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

NUMÉRO DE L'ORDONNANCE : OC-UR-001
VERSION DU 2023-04-21

ORDONNANCE COLLECTIVE

INITIER DES MESURES DIAGNOSTIQUES EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES ET SIGNES SUGGESTIFS D'UNE INFECTION URINAIRE (CYSTITE ET PYÉLONÉPHRITE) ET INITIER UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE PER OS DE PREMIÈRE INTENTION POUR LA CYSTITE CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DE 14 ANS ET PLUS.

Date d'entrée en vigueur	2023-06-06		
Incluant un protocole	Oui ☒ Référence au protocole médical national N°888022 de l'Institut national d'excellence en santé et en services (INESSS).Non ☐		
Adopté par	CMDP		
Date de révision	2023-02-28	**Date de fin de la période de validité**	2027-02-28

1. Objet

1.1 Description

- Initier des mesures diagnostiques en présence de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire (cystite et pyélonéphrite) et initier un traitement pharmacologique per os de première intention pour la cystite chez une personne âgée de 14 ans et plus.

1.2 But

- Améliorer l'accessibilité et favoriser la prise en charge des infections urinaires;
- Prévenir les complications associées aux infections urinaires.

2. Professionnels habilités

- Infirmières du CIUSSS de l'Estrie – CHUS œuvrant dans les secteurs d'activités visés et possédant la formation, les connaissances et les compétences requises à l'application de la présente ordonnance collective.

3. Activités réservées

3.1 Professionnel visé par l'ordonnance collective

- **Infirmière**

→ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;

→ Exercer une surveillance clinique de la condition de la personne dont l'état de santé présente des risques incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;

→ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance;

→ Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;

→ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

4. Secteurs d'activités visés

- GMF, GMF-AR et GMF-U du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Cliniques de transition du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Cliniques sans rendez-vous du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Cliniques jeunesses du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Services scolaires du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Bureau de santé du Centre jeunesse.

5. Médecin répondant

- Pour la clientèle des GMF, GMF-AR et GMF-U: le médecin traitant de la personne ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) associée ou leurs remplaçants désignés;
- Pour la clientèle des cliniques de transition et de sans rendez-vous : le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée pivot désignés localement ou leurs remplaçants désignés.
- Cliniques jeunesse et services scolaires: Médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) associée ou leurs remplaçants désignés.
- Bureau de santé du Centre jeunesse : Médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) associée ou leurs remplaçants désignés.

6. Indications et conditions d'initiation

6.1 Groupes de personnes visées et Conditions à l'application de l'ordonnance

- Personne de 14 ans et plus qui présente, parmi les suivants, au moins deux des symptômes ou signes d'apparition récente, suggestifs d'une cystite :
  - Sensation de brûlure et d'inconfort à la miction ou difficulté à uriner (dysurie)
  - Urgence mictionnelle (urgenturie)
  - Envie fréquente d'uriner (pollakiurie)
  - Douleur ou malaise suspubien
  - Hématurie (présence de sang dans les urines)

OU

- Personne de 14 ans et plus qui présente, parmi les suivants, au moins deux des symptômes ou signes d'apparition récente, suggestifs d'une pyélonéphrite :
  - Fièvre
  - Douleur costo-vertébrale (au dos) ou au flanc
  - Au moins un des symptômes ou signes suggestifs d'une cystite ci-dessus.

7. Contre-indications et limites

7.1 Contre-indications

Mêmes contre-indications que celles spécifiées pour l'application du protocole médical national No888022 de l'INESSS, soient :

- **Antécédents médicaux :**
  - Anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire
  - Chirurgie de l'appareil urinaire dans les trois derniers mois[1]
  - Contre-indication à l'usage de tous les antibiotiques recommandés
  - Grossesse
  - Hémodialyse ou pathologie rénale chronique (p. ex. calcul rénal) autre que l'insuffisance rénale sévère
  - Immunosuppression[2]
  - Port d'un cathéter urinaire (sonde à demeure)
  - Récidive (rechute précoce dans un délai de 2 à 4 semaines ou réinfection survenant plus de 2 fois par 6 mois ou plus de 3 fois par année) d'une cystite ou d'une pyélonéphrite (avec ou sans facteurs de complication)
- **Symptomatologie compatible avec :**
  - Instabilité hémodynamique (p. ex. hypotension, tachycardie)
  - Orchi-épidydimite
  - Pathologie gynécologique (p. ex. maladie inflammatoire pelvienne, grossesse extra-utérine, rupture d'un kyste ovarien)
  - Prostatite
  - Rétention urinaire (impossibilité de vider la vessie accompagnée d'une sensation de plénitude vésicale ou d'une douleur abdominale) (voir le PMN correspondant)
  - Suspicion de sepsis (p. ex. tachypnée importante, altération de l'état de conscience) ou atteinte importante de l'état général
- **Contre-indications à l'initiation d'un traitement (spécifiques à l'ordonnance collective) :**
  - Allaitement
  - Symptômes compatibles avec une infection transmissible sexuellement (ITS) (p. ex. cervicite ou urétrite causée par Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae)
  - Pertes vaginales inhabituelles (p. ex. candidose vulvovaginale, vaginose bactérienne)
  - Pyélonéphrite soupçonnée

[1] Un cathétérisme vésical non compliqué et une cystoscopie ne sont pas considérés comme étant des chirurgies de l'appareil urinaire.
[2] https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccinologie-pratique/immunodepression

7.2 Limites / orientation vers le médecin ou l'IPS

- **Au moment de l'appréciation de la condition de santé:**
  - Facteurs de risque d'une ITS chez une personne symptomatique
- **Après l'obtention des résultats des analyses de biologie médicale:**
  - Résultat négatif de l'analyse urinaire malgré la présence de symptômes et signes, d'apparition récente, suggestifs d'une infection urinaire
  - Résultat négatif de la culture d'urine lorsqu'une cystite est soupçonnée
  - Résistance bactérienne à l'antibiotique prescrit
- **Pendant ou après le traitement initial :**
  - Apparition d'une contre-indication, d'une intolérance ou d'une réaction allergique à la médication en cours de traitement et dont les caractéristiques de la personne ou la résistance bactérienne locale limitent le choix d'un autre antibiotique parmi ceux énumérés dans le protocole n°888022.
  - Persistance, aggravation des symptômes et signes ou détérioration de l'état général de la personne suivant le début des antibiotiques

8. Procédure

1. Se référer au protocole médical national No888022 de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) intitulé « Initier des mesures diagnostiques en présence de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire (cystite et pyélonéphrite) et initier un traitement pharmacologique per os de première intention pour la cystite chez une personne âgée de 14 ans et plus » ;
2. Suivre les directives du protocole médical national n°888022;
3. En cas de besoin de communiquer avec le médecin traitant, le médecin répondant ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) associés selon les bonnes pratiques de transfert d'information ;
4. Noter dans le dossier de l'usager les éléments qui justifient l'application ou l'absence d'application de l'ordonnance, les actions accomplies dont l'orientation vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, les consignes données et les suivis s'il y a lieu ;
5. Remplir le formulaire de liaison pour le pharmacien communautaire, s'il y a lieu.

9. Sources

- Adaptation du modèle de l'ordonnance collective de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/infections-urinaires.html;
- Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS). (2023). Infections urinaires. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/infections-urinaires.html;
- OC-56. (2016). Initier le traitement d'une infection urinaire chez les femmes de 14 ans et plus;
- OC-AMB-10. (2015). Infection urinaire;
- ORD CMDP-17. (2016). Investiguer et traiter une infection urinaire basse non compliquée chez la femme de 12 à 65 ans.

10. Processus d'élaboration

10.1 Rédaction

Nom :	Gagné	Prénom :	Johanie	, Assistante au supérieur immédiat (ASI), DSG	Date : Février 2023

10.2 Consultation/collaboration

Nom :	Labrie	Prénom :	Ève	, Coordonnatrice, groupe de médecine familiale (GMF), DSG	Date : Février 2023
Nom :	Gaudreau	Prénom :	Sylvie	, Conseillère cadre clinicienne, soutien et encadrement clinique, DSI	Date : Février 2023
Nom :	Létourneau	Prénom :	Renée	, Conseillère-cadre clinicienne, Pratique ambulatoire 1re ligne, GMF, maladies chroniques, DSI	Date : Février 2023
Nom :	Paquette	Prénom :	Geneviève	, Conseillère cadre clinicienne, jeunesse, DSI	Date : Mai 2023
Nom :	Lacerte	Prénom :	Mélanie	, Adjointe aux services pharmaceutiques, DSP	Date : Mai 2023

10.3 Validation

Nom :	Gosselin	Prénom	Suzanne	, Médecin	Date :
Nom :	Beauregard-Lepage	Prénom :	Francis	, Médecin	Date :
Nom :		Prénom :		, Pharmacienne	Date :

10.4 Approbation

☐ Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)

☒ Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires

11. Processus d'adoption

Nom, prénom :	Bolduc, Brigitte	Signature :	Document original signé	, Président du CMDP	Date : 2023-03-14
Nom, prénom :	Bourgault, Patricia	Signature :	Document original signé	, Directrice des soins infirmiers	Date : 2023-06-06

12. Historique des révisions

Version	Description	Auteur/responsable	Date
0	Version initiale de l'INESSS – Février 2023	▪ Johanie Gagné, Assistante au supérieur immédiat, DSG ▪ Ève Labrie, coordonnatrice GMF, DSG ▪ Sylvie Gaudreau, conseillère-cadre clinicienne, DSI ▪ Renée Létourneau, conseillère-cadre clinicienne, DSI	2023-02-28
1	Révision avec modification par l'INESSS et secteurs d'activités – Mai 2023	▪ Johanie Gagné, Assistante au supérieur immédiat, DSG ▪ Ève Labrie, coordonnatrice GMF, DSG ▪ Sylvie Gaudreau, conseillère-cadre clinicienne, DSI ▪ Renée Létourneau, conseillère-cadre clinicienne, DSI ▪ Geneviève Paquette, conseillère-cadre clinicienne, DSI ▪ Mélanie Lacerte, Adjointe aux services pharmaceutiques, DSP	2023-05-15

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

B A 0 0 6

☐ Double identité vérifiée

Date de naissance (Année / Mois / Jour)			N° de dossier
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance			Prénom
Adresse			
Ville	Code postal		N° de téléphone
Nom de la mère			Prénom de la mère
Nom du père			Prénom du père

INSTALLATION : _____

FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

INITIATION D'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE PER OS DE PREMIÈRE INTENTION POUR LA CYSTITE

DATE (Année / Mois / Jour) _____ HEURE _____ h

APPLICATION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

☐ Toutes les indications et conditions d'initiation décrites dans l'ordonnance collective OC-UR-001 et du protocole médical national N° 888022 de l'institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sont réunies.

☐ Il n'y a pas de contre-indication à l'application de l'ordonnance collective.

IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)

_____ Nom de la pharmacie (ou pharmacien) _____ N° de téléphone _____ N° de télécopieur

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE

☐ Traitement de la cystite chez la femme

	Nom de l'antibiotique	Posologie	Ajustement selon la fonction rénale		Durée du traitement	
			DFG[1] (mL/min)	Ajustement	Cystite non compliquée	Cystite compliquée ou à risque
☐	Nitrofurantoïne monohydrate/ macrocristaux (MacroBID)	100 mg PO BID	☐ Moins ou égal à 40	Contre-indiqué	☐ 5 jours	☐ 7 jours
☐	Triméthoprime-sulfaméthoxazole (Bactrim)	(DS) 160/800 mg PO BID	☐ Plus de 30		☐ 3 jours	☐ 7 jours
			☐ 15 à 30	(DS) 160/800 mg PO DIE		
			☐ Moins de 15	Contre-indiqué		
☐	Trométhamine de fosfomycine (Monurol)	3 g PO			☐ Dose unique	☐ 3 doses aux 48 h (0 h – 48 h – 96 h)
☐	AUTRE : (Si contre-indication à tous les antibiotiques de première intention ci-dessus)					

[1] Débit de filtration glomérulaire

OPI-UR-001

No produit 2023-06

FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE
INITIATION D'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE PER OS DE PREMIÈRE INTENTION POUR LA CYSTITE

Page 1 de 2
DOSSIER DE L'USAGER

Nom de l'usager : _____ N° dossier : _____

☐ **Traitement de la cystite chez l'homme**

	Nom de l'antibiotique	Posologie	Ajustement selon la fonction rénale		Durée du traitement
			DFG (mL/min)	Ajustement	
☐	Triméthoprime-sulfaméthoxazole (Bactrim)	(DS) 160/800 mg PO BID	☐ 15 à 30	(DS) 160/800 mg PO DIE	7 jours
			☐ Moins de 15	Contre-indiqué	
☐	Ciprofloxacine	500 mg PO BID	☐ Moins de 30	500 mg PO DIE	7 jours
☐	Ciprofloxacine XL	1000 mg PO DIE	☐ Moins de 30	500 mg PO DIE	7 jours
☐	Lévofloxacine	500 mg PO DIE	☐ 20 à 50	500 mg PO X 1 dose puis 250 mg toutes les 24 h	7 jours
			☐ Moins de 20	500 mg PO DIE X 1 dose puis 250 mg toutes les 48 h	7 jours
☐	AUTRE : (Si contre-indication à tous les antibiotiques de première intention ci-dessus)				

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE

Signature du professionnel _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____

N° de téléphone _____ Titre d'emploi _____ Date (AA-MM-JJ) _____

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Signature du prescripteur _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ Date (AA-MM-JJ) _____

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

(à compléter uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel habileté visé par l'ordonnance)

Nom de la personne qui fait l'envoi _____ Date et heure de l'envoi (AA-MM-JJ) _____

Adaptation du formulaire de liaison à l'attention du pharmacien communautaire de l'INESSS – Juillet 2019

Page 2 de 2

No produit
2023-06

FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE
INITIATION D'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE PER OS DE PREMIÈRE INTENTION POUR LA CYSTITE

DOSSIER DE L'USAGER