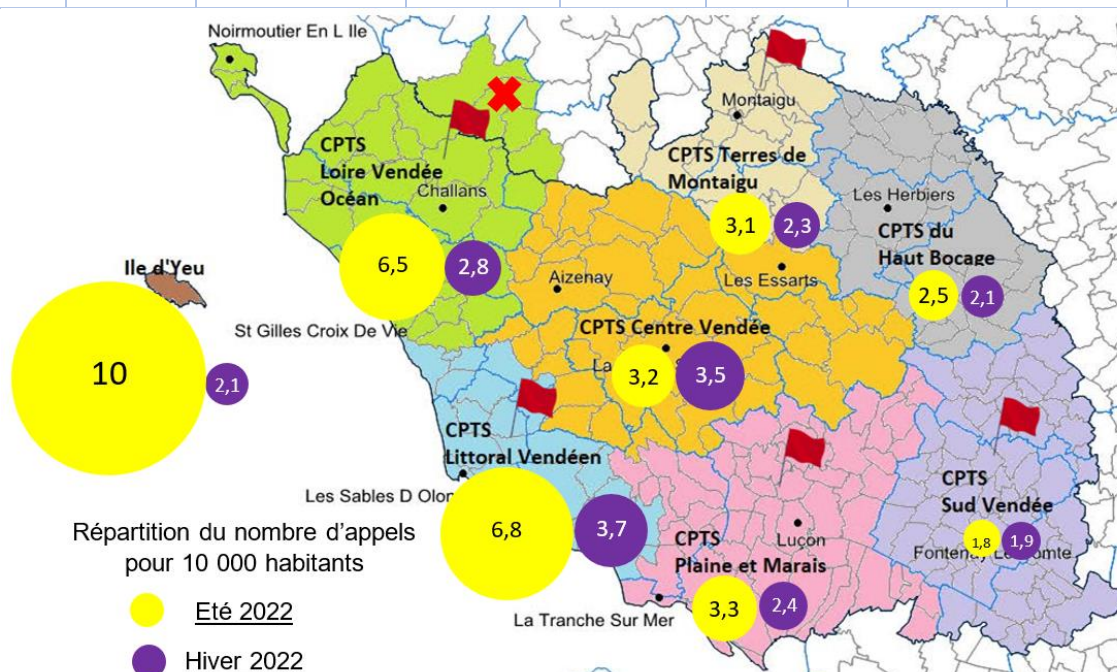
Cette carte illustre le nombre d'appels par CPTS, renseignés dans le tableau ci-dessous, avec une comparaison entre la période d'été en jaune et la période d'hiver en violet.

| | Ile d'Yeu | Loire Océan | Vendée | Littoral Vendéen | Centre Vendée | Plaine et Marais | Terres de Montaigu | Haut Bocage | Sud Vendée |
|--------------|-----------|-------------|--------|------------------|---------------|------------------|--------------------|-------------|------------|
| Eté | 5 | 78 | | 61 | 57 | 22 | 23 | 22 | 12 |
| Hiver | 1 | 34 | | 33 | 62 | 16 | 17 | 19 | 13 |



2. Nombre d'appels pour 10 000 habitants

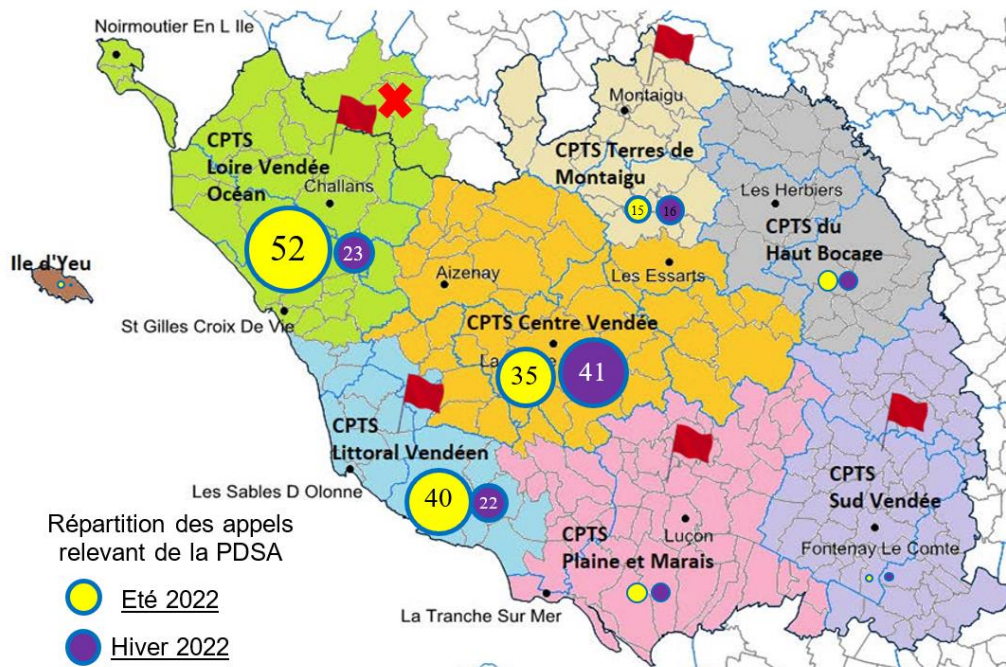
| | Ile d'Yeu | Loire Vendée Océan | Littoral Vendéen | Centre Vendée | Plaine et Marais | Terres de Montaigu | Haut Bocage | Sud Vendée |
|--------------|-----------|--------------------|------------------|---------------|------------------|--------------------|-------------|------------|
| Eté | 10,5 | 6,8 | 6,8 | 3,2 | 3,3 | 3,1 | 2,5 | 1,8 |
| Hiver | 2,1 | 2,8 | 3,7 | 3,5 | 2,4 | 2,3 | 2,1 | 1,9 |



F. Nombre d'appels sur la PDSA

Cette carte traduit le nombre d'appels par CPTS passés pendant les heures de la PDSA (soient toutes les nuits de 20h à 8h, et les weekends à partir de 12h le samedi).

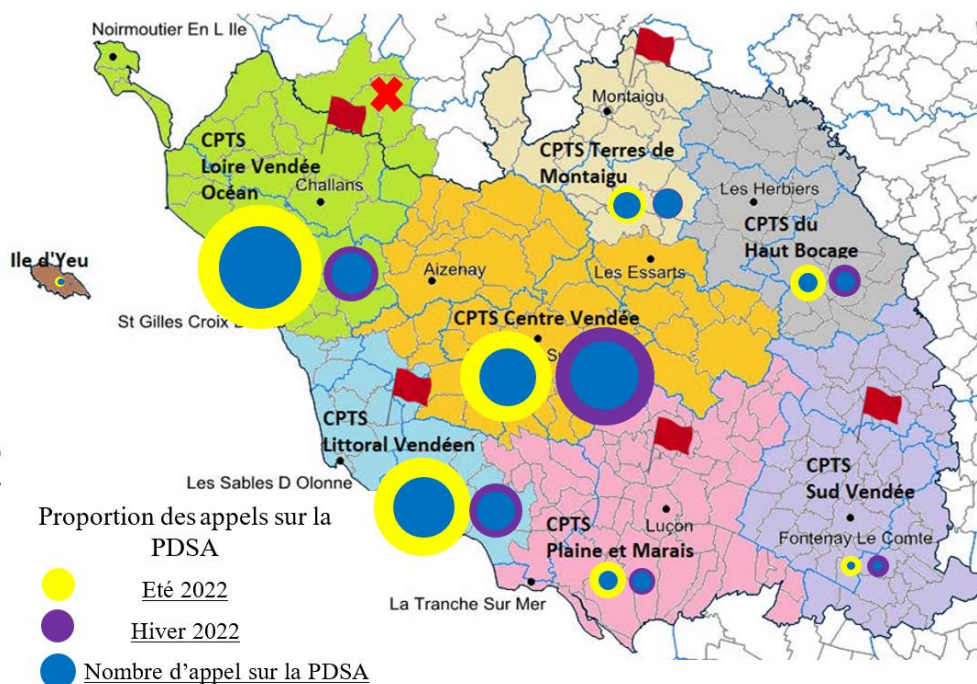
| | Ile d'Yeu | Loire Vendée Océan | Littoral Vendéen | Centre Vendée | Plaine et Marais | Terres de Montaigu | Haut Bocage | Sud Vendée |
|--------------|-----------|--------------------|------------------|---------------|------------------|--------------------|-------------|------------|
| Été | 4 | 52 | 40 | 35 | 12 | 15 | 12 | 4 |
| Hiver | 1 | 23 | 22 | 41 | 11 | 16 | 11 | 5 |



G. Proportion d'appels sur la PDSA

Cela illustre le nombre d'appels passés sur la PDSA rapporté au nombre d'appels total. L'été, sur la PDSA, il y a eu 164 recours, soit 58% des appels (164/280) ; l'hiver, 130 appels, soit 67% des appels (130/195).

| | Ile d'Yeu | Loire Vendée Océan | Littoral Vendéen | Centre Vendée | Plaine et Marais | Terres de Montaigu | Haut Bocage | Sud Vendée |
|--------------|-----------|--------------------|------------------|---------------|------------------|--------------------|-------------|------------|
| Été | 4/5 | 52/78 | 40/61 | 35/57 | 12/22 | 15/23 | 12/22 | 4/12 |
| Hiver | 1/1 | 23/34 | 22/33 | 42/62 | 11/16 | 16/17 | 11/19 | 5/13 |



H. Part de l'activité de la régulation médicale

En moyenne, sur toute la Vendée, le nombre d'appels auprès de la régulation médicale relevant du protocole s'élève à 4,5 par jour l'été et 3,2 l'hiver.

En prenant l'ensemble des recours de la régulation médicale, quel que soit le motif, les appels pour cystite éligibles au protocole représentent 0,25% des appels l'été (280/110 490) et 0,23% des appels l'hiver (195/84873).

I. Nature des prises en charges

Pour rappel, le compte des appels se fait sur 280 cas l'été et 195 l'hiver.

- Nombre d'appels redirigés vers la téléconsultation : 1 sur l'été et 3 sur l'hiver
- Nombre de cystites traitées par Fosfomycine : 37 (dont 3 avec ECBU préalable) l'été et 29 (dont 4 avec ECBU préalable) l'hiver
- Nombre de cystites pour laquelle un ECBU est prescrit avec ou sans traitement : 4 l'été et 12 l'hiver
- Nombre de cystites traitées par Pivmecillinam : 6 l'été et 1 l'hiver
- Autres traitements antibiotiques, proposés ponctuellement : Amoxicilline, Norfloxacin
- Conseils des régulateurs (du plus fréquent au moins fréquent) : Paracétamol, majoration de l'hydratation, Spasfon, bicarbonate, citron, Ibuprofène, boissons gazeuses, pas d'AINS
- Pratiques des pharmacies : délivrance de Cyscontrol, Aromasantis, produits à base de cranberries, Feminabiane, homéopathie, phytothérapie, Spasfon.

IV. DISCUSSION

A. Biais de l'étude

1. Biais de sélection

a) *Recours à la régulation médicale*

Les patientes que j'ai incluses sont celles ayant recours à la régulation médicale de Vendée seulement alors qu'il existe bien d'autres recours pour être prise en charge pour une cystite comme la téléconsultation via un site internet ou bien dans une cabine de téléconsultation dans une pharmacie, ou encore la consultation avec un médecin généraliste. Certaines patientes renoncent à une consultation médicale du fait d'un manque de solutions satisfaisantes ; elles peuvent recourir à l'automédication, prendre conseil dans une pharmacie, ou bien attendre que les symptômes passent. Ces patientes qui ont recours au soin via la régulation ont peut-être un profil différent de celles qui optent pour la téléconsultation par exemple.

En effet, je n'ai pas pu recueillir les recours auprès des plateformes de téléconsultation. Or elles sont très sollicitées pour ce motif : la plateforme Qare rapporte dans une thèse de 2021 un recours pour cystite à hauteur de 3 à 10% du nombre total de consultations en 2019 et 2020 selon les mois (50).

La moyenne d'âge des patientes de mon recueil est de 37,1 ans l'été et 38,4 ans l'hiver. La thèse sur la téléconsultation par la plateforme Qare a établi une moyenne d'âge de 36 ans pour les patientes consultant pour cystite simple (50). Sur le plan de l'âge, l'échantillon de population que j'ai utilisé semble comparable.

b) *Période du recueil*

La période du recueil que j'ai choisie est restreinte, bien qu'elle reflète deux périodes différentes en termes d'affluence touristique et dont on attend des différences en termes de données recueillies. Il existe donc un biais de sélection, qui pourrait être atténué en menant une étude sur une année entière. Cependant les informations recueillies me paraissent suffisantes pour adapter le protocole de manière pertinente.

2. Biais de classement

a) *Sélection des dossiers*

La sélection des dossiers selon le codage CIM-10 ne permet pas de prendre en compte les recours à la régulation pour cystite pour lesquelles il y aurait eu une erreur de codage.

Cependant, je n'ai pas utilisé les codages CIM-10 interrogatoires pour l'exclusion des dossiers afin de limiter ce biais de classement par erreur de jugement car ils sont effectués par les ARM.

b) *Eligibilité des dossiers*

J'ai inclus les recours sur lecture du dossier médical des patientes. Il ne s'agit pas de données exhaustives concernant leur situation médicale. J'ai donc pu faire des erreurs d'inclusion par manque d'information ou bien par erreur d'interprétation des données du dossier. J'aurais pu écouter la bande son de l'échange téléphonique, de chaque dossier médical, afin d'obtenir des informations plus précises. Cela m'aurait contrainte à diminuer la période du recueil devant l'augmentation importante du temps passé sur chaque dossier.

3. Effet de taille

Sur la carte des appels pour 10 000 habitants, on remarque particulièrement l'Ile d'Yeu avec ses 10 appels sur la période d'été. Il s'agit d'un effet de taille : la population de l'Ile d'Yeu est la plus faible de toutes les CPTS, avec un rapport de 1 à 37 par rapport à la CPTS la plus grande, la CPTS Centre Vendée. Les 10 appels pour 10 000 habitants pour l'Ile d'Yeu reflètent en réalité 5 appels donc on ne peut conclure à un recours pour cystite significativement plus important à l'Ile d'Yeu l'été proportionnellement à sa population.

B. Proposition d'adaptation du protocole national de coopération

1. Sur la base du protocole existant

Le protocole national de coopération de prise en charge de la cystite pourrait être conservé tel quel sur le plan de son contenu clinique. A noter que la réalisation du protocole, du début de l'interrogatoire à la délivrance d'un éventuel traitement et de conseils, prend environ une vingtaine de minutes selon les pharmaciens de la MSP des Forges.

La nature des professionnels de santé réalisant le protocole paraît très pertinente pour ce qui est du pharmacien, puisqu'il peut réaliser le protocole jusqu'à la délivrance de l'antibiotique, que les pharmacies sont réparties sur le territoire de manière très homogène et que les horaires d'accès sont très larges (de 8h30 - 9h à 19h30 - 20h).

La nécessité d'une pièce confidentielle et de toilettes accessibles au public pour la bonne réalisation du protocole peut constituer un frein actuellement pour certaines pharmacies.

Pour ce qui est de l'infirmier, l'organisation est très variable d'un cabinet à l'autre : il peut être disponible sur rendez-vous ou bien en accès direct, le plus souvent sur une permanence entre midi et deux ou bien le soir. Suite à la mise en œuvre du protocole auprès d'une patiente, la pharmacie doit être ouverte pour qu'elle puisse se procurer le médicament.

Se pose la question de la pertinence de la mise en œuvre par les IDE. En pratique, on voit dans le cas de la pharmacie des Forges, un seul cas a été effectué par les IDE et il s'agissait d'un proche d'une des infirmières.

Je propose de ne pas impliquer les IDE dans ce protocole pour 3 raisons : la faible opportunité de mise en œuvre augmente le risque d'erreur lors de la réalisation du protocole (moins on pratique, moins les compétences sont entretenues) ; la pharmacie, contrairement aux IDE, est un passage obligatoire pour la délivrance du traitement (à moins que les IDE aient l'autorisation de stocker et de délivrer les traitements du protocole) ; la communication auprès

des médecins régulateurs et des patientes seraient simplifiée si seules les pharmacies pratiquaient le protocole, car les horaires d'ouverture sont claires pour tous.

2. Elargissement de la cible

Les changements à opérer concernant le protocole se situent au niveau des conditions de sa mise en place. La condition d'être patiente du délégant est un frein majeur à son accès. Toute patiente doit pouvoir en bénéficier, qu'elle ait ou non un médecin traitant déclaré, et si elle en a un, qu'il exerce ou non sur le département.

Ainsi cela remet en question ce rapport de délégant – délégué. Cela parait difficile d'imaginer et peu pertinent, si le protocole était généralisé au niveau départemental, de demander à chaque médecin généraliste de déléguer en son nom la prescription au pharmacien d'à côté ou encore à un médecin volontaire de déléguer la prescription à tous les pharmaciens de Vendée.

Le pharmacien doit pouvoir dans le cadre du protocole être responsable de la prise en charge qu'il propose et donc avoir un droit de prescription, exclusivement réservé à ce cadre. La loi du 24 juillet 2019 (11) restreint cette dispensation sous protocole dans le cadre d'un exercice coordonné.

3. Adressage

L'accès au protocole se ferait selon 3 modalités :

- par la patiente spontanément
- adressée par le secrétariat du médecin généraliste, par une sage-femme, une infirmière scolaire (en lycée ou en étude supérieure), le secrétariat du Planning Familial
- adressée par le médecin régulateur.

Les consignes pour le secrétariat (ou bien la sage-femme, l'infirmière scolaire, le Planning Familial) seront de s'assurer que la patiente se plaint de brûlures mictionnelles et qu'elle a entre 16 et 65 ans.

Concernant le régulateur, on s'attend à ce qu'il oriente les patientes vers le protocole de manière plus ciblée. Pour cela, il réalisera par téléphone la partie interrogatoire du protocole afin de s'assurer que la patiente n'a pas de critère d'exclusion a priori. Deux critères doivent faire l'objet d'une vigilance particulière : la présence de douleurs lombaires spontanées et/ou d'une fièvre objectivée doivent orienter vers une évaluation médicale clinique.

4. En cas de nécessité de reconsulter

Si le pharmacien conclut à une non inclusion au protocole, la patiente doit en priorité être orientée vers son médecin traitant si elle en a un. Le pharmacien contacte le secrétariat du médecin pour fixer un rendez-vous dans un délai raisonnable.

Si le médecin traitant n'est pas disponible, ou bien que la patiente n'a pas de médecin traitant, le pharmacien doit contacter la régulation médicale afin de trouver une prise en charge adéquate : rendez-vous au CSNP, rendez-vous sur un créneau CPTS, rendez-vous avec un médecin de garde du secteur, envoi d'une ordonnance ou encore orientation vers les urgences.

Si la patiente reste symptomatique après 48h, ou encore si de la fièvre et/ou une douleur lombaire apparaît dans les 24h, le pharmacien aura transmis à la patiente l'information de contacter son médecin traitant ou, à défaut, la régulation.

5. Accès d'un point de vue géographique

D'après mes résultats, la priorité de la mise en place du protocole est sur les CPTS Loire Vendée Océan, Littoral Vendéen et Centre Vendée, au vu de la demande forte dans ces territoires. En effet, à elles trois elles représentent 70% des appels l'été et 66% l'hiver pour la régulation, alors qu'elles constituent 56% de la population de Vendée. Cela offrirait aux médecins régulateurs une solution de prise en charge de qualité et facile d'accès pour tous ces appels.

Cependant, il paraît pertinent de le généraliser au département entier pour plusieurs raisons.

Le nombre d'appels proportionnellement au nombre d'habitants dans les 4 autres CPTS varie de 1,8 à 3,3 l'été et de 1,9 à 3,1 l'hiver. Ce qui reste comparable à celle du Centre Vendée, qui est 3,1 l'été et 3,5 l'hiver. Le faible nombre d'appels en valeur absolue pour la régulation dans ces 4 territoires témoigne d'une faible densité de population et non d'une demande significativement plus faible de la part de la population. La généralisation permettrait d'offrir un accès égal au soin pour tous les habitants de Vendée.

En outre, le médecin régulateur aura plus de facilités à mettre en œuvre le protocole s'il est généralisé car il n'aura pas à se demander de quelle CPTS appelle la patiente, et si elle n'est pas couverte par le protocole mais limitrophe, s'il peut quand même l'envoyer sur une pharmacie située sur une CPTS pratiquant le protocole.

Pour la communication auprès des patientes, une généralisation permettrait une plus grande lisibilité, les patientes n'ayant pas connaissance du découpage du département en CPTS.

6. Accès d'un point de vue temporel

Les pharmacies étant accessibles la journée en semaine et les samedis de 9h à 19h30, voire de 8h30 à 20h pour certaines, les appels passés sur la continuité des soins et les samedi après-midi sont aisément pris en charge. Cela représente selon les données que j'ai recueillies 106 appels l'été et 65 l'hiver, passés entre 8h et 20h, du lundi au samedi.

Les appels relevant de la PDSA représentent 62% des appels l'été et 67% l'hiver. Il faut donc réfléchir à une accessibilité du protocole pour ces patientes-là.

- Comme vu précédemment, les appels du samedi après-midi peuvent être reçus jusqu'à 19h30, voire 20h selon les pharmacies. Cela représente 26 appels sur l'été et 19 sur l'hiver, sur la Vendée.
- Les appels de nuit du lundi au vendredi et le dimanche peuvent être reçus à la pharmacie le lendemain matin, à partir de 8h30, voire 9h selon les pharmacies. Cela représente 69 appels l'été et 37 l'hiver.
- Les appels du samedi nuit (à partir de 20h) et du dimanche matin (de 8h à 12h) peuvent être pris en charge le dimanche matin auprès de la pharmacie de garde. Les pharmacies de garde ouvrent le dimanche matin, avec sur place un pharmacien et un ou deux préparateurs en pharmacies. Alors que l'après-midi, le pharmacien est seul et ne permet un accès que via le guichet de garde. Les conditions de sécurité semblent donc réunies pour

une réalisation du protocole le dimanche matin, selon les pharmaciens de la MSP des Forges. Cela représente 46 appels l'été et 40 l'hiver.

- Restent les appels du dimanche (et jours fériés) passés l'après-midi, entre 12h et 20h, qui sont au nombre de 40 l'été et 26 l'hiver. Quelle prise en charge proposer ?
 - o Attendre jusqu'au lendemain matin
 - o Ou bien avoir accès aux pharmacies les dimanches après-midi sur la base du volontariat des pharmacies et auto-déclaration de cet accès auprès de la régulation en début de garde.
- La question pourrait se poser également pour les appels de 20h à minuit, en semaine et les weekends : selon les situations, orientation sur la pharmacie de garde ou bien attendre l'ouverture le lendemain matin.

7. Rémunération

Dans le cadre des protocoles nationaux de coopération, la rémunération est fixée par l'arrêté du 10 septembre 2020 (20). Elle est à hauteur d'un forfait de 25€ par patient inclus dans le protocole à destination de la structure de soins puis à répartir entre les professionnels de santé.

En pratique, de ce que j'ai pu observer, la répartition des 25€ varie selon ce qui a été prévu par les structures de soins concernées : le pharmacien est rémunéré à hauteur de 25€, ou bien le pharmacien touche 20€ et le médecin délégué 5€.

Si la patiente doit reconsulter son médecin dans les 24h en raison d'une persistance ou d'une aggravation des symptômes, les 25€ sont également à partager entre le pharmacien et le médecin d'après le texte de loi sus-cité. Or, le pharmacien aura passé autant de temps à réaliser la prise en charge, que la patiente soit revue ensuite ou non, soit environ 20min (selon les informations recueillies auprès des pharmaciens des Forges). Le médecin fera quant à lui une consultation complète, en termes d'examen, de diagnostic et de prise en charge éventuelle, que la patiente ait été vue ou non auparavant dans le cadre du protocole.

En cas de non inclusion dans le protocole, le forfait n'est pas versé. Le pharmacien ne peut pas facturer d'acte. Le médecin à qui la patiente est adressée quant à lui peut facturer normalement.

Cette situation paraît peu engageante pour les différents professionnels impliqués. Le temps passé et l'expertise mise en jeu se doivent d'être rémunérés à leur juste valeur ; la rémunération ne peut pas être partagée.

On peut imaginer de garder la rémunération de 25€ (ou bien un équivalent à une facturation GS correspondant à une consultation de spécialiste en médecine générale, dont le montant peut être amené à varier selon sa revalorisation) pour le pharmacien. Dans le cadre de la garde, il faudrait proposer une rémunération adaptée, dont le montant se baserait sur la majoration de garde des médecins généralistes par exemple : 25€ + 26,50€ soit 51,50€ (qui correspond à GS + CRD selon la cotation des médecins généralistes). La prise en charge pour les patientes se ferait à 100% par la sécurité sociale, comme c'est le cas actuellement dans le protocole national.

Le médecin généraliste s'il est appelé à être impliqué, facturera comme d'habitude, selon la cotation adaptée (GS la majorité du temps, GS + SNP dans le cadre des créneaux CPTS).

8. Qui pour organiser la mise en place ?

Depuis leur création en 2019, les CPTS ont été chargées par le Ministère de la santé et de la prévention de 6 missions, reconnues « de service public ». La mise en place du protocole adapté de prise en charge de la cystite s'inscrirait dans 3 d'entre elles :

- « faciliter l'accès aux soins – notamment à un professionnel de santé pour les patients du territoire sans médecin traitant pour améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville
- mettre en place des parcours répondant aux besoins des territoires pour renforcer la prise en charge et le suivi des patients, éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile de patients complexes, handicapés, âgés...
- contribuer au développement de la qualité et de la pertinence des soins pour favoriser l'échange de bonnes pratiques médicales et soignantes » (39)

Du fait que les CPTS « fédèrent des professionnels différents – libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux », elles regroupent donc les acteurs nécessaires à la mise en place du protocole, que sont les médecins généralistes, les pharmaciens et les médecins régulateurs, généralistes et urgentistes.

Il y aurait 4 niveaux d'information à fournir pour la bonne mise en place du protocole :

- une formation à la réalisation du protocole auprès des pharmaciens afin qu'ils réalisent correctement le questionnaire, l'examen clinique et la bandelette urinaire.
- une formation des médecins régulateurs, généralistes et urgentistes, afin qu'ils intègrent la partie questionnaire du protocole à leur interrogatoire, qu'ils adressent les bons profils de patientes aux pharmaciens et éventuellement qu'ils poursuivent la prise en charge en cas d'exclusion du protocole.
- une information auprès des médecins généralistes dans le but d'une meilleure compréhension et donc acceptation de cette forme de délégation de tâche.
- une information auprès des patientes, au sein des pharmacies et des cabinets médicaux par exemple, en insistant sur la possibilité d'appeler le 116117 afin de s'assurer des critères d'inclusion a priori au protocole ou bien de la possibilité de se rendre spontanément en pharmacie.

La coopération entre les 7 CPTS de Vendée, du territoire de l'île d'Yeu et de la régulation médicale 85 est souhaitable pour permettre une mise en application de manière coordonnée du protocole sur tout le territoire vendéen. La coordination se traduirait par un accord sur les règles d'application du protocole (notamment critères d'adressage à la pharmacie, réadressage à la régulation, rémunération des pharmaciens) ainsi que par une date commune de généralisation du protocole dans toutes les pharmacies de Vendée. La procédure nécessiterait de soumettre le protocole à l'HAS pour validation sur le plan du soin et à l'ARS pour en organiser le financement.

C. Impacts de la mise en place du protocole adapté

1. Accessibilité

La mise en place du protocole permettrait une prise en charge rapide de la cystite pour les patientes et facile d'accès. Les pharmacies ont des plages horaires d'ouvertures très satisfaisantes et une répartition sur le territoire très régulière.

Cela permettrait de s'adapter aux contraintes horaires des patientes (professionnelles, familiales, personnelles), la cible du protocole étant des actifs.

Cela réduirait la durée des symptômes et donc de l'inconfort.

La résolution spontanée des symptômes peut s'observer selon les sources en 4 semaines chez 40% des patientes (27) ou bien à hauteur de 50 à 70% et les symptômes peuvent persister plusieurs mois (26).

2. Sécurité

Les conditions de réalisation du protocole apportent un cadre très sécuritaire à la prise en charge de la cystite simple.

Le risque de complication d'une cystite simple en pyélonéphrite aiguë est très faible. Le livre *Les infections urinaires* le rappelle : « l'objectif du traitement est l'amélioration des symptômes, et non la prévention d'une PNA (l'évolution d'une cystite simple vers une PNA est un événement très rare). Malgré une évolution spontanément favorable dans 25-45% des cas, un traitement par antibiotique est indiqué dans les cystites aiguës simples car il est supérieur au placebo pour obtenir la guérison clinique (I-A) » (51).

Par ailleurs, les patientes ne bénéficient pas dans leur majorité d'une prise en charge de qualité équivalente à celle du protocole.

a) Consultation idéale

La consultation idéale consisterait en une consultation sous 24h, avec son médecin généraliste, pendant laquelle il ferait un interrogatoire aussi exhaustif que celui du protocole, il réaliserait une BU, une prise de température et l'ébranlement des fosses lombaires, et prescrirait l'antibiotique adapté. Il finirait par des conseils avisés, réaliserait et planifierait des actes de prévention, répondrait aux autres problématiques de santé de la patiente.

b) Consultation réelle avec le médecin traitant ou dans un centre de soin non programmé

La consultation réelle avec son médecin traitant ou en CSNP ne comporte pas systématiquement un interrogatoire exhaustif, une prise de température, une BU ou bien l'ébranlement des fosses lombaires. Elle peut comporter cependant d'autres éléments, comme l'abord par la patiente et par le médecin d'autres motifs de consultation avec ou sans rapport avec la cystite.

Une thèse de médecine générale en 2017 a recueilli la proportion de réalisation de BU et ECBU lors d'une cystite aiguë par des praticiens de soins primaires. La population de l'étude était constituée en majorité de médecins exerçant une activité universitaire (64,1%) et 80% connaissaient l'existence des recommandations concernant les infections urinaires publiées par la SPILF en 2014 et en 2017. La proportion de réalisation d'une BU s'élevait à hauteur de 45% lors d'une cystite simple, bien que recommandée par les sociétés savantes. La proportion de réalisation d'un ECBU s'élevait à 9,5% lors d'une cystite simple, bien que non recommandée.(52)

La prise en charge de la cystite simple par les médecins généralistes se fait selon les recommandations de bonne pratique dans un cas sur deux seulement, concernant la réalisation des examens complémentaires.

Cependant, la consultation avec un médecin généraliste, d'autant plus s'il est le médecin traitant, constitue une opportunité de soin pour aborder d'autres thématiques concernant la santé de la patiente, notamment pour les patientes jeunes qui consultent peu : contraception, suivi gynécologique, projet de grossesse, tabagisme, antécédents familiaux récents, mise à jour vaccinale, thymie, examen cardio-vasculaire systématique, surveillance pondérale, etc. Le contenu de la consultation du pharmacien pour une cystite n'est pas aussi global que celle d'un médecin généraliste et ne s'inscrit pas dans une démarche de suivi et de prévention.

c) Prise en charge par le médecin régulateur par téléphone

Les médecins régulateurs proposent régulièrement de mettre d'abord en place des mesures hygiéno-diététiques, tels que la majoration de l'hydratation, avec du bicarbonate, du citron, des boissons gazeuses ou encore des traitements symptomatiques, comme le Paracétamol, le Spasfon, l'Ibuprofène. Ils proposent alors de rappeler la régulation si d'ici quelques heures à quelques jours, les symptômes persistaient. J'ai pu observer plusieurs dossiers pour lesquels 2 à 3 ARM et médecins intervenaient entre les conseils pour temporiser, le rappel de la patiente, la difficulté à lui trouver un rendez-vous avec un médecin la journée en semaine, le rappel après 20h pour enfin l'adresser vers le médecin de garde du secteur. On se rend aisément compte de l'ampleur du temps mobilisé pour une pathologie simple comme la cystite pour la régulation.

En ce qui concerne les prescriptions d'antibiotiques, les médecins régulateurs, selon les informations qu'ils ont renseignées dans les dossiers, ont recours principalement à la Fosfomycine dans le traitement des cystites simples : 37 (dont 3 avec ECBU préalable) l'été et 29 (dont 4 avec ECBU préalable) l'hiver.

Cependant, j'ai observé la prescription d'autres antibiotiques, sans qu'une raison précise ne soit renseignée : Pivmecillinam (6 l'été et 1 l'hiver), Norfloxacin (à 2 reprises par le même médecin) et Amoxicilline (1 fois).

On observe également une sur-prescription d'ECBU (4 l'été et 12 l'hiver). D'après mes observations lors du recueil de données, cette sur-prescription traduit les difficultés suivantes pour les médecins régulateurs :

- l'absence de protocole établi dans cette pathologie non grave mais qui nécessite la réalisation d'un examen clinique et d'une BU selon les recommandations de bonnes pratiques et donc la persistance du doute que ce soit bien une cystite simple
- une difficulté à pouvoir prescrire aisément la réalisation d'une BU par la patiente (dans l'un des dossiers, un médecin traduit l'échec de la patiente à réaliser une BU à la pharmacie, il prescrit alors un ECBU)

- l'apport d'un surplus de sécurité pour la prise en charge, le résultat de l'ECBU étant transmis en principe au médecin traitant ou bien au médecin régulateur 2 jours plus tard sur rappel de la patiente, et qui pourra prescrire un antibiotique, non probabiliste.

Le risque d'erreur diagnostique est augmenté en l'absence d'examen clinique et de réalisation d'une bandelette urinaire, et se voit « compensé » par la réalisation d'un ECBU. Ce risque est commun à la prise en charge par un médecin régulateur seul et par une téléconsultation.

Certains médecins régulateurs ont également réorienté les patientes vers une téléconsultation (1 sur l'été et 3 sur l'hiver).

d) *Téléconsultation*

La thèse sur les téléconsultations pour cystite simple de la plateforme Qare (50) comptabilise une prescription de BU à hauteur de 20% et d'ECBU à 46%, soit 34% sans examen complémentaire. Autrement dit, 80% des patientes n'ont possiblement pas bénéficié de la prise en charge optimale.

De même, concernant la prescription de l'antibiotique adapté (Fosfomycine 1 dose unique, ou bien Pivmecillinam 400mg, matin et soir pendant 5 jours si allergie à la Fosfomycine), cette même thèse détaille la nature des prescriptions des médecins en téléconsultation : Fosfomycine à hauteur de 69,3%, Fluoroquinolones à 10,6%, Pivmecillinam à 10%, Cefixime 5%.

Les pratiques en téléconsultation partagent certaines limites des appels auprès de la régulation médicale, dans l'absence d'examen clinique et la difficulté à effectuer une BU et à en avoir les résultats dans le temps de l'échange.

e) *Phytothérapie ou homéopathie à la pharmacie*

J'ai pu relever dans les dossiers des patientes des propositions thérapeutiques par les pharmaciens de type phytothérapie (Aromasantis, Feminabiane, Canneberge) ou homéopathie. Les effets des traitements homéopathiques ou de phytothérapie sur la cystite aigüe n'ont à ce jour pas été prouvés scientifiquement.

Concernant la canneberge, les données scientifiques reconnaissent un effet sur les infections récidivantes, en prévention. Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'ANSM (autrefois appelée AFSSAPS) de juin 2008, portant sur le *Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte*, « les produits à base de canneberge [...] pourraient être intéressants dans la prise en charge des infections urinaires récidivantes de la femme en permettant une diminution de la consommation d'antibiotiques. [...] Ils ne remplacent pas le traitement antibiotique de la cystite [...] Des études complémentaires sont nécessaires pour préciser leur efficacité et leurs effets indésirables à court et à long terme. »(53)

3. *Ecologie bactérienne*

La prescription de fluoroquinolones est évaluée à hauteur de 10,6% en téléconsultation dans la thèse portant sur la pratique de la plateforme Qare (50), ce chiffre est inquiétant. Les fluoroquinolones ne sont pas indiquées dans le traitement de la cystite simple.

La SPILF a mis à jour les recommandations de l'ANSM à l'automne 2014 en se basant sur l'évolution des résistances aux antibiotiques, sur des études de pharmacovigilance, et sur des publications scientifiques réactualisées. « La résistance de E. coli aux fluoroquinolones a nettement augmenté au cours des 10 dernières années mais est très variable selon le terrain : 3% à 25% aujourd'hui en France, selon la présentation clinique et le terrain. Chez la femme entre 15 et 65 ans, la résistance reste proche de 5%. Un traitement par quinolones dans les 6 mois précédents expose au risque de sélection de souches moins sensibles. Il faut donc éviter les prescriptions répétées de fluoroquinolones chez un même patient et ne pas les utiliser en traitement probabiliste chez un patient déjà traité par quinolones dans les 6 mois précédents (quelle qu'en ait été l'indication). L'impact écologique important des fluoroquinolones sur le microbiote intestinal rend obligatoire une stratégie d'épargne et limite leur usage à des indications spécifiques. »(51)

La prise en charge via le protocole permettrait une meilleure lutte contre l'antibiorésistance.

4. Coût

a) Pour les patientes

Via le protocole, la prise en charge de la cystite serait remboursée par la sécurité sociale pour la patiente à hauteur de 100%.

Elle ne débourserait donc pas d'argent pour un traitement alternatif (homéopathie, phytothérapie), non remboursé, proposé en pharmacie alors que l'ANSM le déconseille en tant que substitution à un traitement antibiotique pour la prise en charge des cystites aiguës. Le prix de vente de ces traitements alternatifs peut varier de 5€ à 30€ (gélules de canneberge, dont Cyscontrol Flash par exemple, Aromasantis CBU, Cysticalm, selon des prix constatés sur internet).

Pour les patientes qui consultent aux urgences pour cystite, par manque d'alternative, elles doivent déboursier 19,61€ depuis le 1^{er} janvier 2022, ce qui correspond au Forfait Patient Urgences. Il est remboursé par la mutuelle, et reste à charge de la patiente à défaut d'en avoir une.

La difficulté d'accès aux soins peut engendrer un surcoût pour les patientes ; certaines y renoncent par manque de moyens.

b) Pour les médecins généralistes

Il existe une inquiétude chez certains médecins généralistes vis-à-vis de la délégation de tâche, dans laquelle le protocole s'inscrit. Ils prévoient une « perte » de ces consultations pour cystites vues comme simples et rapides. Cela participerait à la complexification globale des consultations, qui est déjà enclenchée notamment en raison du vieillissement de la population. La question de la revalorisation du prix des consultations est d'ailleurs en cours d'arbitrage à l'heure où j'écris cette thèse, suite à l'échec des négociations conventionnelles entre les syndicats médicaux et l'Assurance maladie.

Par ailleurs, les médecins revendiquent ces consultations comme des opportunités de soin. La patiente type cible du protocole est jeune, en bonne santé et ne consulte pas de manière régulière ou bien plusieurs fois par an nécessairement. Ces consultations sont l'occasion de mettre en place des actions de prévention, telles que la vaccination, le frottis cervico-utérin, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, etc.

c) Pour les pharmaciens

La mise en place du protocole pourrait provoquer une inquiétude des pharmaciens vis-à-vis d'une éventuelle perte de rémunération, ou du moins un rapport temps passé, argent gagné moins favorable. Sont à comparer :

- la vente d'un traitement alternatif, en quelques minutes au comptoir, par le pharmacien ou le préparateur en pharmacie, pour une rémunération qui varie selon la marge pratiquée sur le produit de phytothérapie ou d'homéopathie
- à la réalisation du protocole, qui prendrait une vingtaine de minutes, dans une pièce dédiée, par le pharmacien, avec une rémunération de 25€ (période de continuité des soins) à 51,50€ (comme proposé dans l'adaptation du protocole, ce qui correspond à la majoration de la consultation lors de la permanence des soins) pour le protocole à laquelle s'ajoute la marge pratiquée sur les 4,21€, coût d'un sachet de Fosfomycine.

La question de la rémunération du protocole est à réfléchir et à discuter avec les pharmaciens afin de s'assurer de leur implication dans la mise en place du protocole.

d) Pour la sécurité sociale

Une consultation aux urgences pour une patiente théoriquement éligible au protocole se facture depuis le 1^{er} janvier 2022 via le Forfait Age Urgences, à régler par l'Assurance Maladie à l'établissement hospitalier. Ce forfait varie, selon les âges concernés par le protocole, de 35,21€ à 41,11€.(54,55) En comparaison, la réalisation du protocole coûterait à la sécurité sociale de 25€ à 51,50€.

Une diminution de prescription d'ECBU est également à prévoir avec la généralisation du protocole. Les médecins régulateurs y ont recours de manière plus large que les recommandations de bonnes pratiques ne le suggèrent, notamment dans la cystite simple où la BU est suffisante. Le coût d'un ECBU est estimé à 20€ environ.(56,57)

A la marge, on peut aussi s'attendre à des traitements antibiotiques moins chers avec la mise en place du protocole grâce à la diminution de prescriptions de Pivmecillinam ou Fluoroquinolones, pratiques qu'on a pu observer par les médecins régulateurs ou de téléconsultation.

Le Vidal donne le prix des antibiotiques sans inclure les honoraires de dispensation des pharmaciens :

- la Fosfomycine, à raison d'un sachet : 4,21 euros,
- le Pivmecillinam 200mg, 2 cp matin et soir pendant 3 jours soit 12cp, boîte de 20 cp : 7,82 euros
- la Ciprofloxacine 500mg, 1 cp matin et soir pendant 7 jours, soit 14 cp, 2 boîtes de 12cp : 17,84€
- la Levofloxacine 500mg, 1 cp par jour pendant 7 jours, 2 boîtes de 10cp : 17,46€
- la Norfloxacine prix libre

5. Disponibilité en pratique des pharmaciens

L'activité des pharmacies s'est grandement diversifié ces dernières années.

Depuis 2020, les pharmaciens et préparateurs en pharmacie pratiquent la vaccination et la réalisation de tests antigéniques dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid19. Pour les préparateurs en pharmacie, il s'agit d'une dérogation à la loi, à titre exceptionnelle, dans le cadre de la crise sanitaire.

Depuis juillet 2021, les pharmaciens peuvent réaliser le Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) de l'angine.(58)

Depuis avril 2022, les pharmaciens peuvent vacciner les personnes de plus de 16 ans sous réserve d'avoir une prescription médicale du produit.(59)

Se pose la question de la disponibilité des pharmaciens devant cette diversification de tâches qui se traduit par une augmentation inévitable de leur charge de travail. Les préparateurs en pharmacie ont noté depuis l'épidémie de Covid 19 un glissement de tache des pharmaciens vers leur profession, sans valorisation de leur métier à travers une majoration de leur rémunération par exemple. En Vendée, cela se traduisait en 2021 par un manque de personnel dans les pharmacies et des difficultés de recrutement. Le secrétaire départemental FO des salariés de pharmacies, Pierrick Chaigne, témoigne dans un journal : « Les pharmacies commencent à manquer de bras. En 2021, j'ai accompagné une trentaine de ruptures conventionnelles. Et entre 10 et 15 % des salariés sur les 234 pharmacies de Vendée sont en arrêt pour épuisement ou maladie. Du jamais vu ! ». (60)

6. Remplir les objectifs des protocoles de coopération

Les objectifs initiaux des protocoles nationaux de coopération avaient été détaillés dans le rapport demandé par la ministre de la santé en 2018, « Assurer le premier accès aux soins » : pallier la pénurie de médecin en libérant du temps médical et « garantir une réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets en s'appuyant sur les initiatives professionnelles ». (10)

L'HAS précise les objectifs des protocoles de coopération dans un procès-verbal en janvier 2020, rendant compte de son avis sur les différentes propositions de protocoles. (61)

Les objectifs sont exposés ainsi :

- « Réduire les délais de prise en charge d'une pathologie courante (avec diminution du risque de complications du fait de cette prise en charge précoce), dans un contexte de démographie médicale déficitaire ; »
 - ✓ Le protocole dans sa version adaptée remplit ce critère pour de nombreuses patientes, autant celles qui n'ont pas de médecin traitant que celles qui en ont un avec des délais de consultation long, notamment l'impossibilité de voir toutes les demandes de consultation en urgence du jour.
- « Diminuer le recours à la permanence de soins (urgences et organismes de permanence de soins ambulatoires (PDSA)), notamment en horaire de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé ; »
 - ✓ Le protocole permettrait bien un recours alternatif aux urgences et aux organismes de la PDSA notamment CSNP, créneaux CPTS. L'implication

de la régulation médicale semble cependant nécessaire, et particulièrement le temps que les patientes et les secrétariats des médecins généralistes prennent connaissance de l'existence du protocole afin que les patientes s'y orientent sans passer par l'adressage systématique via la régulation.

- « Permettre aux pharmaciens d'officine d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et aux infirmiers de prendre rapidement en charge cette pathologie ; »
 - ✓ Les pharmaciens rapportent déjà une demande de la part des patientes, de manière pluri quotidienne, de prise en charge des symptômes de cystite. Leur réponse via le protocole en sera d'autant plus pertinente et basée sur les recommandations de bonnes pratiques.
- « Améliorer la sécurité de la prise en charge : »
 - en favorisant une prise en charge par un professionnel de santé ayant accès au dossier médical de la patiente,
 - en utilisant des algorithmes décisionnels simples issus de référentiels validés
 - en améliorant la traçabilité des prises en charge grâce au système d'information partagé, »
 - ✓ Cet objectif est actuellement non atteignable en l'absence d'un dossier médical partagé pour chaque patient et accessible par tous les professionnels de santé, dans lequel le contenu serait mis à jour régulièrement et pertinent. Le développement du récent *Mon espace santé* permettra peut-être à l'avenir de centraliser les informations et les échanges entre professionnels de santé.
- « Optimisation de la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents. »

Une consultation via le protocole, en appliquant les recommandations de bonnes pratiques, semble économiquement plus pertinent qu'une téléconsultation avec parfois nécessité de reconsulter son médecin traitant, par exemple, ou bien de multiples appels à la régulation médicale du fait du manque de solution médicale satisfaisante en aval, ce qui sollicite également du temps médical et augmente les dépenses de santé.

Enfin, l'objectif de libérer du temps médical via la mise en place de ces protocoles n'est pas garanti. En effet, si l'on rapporte le nombre de patientes éligibles au protocole au nombre de médecins généralistes en Vendée, environ 500 selon l'annuaire médical du site de la sécurité sociale, cela représente une cystite tous les 4 mois par médecin.

Cependant, l'objectif d'offrir des alternatives de soins satisfaisantes aux patientes, en l'absence d'opportunité de consulter un médecin généraliste traitant, me paraît être l'objectif premier, et ce protocole le remplit.

7. Ouverture des protocoles de coopération aux CPTS

En décembre 2022, la mise en place des protocoles nationaux de coopération de soins non programmés a été élargie aux périmètres des CPTS, dans le cadre d'une ACI.(62)

Il est d'ailleurs précisé depuis mai 2023 dans le document de mise en application du protocole cystite au sein d'une CPTS (63) :

- « avec un médecin traitant, membre ou non de la structure d'exercice coordonné ou de la CPTS, ou sans médecin traitant ».

- la notion de délégrant et délégué reste conservée ; responsabiliser le médecin, le délégrant, plutôt que responsabiliser le délégué, pharmacien ou infirmier, me paraît non pertinent, idée que j'ai déjà développée dans la discussion.
- « le délégué peut contacter par téléphone, pour avis ou pour une prise en charge médicale, un médecin délégrant joignable dans le cadre de la structure d'exercice coordonné ou de l'organisation mise en place par la CPTS » ; à l'échelle d'une CPTS, si le nombre de délégrants est insuffisant, il y a un risque de surcharge de leurs plannings de consultation par adressage de patientes en lien avec le protocole. La régulation médicale est déjà organisée pour donner des avis ou proposer une prise en charge médicale, et répartir les patientes selon les créneaux de consultation dont elle a la gestion ; la régulation est donc la mieux placée pour occuper ce rôle. Cependant, on ne pourra pas exiger que chaque médecin de la régulation soit médecin délégrant, aussi bien d'un point de vue organisationnel que moral.
- l'Espace Santé Numérique est évoqué afin de laisser une trace de la prise en charge, cependant cet espace n'est actuellement pas utilisé de manière courante par les médecins généralistes. L'alternative est d'envoyer un mail sécurisé au médecin traitant, ce qui paraît plus pertinent afin que l'information puisse aisément être notée dans le dossier médical de la patiente.

V. CONCLUSION

L'accès aux soins se dégrade en France depuis plusieurs années, et notamment l'accès aux soins primaires dans le contexte de la pénurie de médecins généralistes traitants. La recherche de solutions à cette pénurie est au cœur de la réflexion de nos politiques, à travers la réorganisation du système de soins, la délégation de tâches, la coopération inter-professionnelle et la création de nouveaux métiers comme les Assistantes Médicales ou les Infirmières de Pratiques Avancées. Certaines de ces initiatives inquiètent grandement les médecins généralistes ; ils ont à cœur la qualité des prises en charge à travers leurs compétences, acquises selon les générations après 6 à 9 années d'études, et leur expérience du métier de médecin généraliste traitant, qui inscrit le patient dans un suivi de sa santé globale. Ils ne veulent pas dégrader la relation médecin-patient, et pour cela ils souhaitent rester les interlocuteurs privilégiés de leurs patients, établir une relation de confiance et agir ensemble pour leur santé.

Les protocoles nationaux de coopération s'inscrivent dans la volonté du gouvernement de pallier la pénurie de médecins et font donc l'objet de méfiance de la part de certains médecins généralistes. Cela diminuerait ces opportunités de soins qui participent à construire la relation médecin-patient.

Le protocole de prise en charge de la cystite me paraît cohérent avec la difficulté des patientes à accéder à un médecin, qu'elles aient ou non un médecin traitant déclaré. La qualité des soins pour ces patientes est actuellement grandement dégradée, hétérogène et inéquitable selon leur situation personnelle et le territoire de vie : traitements par homéopathie ou phytothérapie, téléconsultations, ordonnances transmises par la régulation ou encore renoncement aux soins. Toutes ces pratiques ont un point commun : elles ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques et sont donc à risque de dégrader la santé des patientes et notre système de soin (reconsultations plus fréquentes, complications, antibiorésistances).

Le protocole cystite permettrait pour toutes ces patientes de bénéficier d'un soin de qualité, dans des délais satisfaisants et réduirait l'inégalité d'accès aux soins. Cela offrirait aussi une alternative de prise en charge sur la permanence de soins, notamment les weekends, pour les patientes dont le médecin traitant est non joignable, ce qui est bien légitime, en évitant de surcharger les urgences ou les médecins de garde. Les patientes qui ont l'opportunité de voir leur médecin traitant pour une cystite pourront toujours le faire, même si le protocole est en application.

Il serait intéressant d'étudier, après la mise en application du protocole, le profil des patientes qui en auront bénéficié ainsi que le degré d'acceptation du protocole par les professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de santé Service Évaluation de la pertinence des soins et Amélioration des pratiques et des parcours. HAS bilan 2010-2018 - Protocoles de coopération [Internet]. 2018 [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/bilan_cooperation_ps_vd.pdf
2. Berland Y. Mission “Démographie des professions de santé.” 2002, [Internet]. Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2002 nov [cité 13 déc 2022] p. 113. Report No.: 2002135. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>
3. Supper I. La coopération interprofessionnelle en soins primaires autour des pathologies chroniques: application au diabète de type 2.
4. Berland Y. Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » [Internet]. Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2003 oct [cité 13 déc 2022] p. 57. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>
5. Berland Y., Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé [Internet]. Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2006 juin [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf
6. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes: évaluation qualitative croisée par méthode focus group.
7. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Santé publique juill 21, 2009.
8. Haute Autorité de santé Service Évaluation de la pertinence des soins et Amélioration des pratiques et des parcours. Avis n° 2020.0007/AC/SA3P du 29 janvier 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier(e) diplômé(e) d'état ou le pharmacien d'officine ».
9. Collège de la HAS. Élaboration d'un protocole de coopération - Article 51 de la loi HPS [Internet]. Guide méthodologique présenté à; 2010 juill [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/cooprofsantehas.pdf>
10. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins [Internet]. 2018 mai [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
11. République Française. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
12. Dispensation sous protocole : les pharmaciens y sont autorisés [Internet]. CNOP. [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/dispensation-sous-protocole-les-pharmaciens-y-sont-autorises2>
13. Gaillard T. Angine à Streptocoque du groupe A et sa prise en charge pluriprofessionnelle. [Thèse exercice] [Université d'Angers, France], Université d'Angers, 12/2021;

14. République Française. 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» [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697978>
15. République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle» [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967>
16. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle» - Légifrance [Internet]. [cité 23 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697956>
17. République Française. 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» [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704192>
18. République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle» [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697945>
19. République Française. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération «Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle» [Internet]. mars 6, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697989>
20. Direction de la sécurité sociale, Direction générale de l'offre de soins. Instruction N° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021 relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés [Internet]. 2021 févr [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_commune_2021_04.pdf
21. République Française. Arrêté du 5 mai 2021 fixant la liste des pathologies et des médicaments pouvant faire l'objet d'une délivrance par les pharmaciens d'officine telle que prévue à l'article L. 5125-1-1 A du code de santé publique [Internet]. mai 5, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043490393>
22. Bernard LOBEL, Claude-James SOUSSY. Les infections urinaires [Internet]. Paris: Springer; 2007 [cité 19 déc 2022]. (Monographies en urologie). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-2-287-48617-3>
23. CARON F, GALPERINE T, FLATEAU C, AZRIA R, BONACORSI S, BRUYERE F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. Médecine Mal Infect. août 2018;48(5):327-58.

24. Foxman B, Barlow R, D'Arcy H, Gillespie B, Sobel JD. Urinary Tract Infection: Self-Reported Incidence and Associated Costs. 10(8).
25. Foxman B. Urinary Tract Infection Syndromes. Infect Dis Clin North Am. mars 2014;28(1):1-13.
26. Hooton TM, Stamm WE. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am. sept 1997;11(3):551-81.
27. Nicolle LE. Urinary tract infection: Traditional pharmacologic therapies. Dis Mon. févr 2003;49(2):111-28.
28. Savoye-Rossignol L. Epidémiologie des infections urinaires communautaires.
29. Nicolle LE. Epidemiology of Urinary Tract Infections.
30. Cystite et cystalgie [Internet]. Observatoire de la Médecine Générale. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
31. Pyélonéphrite [Internet]. Observatoire de la Médecine Générale. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php?sid=4d8fd2320bef6e36871c8b047f>
32. Prostatites [Internet]. Observatoire de la Médecine Générale. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
33. Urétrites [Internet]. Observatoire de la Médecine Générale. [cité 2 mars 2023]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
34. Patrice Marie , Céline Courtecuisse, Rissane Ourabah. Que font les patientes en cas de cystite ? Exercer [Internet]. 2002 [cité 13 déc 2022];(82). Disponible sur: https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/patientes_cystite.pdf
35. AFORCOPI-BIO – Onerba [Internet]. 2016 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <http://onerba.org/aforcopi-bio/>
36. Id H. Les Infections urinaires en médecine générale: prévalence et prise en charge diagnostique. Données de l'étude ECOGEN.
37. Vendée Expansion - Ingénierie, tourisme. Chiffres clés du tourisme en Vendée. 2020 nov.
38. Service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. Agence du Numérique en Santé. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/sas>
39. Ministère de la santé et de la prévention. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>
40. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. 2022. Disponible sur:

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>

41. Cartographie des CPTS en région [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>
42. Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, Gonthier R, Ourabah R, Queneau P. Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. Bull Académie Natl Médecine. oct 2021;205(8):852-6.
43. Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187498>
44. Population ile d'yeu - Recherche Google [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=population+ile+d%27yeu>
45. Observatoire Régional de la Santé - Pays de la Loire, Les Unions des Régions des Pays de la Loire. Profil Sante 2021 - CPTS Plaine Et Marais [Internet]. 2021 févr [cité 3 févr 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_ProfilSante_CPTS_85_PlaineEtMarais.pdf
46. CPTS Sud Vendée – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Sud-Vendée [Internet]. CPTS Sud Vendée. 2023 [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: <https://cpts-sudvendee.fr/>
47. Observatoire Régional de la Santé - Pays de la Loire, Les Unions des Régions des Pays de la Loire. Profil Sante 2021 - CPTS Du Haut Bocage [Internet]. [cité 3 févr 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_ProfilSante_CPTS_85_DuHautBocage.pdf
48. Les territoires de la CPTS Loire Vendée Océan [Internet]. Cpts Lvo. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.cpts-lvo.com/le-territoire>
49. Observatoire Régional de la Santé - Pays de la Loire, Les Unions des Régions des Pays de la Loire L. Profil Santé 2020 - CPTS Centre Vendée. 2020 nov.
50. Jollivet A. Évaluation de la prise en charge des cystites aiguës de l'adulte, en téléconsultation de médecine générale. Université de Nantes; 2021.
51. Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF). Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte - Actualisation au 11 décembre 2015 des recommandations initialement mises en ligne en mai 2014 [Internet]. 2015 [cité 23 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf.pdf>
52. Hernandez barragan C. Facteurs majeurs influençant la prescription de la fosfomycine dans la cystite aiguë simple et à risque de complication : étude descriptive auprès des médecins généralistes français exerçant en soins primaires. [Thèse exercice] [Faculté de médecine de Nice, France] Université Cote d'Azur, 2022.

53. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS). Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte [Internet]. 2008 juin [cité 30 avr 2023] p. S203-52. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0399077X08002679>
54. République Française. joe_20211229_0302_0064.pdf [Internet]. déc 27, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044592184>
55. Société Française de Médecine d'Urgence. Urgences: parution des valeurs des forfaits patient et activité pour finaliser la réforme du financement [Internet]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/urgences-parution-des-valeurs-des-forfaits-patient-et-activite-pour-finaliser-la-reforme-du-financement/new_id/68012
56. Laboratoire Dyomedeia. Tarifs des prélèvements au laboratoire.pdf.
57. Laboratoire Vialle. Cout des examens effectués hors prescription mdicale.pdf.
58. République Française. Arrêté du 29 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des tests rapides oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043715927?init=true&page=1&query=Tests+pharmacie&searchField=ALL&tab_selection=all
59. République Française. Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638970>
60. Le Journal du Pays Yonnais. Covid-19 : les pharmacies en Vendée face à la pression et aux démissions. Disponible sur: https://actu.fr/pays-de-la-loire/la-roche-sur-yon_85191/covid-19-les-pharmacies-en-vendee-face-a-la-pression-et-aux-demissions_47844008.html
61. Haute Autorité de santé. Procès verbale - Séance du Collège Délibératif. 2020 janv.
62. Ministère de la santé et de la prévention. Les protocles de coopération [Internet]. [cité 28 déc 2022]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>
63. Ministère de la santé et de la prévention. Protocole national de coopération pollakiurie. 2023.

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire du protocole

GENE ET DOULEUR MICTIONNELLE DE LA FEMME – Formulaire synthétique de saisie et de prescription inclus au dossier de la patiente.

DONNES DE L'ANAMNESE:

Accord du patient pour prise en charge : **OUI**

Motif de consultation :

Pollakiurie
Dysurie
Brûlures mictionnelles
Impériosité mictionnelle

Critères d'exclusion :

Homme
Âge < 16 ans Âge > 65 ans
3 épisodes de cystite dans les 12 derniers mois
Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie
Un épisode de cystite non complètement résolu dans les 15 derniers jours
Fièvre (T° > 38°C) ou hypothermie (T° < 36°C)
Douleur d'une fosse lombaire
Signes d'appel gynécologique (leucorrhée / prurit vulvaire ou vaginal)
Vomissements / diarrhées/ douleurs abdominales
Grossesse avérée ou non exclue
Toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire (résidu vésical, lithiase, tumeur, acte urologique récent)
Immuno-dépression (VIH, chimiothérapie, CSO long cours, traitement immuno-suppresseur)
Insuffisance rénale chronique sévère <30 ml/mn de DFG en CKD-Epi
Doute du délégué (Guts feeling)

Au terme de l'interrogatoire réorientation MG :

oui / non

DONNEES CLINIQUES:

Contrôle de la 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 MG :

oui / non

DEMARCHE THERAPEUTIQUE :

Traitement symptomatique associé et en cas de cystalgie à BU négative:

- ✓ Hydratation abondante et mictions fréquentes
- ✓ PARACETAMOL

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

Divers conseils et démarches :

- ✓ Consulter le MG en cas de persistance des symptômes à 48h heures ou en cas de fièvre et/ou de douleur lombaire dans les 24h.
- ✓ Fiche conseils (voir annexe).

Annexe 2 : Plaquette de présentation de l'A.D.O.P.S. 85

Recto :

24 heures/24 - 7 jours/7
Tous les jours de l'année

J'ai un problème médical aigu et
- je suis en vacances en Vendée
- je n'ai pas de médecin traitant
- mon médecin traitant n'est pas disponible

Je ne me déplace pas aux urgences, j'appelle le **116 117**

Un médecin régulateur analyse ma situation

En cas d'urgence vitale (accidents, aggraves de conscience, etc.) contactez directement les services d'urgence (15)

Je reçois des conseils médicaux par téléphone

Si nécessaire, je suis orienté vers le médecin de garde le plus proche

Je reçois la visite d'un médecin de garde

Je suis pris en charge à l'hôpital

Comment ça fonctionne ?

En poste de RÉGULATEURS : Se positionner sur les horaires proposés pour la Régulation :
3 horaires en Régulation de jour :
des créneaux de 4 ou 6h

1 horaire de Nuit de 20h à 8h

Les Horaires de WE et jours Fériés :

Samedi : 12h à 18h, 14h à 20h, 18h à 24h et 0h à 8h

Dimanche : 7h à 13h, 8h à 14h et 14h à 20h

En poste d'EFFECTEURS : Se Positionner sur les gardes correspondant aux secteurs pour 20h à 24h ou 20h à 8h.

Comment Devenir médecin généraliste régulateur en Vendée ?

Venez Découvrir le métier de régulateur pendant l'un de vos stages ou après l'internat, lors de séances de double écoute avec un médecin régulateur. Pour cela, renseignez-vous auprès de vos MSU ou directement à LADOPS85.

L'ADOPS85 reste votre interlocuteur pour vous répondre sur une activité disponible en Vendée en lien avec les besoins du territoire et vos attentes.

A.D.O.P.S. 85

Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins en Vendée

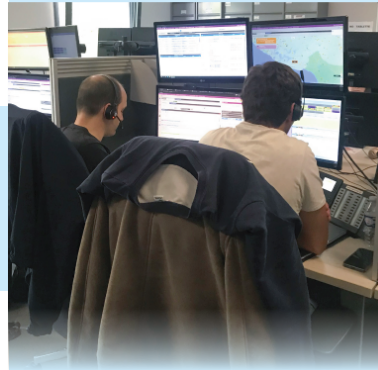
CHD Les Oudairies
85925 LA ROCHE-SUR-YON Cedex 9

Secrétariat ADOPS 85
02.51.44.64.80
adops@chd-vendee.fr

Coordinatrice ADOPS 85
06.40.99.55.50
adops85coordination@gmail.com



A.D.O.P.S. 85



Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins en Vendée

Verso :

Missions de l'ADOPS 85

L'ADOPS85 permet de répondre aux demandes de soins non programmés, 24/24 et 365/365, par des moyens structurés, adaptés et régulés :

- **Régulation médicale SAS** (journée)
- **Régulation médicale PDSA** (soir et WE)
- **Médecins de Garde** (MMG- CAPS-Cabinets médicaux)
- **Médecins Mobiles** visites à domicile tous les jours de 20h-8h



LES PARTENAIRES DE L'ADOPS

ARS

Financier de l'ensemble des missions de l'ADOPS

CPAM

Rémunération des médecins régulateurs de jour

CHD

Gestion RH et mise à disposition des moyens

SAMU

Régulation médicale d'urgence

Service d'accueil des urgences

Montaigu - La Roche-sur-Yon - Les Sables d'Olonnes - Challans - Fontenay-le-Comte - Luçon

UDASU

Ambulanciers de Vendée

Les 7 CPTS de Vendée

Gestion de l'effectif des Soins Non Programmés en journée (SAS) avec :

- Les IDEL MOBILES
- Les CSNP
- Les Créneaux volontaires dans les cabinets médicaux

HISTORIQUE

Juin 2002

La régulation de Médecine libérale voit le jour.

8 juillet 2002

Création de l'association AMRV (Association des Médecins Régulateurs de Vendée) par les médecins vendéens pour mission de répondre aux appels téléphoniques des patients pendant les horaires de permanence des soins.

12 juillet 2010

Évolution de l'association vers l'ADOPS 85 avec l'arrivée des représentants des médecins de Secteur et des médecins mobiles

Mars 2020

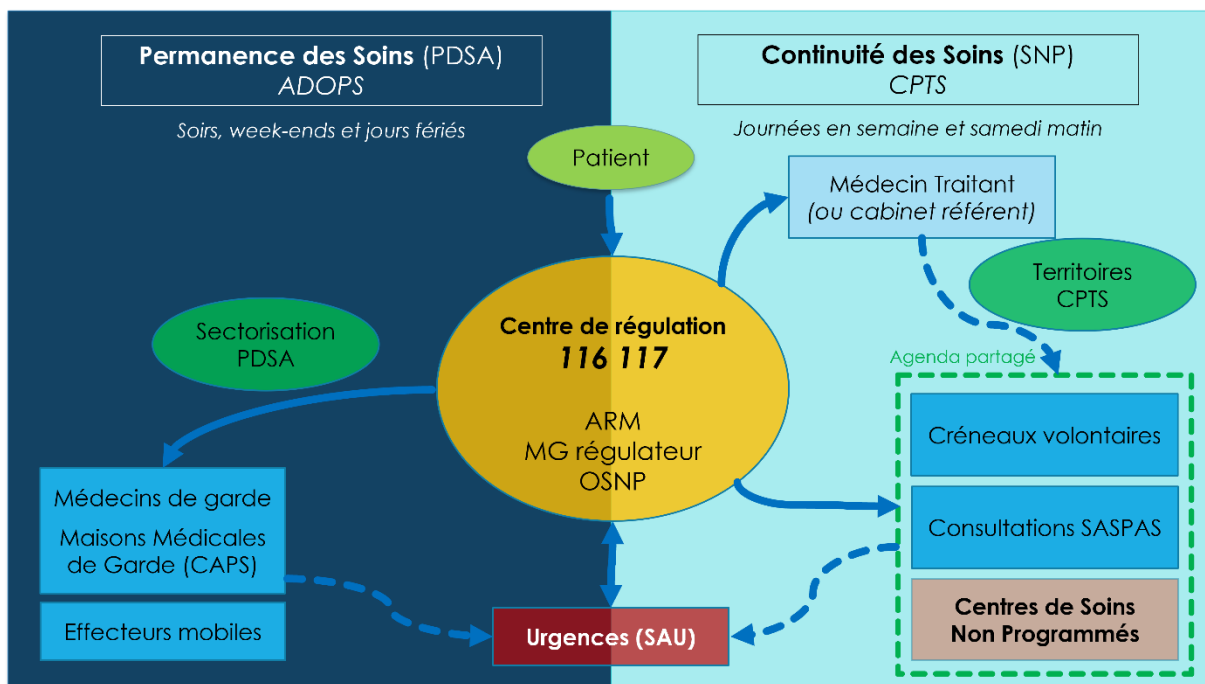
L'ADOPS85 met en place la régulation de jour pour répondre à la crise sanitaire Covid 19

Janvier 2022

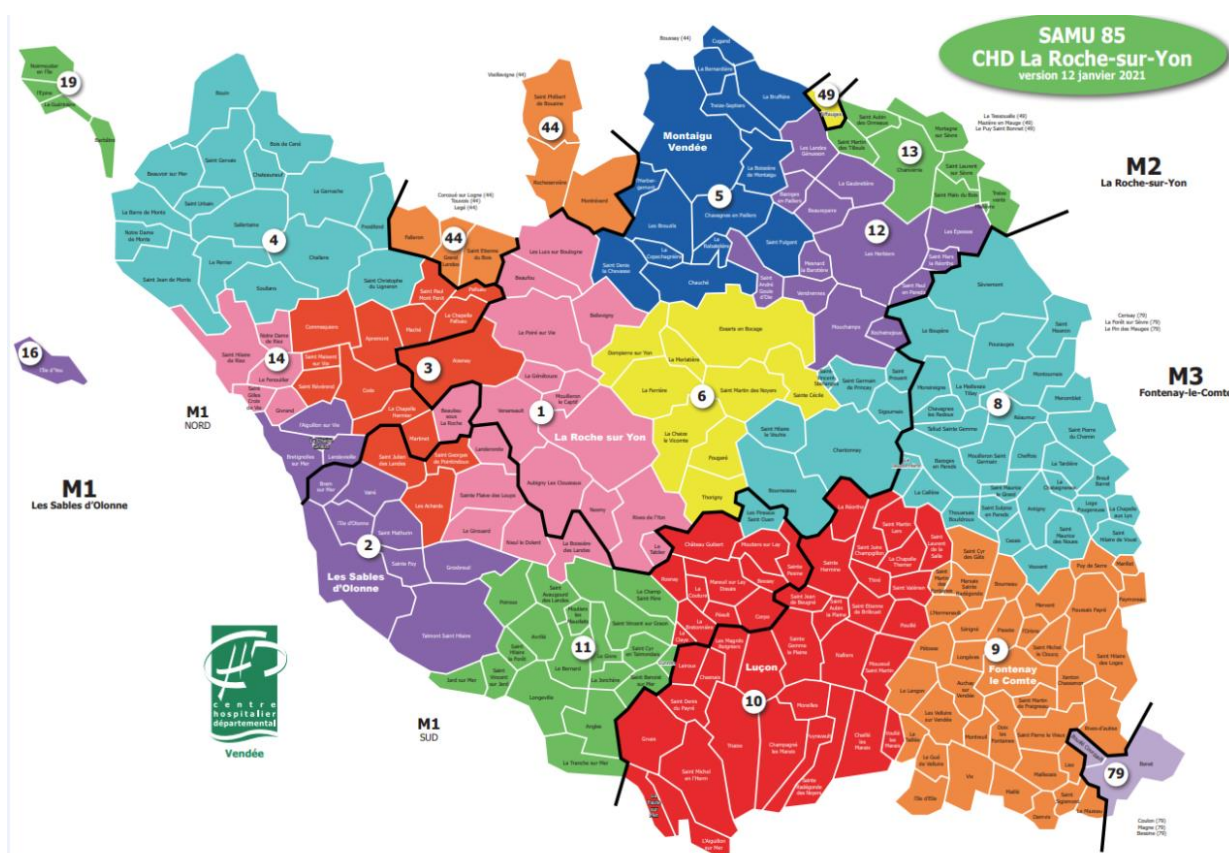
L'ADOPS85 prend en charge officiellement l'organisation de la régulation de jour



Annexe 3 : Plaquette de présentation de l'organisation des soins en Vendée



Annexe 4 : Cartographie des secteurs de garde de Vendée



**Vu, le Président du Jury,
Professeur Cédric RAT**

**Vu, les Directeurs de Thèse,
Docteur Isabelle COLLOT-BOURDET et Docteur Romain BOSSIS**

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de la Thèse :

Protocole national de coopération de prise en charge de la cystite par le pharmacien ou l'infirmier diplômé d'état : évaluation de l'éligibilité au protocole des recours pour cystite à la régulation médicale en Vendée et proposition d'adaptation locale du protocole.

RESUME**Contexte**

J'ai pu observer la mise en place du protocole national de coopération de prise en charge de la cystite par les pharmaciens et infirmiers diplômés d'état, au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire, à La Roche-sur-Yon. Après quelque mois, très peu de patientes avaient pu bénéficier de cette prise en charge par les pharmaciens et aucune par les IDE. Je me suis posée la question de la pertinence du protocole, notamment dans le fait qu'il s'adresse uniquement aux patientes de la MSP et non aux patientes sans médecin traitant.

Objectifs

Objectif principal : Evaluer le nombre de patientes qui ont contacté la régulation entre le 1^{er} juillet et le 31 août 2022 d'une part et le 1^{er} novembre et le 31 décembre 2022 d'autre part, pour des signes fonctionnels urinaires et qui, après consultation de leur dossier médical, sont éligibles au protocole national de coopération de prise en charge de la cystite.

Objectifs secondaires : Recueillir la répartition géographique des patientes. Analyser la répartition géographique des appels proportionnellement au nombre d'habitants. Rendre compte de la répartition temporelle des appels. Recenser la nature des prises en charges. Evaluer quelle part d'activité cela représente pour la régulation.

Méthode

J'ai sélectionné les dossiers des patientes selon les motifs de codage des régulateurs, sur juillet et août 2022 ainsi que novembre et décembre 2022 puis j'ai consulté chaque dossier sélectionné pour en établir son éligibilité au protocole. J'ai ensuite réparti temporellement et géographiquement les dossiers éligibles afin de comprendre le besoin du département, à travers une cartographie des appels par CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) mais aussi une répartition selon l'organisation des soins (continuité et permanence des soins).

Résultats

J'ai comptabilisé 280 cas éligibles sur les 2 mois d'été et 195 sur les 2 mois d'hiver.

A propos de la répartition géographique des appels, les CPTS Loire Vendée Océan, Littoral Vendéen et Centre Vendée représentent 70% des appels l'été et 66% l'hiver pour la régulation médicale, alors qu'elles constituent 56% de la population de Vendée.

La répartition des appels sur les horaires de la permanence des soins ambulatoires (les soirs après 20h, les samedis à partir de 12h et les dimanches toute la journée) se fait à hauteur de 58% l'été et 67% l'hiver.

Discussion

L'adaptation locale du protocole passe par une mise en place du protocole, avec l'aide des CPTS, dans toutes les pharmacies de Vendée. Les IDE ne participeraient plus au protocole. Il s'adresserait à toute patiente, avec ou sans médecin traitant. Les soirs de semaine, les dimanches matins, voire après-midi, la régulation médicale pourrait adresser les patientes auprès des pharmacies de garde.

MOTS-CLES : protocole national de coopération, cystite, régulation médicale, pharmaciens, infirmiers diplômés d'état, communautés professionnelles territoriales de santé