



HAL
open science

L'antibiothérapie en EHPAD vue par les médecins généralistes de Haute-Savoie : les déterminants de cette prescription

Elsa Richard, Pierrette Baudouin

► To cite this version:

Elsa Richard, Pierrette Baudouin. L'antibiothérapie en EHPAD vue par les médecins généralistes de Haute-Savoie : les déterminants de cette prescription. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02319252

HAL Id: dumas-02319252

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02319252>

Submitted on 17 Oct 2019

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

**L'antibiothérapie en EHPAD vue par les médecins généralistes de Haute-Savoie :
les déterminants de cette prescription**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Elsa RICHARD, [Données à caractère personnel]

Et

Pierrette BAUDOUIN, [Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble

Le 15 Octobre 2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick Imbert

Directrice de thèse : Madame le Docteur Emilie Piet

Membres :

Monsieur le Professeur Pascal Couturier

Madame le Docteur Caroline Landelle

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements communs

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Patrick Imbert,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous prions de croire en l'expression de toute notre considération et de nos plus profonds respects.

A nos membres du jury,

Madame le Docteur Caroline Landelle et Monsieur le Professeur Pascal Couturier,

Nous sommes très honorées que vous ayez accepté de lire notre travail et de participer à notre jury. Veuillez accepter nos plus sincères remerciements.

A notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Emilie Piet,

Merci de nous avoir soutenues et guidées dans la rédaction de cette thèse. Ta disponibilité, tes connaissances et ton expérience nous ont été précieuses. Soit assurée de notre respect et de notre reconnaissance.

Aux médecins ayant participé aux entretiens,

Merci pour votre implication, ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

A l'équipe de gériatrie du CH d'Annecy et plus particulièrement à Anne, Alice, Antoine et Youri,

Merci pour votre bienveillance, de nous avoir transmis vos connaissances et l'amour de la gériatrie.

Pensez tout de même à prendre des vacances ;))

Remerciements Elsa

A Pierrette,

ma co-interne, co-thésarde mais surtout amie. Je n'aurais pas pu rêver meilleur binôme pour réaliser ce projet. Merci pour ton écoute, ta rigueur et ton organisation. Je te souhaite plein de beaux projets en terre Bretonne. Je compte bien aller noyer le poisson du côté de Vannes ;).

A mes parents,

Merci pour votre amour inconditionnel, votre soutien, et tout ce que vous m'apportez. Sans vous je ne serai pas là. Merci Maman pour les relectures.

A ma sœur, mon gouzi, merci pour notre complicité si précieuse.

A mes mamies, merci pour votre confiance sans égal et toute l'affection depuis mon enfance.

A Jean-Pierre, merci pour ta bienveillance envers tes petits enfants d'adoption.

A Valérie, ta force est un exemple. Merci pour tes encouragements.

A Francois, Sophie, Pierrot et tous mes cousin(e)s merci pour ces bons moments passés et à venir en famille.

Aux médecins, hospitaliers ou libéraux, qui m'ont appris à devenir le médecin que je suis aujourd'hui :

A Virginie et Hélène merci pour l'enrichissement autant sur le plan humain que professionnel que vous m'avez donné.

Clin d'œil à **Marius et Bernadette** pour les super repas du mardi midi.

A Jacques, merci de m'avoir partagé ta passion pour la gériatrie. Tes conseils me servent au quotidien. J'ai toujours une pensée pour toi quand je vais à l'EHPAD, mais maintenant je vole de mes propres ailes.

Aux Dr Hubail et Dr Pattou, merci pour la confiance que vous m'avez accordée permettant la réalisation de mon projet personnel.

A l'équipe de l'HAD du CH Annecy, Hélène et Stéphane merci de m'avoir intégrée dans cette très belle équipe. C'était un plaisir d'apprendre à vos côtés.

A l'équipe de Gastroentérologie du CH Annecy, merci pour votre bienveillance et soutien sans faille.

Aux équipes des Urgences du CHU de Grenoble et à la Gynécologie du CH Annecy

A mes amis d'enfance Xav, Arnaud, Marlou, Groben, Charline, Pierre Luc On a grandi ensemble, Tant de souvenirs... Toujours un plaisir de vous retrouver pour décompresser.

A la tata Mercadier, merci pour tout ce que tu m'as apporté dans mes années scolaires à PUSEY.

A mon Boulet (et Luisa), merci d'avoir été mon binôme, acolyte et confident pendant nos années à Besançon. Ça y est, on atteint le but !

A Cha et Amélie, les cascadeuses professionnelles, merci d'être toujours à l'écoute et pour tous ces fous-rires.

A Anne-Ga et Antoine, la diaspora Vésulienne !

A Mag, ma semblable **et Justine**, malgré la distance vous restez des amies chères, vous me manquez !

A Youyou, Laura et Martin, en souvenirs de la petite salle et de ces heures interminables à bosser l'ECN !

A Alexia, à notre migration grenobloise, merci d'être jamais loin !

A tous mes co-internes avec qui j'ai appris, échangé et surtout rit pendant ces 3 années.

A Sarah, Madou, Lulu, Nico (la fouine), Juju : l'internat sans vous n'aurait pas eu la même saveur ! Merci d'être présents dans les bons (comme les moins bons) moments. Madou merci pour la suture ! Juju merci pour le dentiste !

A mes très belles rencontres Grenobloises : Quentin C, Florent R, Anne, Florent C, Florian L , Justine, Stéphane, Marion, Béné, Aurélie, Audrey, Louis, Florian Z , Pauline, Laetitia B, Laetitia D, Marine et Quentin T, Anne Pau, Aliénor, Manon, Emilie, Charlotte, Laurine Merci d'avoir égayé mon internat !

A Eve, merci d'avoir été là.

A mes colocs, pour le bon vin et les instants potins.

A Marion, pour toutes tes belles attentions lors de cette dernière ligne droite.

Et à tous ceux que j'ai oublié...

J'ai grandi avec vous, et grâce à vous. Merci.

Remerciements Pierrette

Elsa, cela a été un véritable plaisir de travailler avec toi. On a fait une super équipe, les vraies pros du passé composé indirect ! (j'ajoute le Bescherelle sur ma liste au père Noël...)

A ma famille :

Papa, Maman, merci d'avoir toujours été là pour moi, et de m'avoir inculqué la valeur de la famille.

Thomas, Mathilde et Marion, c'est un grand bonheur pour moi d'être votre sœur, j'espère pouvoir partager encore pleins d'autres beaux moments avec vous.

Marie et André, merci de votre présence en ce jour si particulier...

David, je n'aurai jamais assez de mots pour exprimer ce que tu apportes à ma vie chaque jour. Merci pour ta patience, merci pour ton amour... Tout simplement, merci d'être là.

Joanna, Didier, merci pour votre accueil dans la famille Recher et pour vos conseils avisés.

A mes co-internes : que serait l'internat sans votre présence ! Une pensée particulière pour **Kevin**, un enfer de travailler avec toi, impossible de se concentrer avec tes blagues non-stop ! Pour **Floriane**, ta douceur et ton intelligence ont été un vrai support aux urgences. A **Emilie**, pour ton franc parler ! A **Marine**, tu étais mon rayon de soleil dans les moments difficiles.

A Camille, ton amitié m'est très précieuse, tu es une personne d'une gentillesse rare et j'espère toujours t'avoir dans ma vie.

Aux seniors rencontrés en stage, la neurologie et les urgences d'Annecy, des stages « Bisounours » m'ayant permis de prendre mes responsabilités en douceur. A la PMI 74, qui m'a donné le goût de la pédiatrie.

A mes maitres de stages universitaires : **Christophe, Ali, Matthieu, Jean-Claude P., André**... Merci de m'avoir enseigné la « vraie » médecine. Une pensée particulière pour **Jean-Claude Bader**, ton exemplarité et ta pédagogie ont motivés ce sujet de thèse, j'espère pouvoir devenir ne serait-ce que la moitié du médecin que tu es.

Table des matières

Résumé.....	14
Abstract.....	15
Abréviations.....	16
Introduction.....	17
Matériels et Méthodes.....	20
Résultats.....	23
I- Caractéristiques de l'échantillon.....	23
A- Données générales sur les entretiens.....	23
B- Caractéristiques socio-démographiques.....	23
1- Sexe des médecins	23
2- Age des médecins	23
3- Lieu d'exercice.....	23
C- Caractéristiques de la pratique médicale.....	24
1- Formation.....	24
2- Nombre de patients suivis.....	24
3- Fréquence de visite à l'EHPAD.....	24
4- Type d'exercice.....	25
II- Déterminants de la prescription antibiotique	26
A- L'organisation de l'EHPAD	26
1- L'équipe soignante.....	26
a. Une aide à la prescription : l'importance de l'IDE	26
b. Les obstacles à la prescription.....	27
i. Le turnover	27
ii. Les difficultés de communication.....	28
2- Le rôle du médecin coordonnateur	28
a. La prescription.....	28
b. Protocoles et prévention	29
c. Commissions de coordination	30
d. Perception de sa fonction	30
3- Pharmacie.....	31
4- Les logiciels	32
B- Les particularités du patient d'EHPAD	32
1- Terrain / présentation clinique	32

2-	Famille	33
3-	Projet de soins	34
4-	Fin de vie.....	35
C-	La pratique du médecin généraliste	36
1-	Les visites.....	36
a.	L'organisation des visites en EHPAD.....	36
b.	Les freins	37
c.	Les moyens compensatoires.....	37
2-	L'examen clinique	38
3-	Examens complémentaires.....	39
a.	Les examens de biologie	39
b.	Les examens d'imagerie.....	41
c.	Le lien avec l'hôpital.....	42
4-	La prescription	43
a.	Les différentes approches.....	43
b.	La perception de l'antibiothérapie.....	44
5-	La formation.....	44
6-	L'antibiorésistance	45
D-	Propositions d'amélioration	47
1-	Concernant l'organisation de l'EHPAD	47
a.	Les logiciels d'EHPAD.....	47
b.	L'équipe soignante	48
c.	Pédagogie	49
d.	Règles d'hygiène.....	49
2-	Concernant la prise en charge médicale.....	50
a.	Les visites.....	50
b.	Un référent en gériatrie	50
c.	La radiographie sur site	50
3-	Concernant les recommandations	50
	Discussion.....	52
I-	Critique de la méthode	52
A-	Forces de l'étude	52
B-	Faiblesses de l'étude	52
II-	Discussion des résultats et données de la littérature	53

A-	Organisation de l'EHPAD	53
1-	L'équipe soignante.....	53
2-	Médecin coordonnateur	56
3-	Pharmacie.....	59
4-	Informatique.....	60
B-	La pratique médicale.....	60
1-	Les visites.....	60
2-	Antibiothérapie et soins palliatifs chez la personne âgée	61
3-	Antibiorésistance :	62
a.	La ROSP.....	62
b.	Perception de l'antibiothérapie et de l'antibiorésistance par les médecins : ..	63
4-	La confusion comme point d'appel infectieux.....	64
5-	Perspectives en infectiologie.....	65
a.	Phages	65
b.	Les examens complémentaires	66
6-	La formation.....	67
a.	Recommandations actuelles	67
b.	Hygiène	67
	Conclusion	69
	Annexes.....	72
	Annexe I : Guide d'entretien.....	72
	Annexe II : Guide d'entretien modifié	72
	Annexe III : Arborescence des données	74
	Annexe IV : Retranscription des entretiens.....	76
	Bibliographie.....	203

Résumé

Contexte

La France est le troisième plus gros prescripteur d'antibiotiques d'Europe. Une grande partie de ces prescriptions est réalisée en ambulatoire par les médecins généralistes. La population d'EHPAD est particulièrement exposée aux risques d'infections et à l'utilisation inappropriée d'antibiotiques. Le mésusage des antibiotiques est responsable du phénomène d'antibiorésistance, un problème majeur de santé publique.

Objectif

L'objectif de cette étude était d'identifier les déterminants de la prescription antibiotique en EHPAD des médecins généralistes de Haute-Savoie.

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé auprès de médecins généralistes intervenants dans des EHPAD de Haute Savoie, à l'aide d'un guide d'entretien. L'échantillonnage a été réalisé dans le but d'obtenir une variation maximale des profils. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. L'analyse des données a été réalisée par codage ouvert puis axial. Ces codes ont fait l'objet d'une triangulation par les deux investigatrices.

Résultats

La prescription antibiotique en EHPAD était modulée par l'organisation de l'établissement, les particularités du patient d'EHPAD et la pratique personnelle du médecin. Les infirmiers avaient un rôle déterminant dans les prescriptions. Le médecin coordonnateur était un acteur important par le conseil gériatrique qu'il prodigue à ses confrères et à l'équipe soignante. L'antibiothérapie en situation de fin de vie était considérée comme déraisonnable par certains médecins, pour d'autres elle faisait partie des soins de confort. La famille était un des déterminants de la prescription par la pression qu'elle peut exercer. Les visites étaient souvent considérées comme chronophages. La notion d'antibiorésistance était connue mais restait abstraite. Pour pallier les difficultés de l'antibiothérapie en EHPAD, des pistes d'amélioration ont été proposées par les médecins.

Conclusion

L'antibiothérapie en EHPAD implique de nombreux facteurs et intervenants, des recommandations spécifiques à ces populations ainsi qu'une nouvelle organisation des visites dans ces établissements sont nécessaires pour optimiser ces prescriptions.

Mots clés : antibiotique, médecin généraliste, antibiorésistance, EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, analyse qualitative

Abstract

Haute-Savoie's general practitioners' views on antibiotic therapy in long-term care facilities for the elderly: the determining factors of this prescription

Background

France is the third largest antibiotic prescribing country in Europe. General practitioners write a large number of these prescriptions during home visits. The patients residing in long-term care facilities for the elderly - EHPAD - are particularly exposed to the risks of infections and to the inappropriate use of antibiotics. The misuse of antibiotics is responsible for antimicrobial resistance and is a major public health issue.

Purpose

The objective of this study was to identify the factors that general practitioners in Haute-Savoie take into account when prescribing antibiotics in long-term care facilities.

Method

A qualitative study was undertaken using semi-directed individual interviews with general practitioners who visit patients in long-term care facilities in Haute-Savoie, with the help of an interview guide. Sampling was done with the aim of obtaining a maximum diversity of profiles. The interviews were carried out until data saturation was reached. Data analysis was performed using both open and axial coding. These codes were subjected to triangulation by both investigators.

Results

Antibiotic prescription in long-term care facilities was adjusted according to internal institution organisation, the distinctive characteristics of the patient group and the doctor's own personal practice. Nurses had a decisive role in prescriptions. The liaison physician played a cornerstone role in providing geriatric advice to both his colleagues and the care team. Antibiotic therapy during end-of-life care was considered unreasonable by some physicians whereas, for others, it formed part of the comfort care plan. Families played a determining role in whether antibiotics were prescribed or not due to the pressure exerted by them. Doctors often considered their visits to be time-consuming. Although the concept of antimicrobial resistance was known, it remained abstract. To alleviate the difficulties of antibiotic therapy in long-term care facilities, doctors suggested ways to improve the situation.

Conclusion

Antibiotic therapy in long-term care facilities for the elderly involves many factors and contributors. In order to optimise these prescriptions, it is necessary to put in place specific guidelines for these types of patients as well as implement a new visiting system to these institutions.

Key words: antibiotic, general practitioners, antibiotic resistance, qualitative analysis, long-term care facilities

Abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

BMR : Bactérie multi-résistante

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CRP : C-Reactive protein

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme universitaire

ECBU : Examen cytbactériologique des urines

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR : Groupes iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

JEDI : Journée d'enseignement en infectiologie de l'Arc Alpin

PCR : Polymerase chain reaction

PUI : Pharmacie à usage intérieur

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

RQDA : R package for Qualitative Data Analysis

SPIILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

Introduction

A l'échelle mondiale, les résistances microbiennes seraient actuellement responsables de 700 000 morts par an (1). Chaque année en France, 12500 décès sont liés à une infection à bactérie multirésistante (BMR) (2). En Europe, la France est le troisième plus gros prescripteur d'antibiotiques (3). Le mésusage des antibiotiques est responsable d'une sélection de populations bactériennes pouvant entraîner l'apparition de souches multirésistantes.

Après s'être focalisé sur le développement de nouveaux antibiotiques pendant plusieurs années, ce secteur a été délaissé au profit de recherches plus rentables.

Si aucun changement n'est effectué, les prévisions pour 2050 font état de 10 millions de morts dans le monde des suites de maladies infectieuses bactériennes, devenant ainsi la première cause de mortalité dans le monde (4).

Du fait de la vie en collectivité, d'hospitalisations fréquentes et de l'intervention de multiples soignants, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un lieu à risque d'émergence et de diffusion de bactéries multirésistantes (5).

En 2018, la France comptait 67,187 millions d'habitants dont 9,2% avaient plus de 75 ans. Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée dans cette classe d'âge de la génération du baby-boom, on estime que 11,5% des français aura plus de 75 ans en 2040 (6). La prise en charge des personnes âgées constitue donc un enjeu majeur de santé publique.

Parmi ces personnes âgées, en 2015 on comptait 728 000 personnes fréquentant un établissement pour personnes âgées, représentant 10% des plus de 75 ans et un tiers des plus de 90 ans. Dans les EHPAD, le degré de dépendance des résidents s'est aggravé. Selon la

direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré (GMP) est passé de 689 à 710 entre 2011 et 2015 (7). Leur état de santé s'est aussi détérioré avec notamment la présence de troubles cognitifs et de polyopathologies (8). Près de la moitié des résidents ont une maladie d'Alzheimer ou apparentée et ils ont en moyenne 7,9 pathologies avec des épisodes infectieux aigus récurrents. Ces épisodes augmentent avec le niveau de dépendance (9). En EHPAD, la prévalence d'une infection active un jour donné est estimée à 2,93%, et varie de 0% à 20% d'un établissement à l'autre. Les infections les plus fréquentes sont les infections urinaires (37%), les infections pulmonaires (35,5%) et les infections cutanées (27,5%) (10).

Une étude américaine en 2016 a montré que 30 à 50 % des résidents en institution étaient colonisés par au moins une bactérie résistante (11).

Les EHPAD doivent donc s'engager dans l'enjeu désormais mondial de la maîtrise de l'antibiorésistance bactérienne.

Les résidents sont suivis et pris en charge par leur médecin généraliste qui est donc le premier prescripteur d'antibiotiques en EHPAD. Actuellement, il existe peu d'études concernant cette prescription.

Chez ces patients aux multiples comorbidités avec des difficultés diagnostiques et thérapeutiques fréquentes, le taux de prescriptions antibiotiques inappropriées est estimé à 40% dans une étude australienne (12) et peut atteindre 50% (5) (13). Une étude américaine de 2011 a évalué les traitements antibiotiques dans les infections urinaires en EHPAD, 41% des patients étaient traités hors critères (14). Un article publié en 2018 réalisé sur les infections urinaires dans 134 EHPAD françaises, a montré une prescription antibiotique de première ligne en accord avec les recommandations de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) dans 16% des cas, 30% pour les diagnostics reclassés (15).

Le médecin traitant a donc un rôle central dans l'amélioration des pratiques.

Dans ce contexte, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative auprès des médecins généralistes de Haute-Savoie afin de connaître les déterminants de leurs prescriptions antibiotiques en EHPAD.

Matériels et Méthodes

Choix du type d'enquête :

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par les deux doctorantes, par entretien individuel auprès de médecins généralistes intervenant dans des EHPAD de Haute Savoie. Nous avons étudié les déterminants de leur prescription antibiotique dans ces établissements.

Nous avons choisi la méthode qualitative afin d'observer les facteurs subjectifs de cette prescription, du point de vue du médecin généraliste. Nous avons porté notre choix sur l'entretien individuel afin de laisser la liberté de parole au praticien.

Population de l'étude :

L'échantillonnage a été réalisé à partir des connaissances des deux chercheuses, puis par l'effet boule de neige, ainsi que par demandes envoyées par e-mail via la liste de diffusion de l'Ordre des médecins de Haute-Savoie. Nous avons exclu les médecins non installés et ceux n'ayant aucun patient en EHPAD.

Nous avons sélectionné les profils les plus diversifiés possibles. Le but était d'obtenir un échantillonnage en recherche de variation maximale. Nous avons veillé à interroger des médecins de générations et de localisations différentes, avec des fréquences d'activité en EHPAD variées, dont un médecin généraliste coordonnateur en EHPAD.

Recueil des données

Cette étude a été réalisée par le moyen d'entretiens individuels semi-directifs, à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe I). Ce guide d'entretien a été répété à deux reprises par les deux chercheuses au préalable. Les entretiens ont été menés d'octobre 2018 à mai 2019 par l'une

ou l'autre des chercheuses. Ils ont eu lieu au cabinet des médecins généralistes ou à leur convenance. Le guide d'entretien a été révisé suite aux premiers entretiens afin d'améliorer les questions (Annexe II). L'utilisation de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses personnalisées, tout en s'assurant que les thèmes recherchés étaient bien abordés.

Avant de débiter chaque entretien le consentement écrit des médecins participants a été recueilli, ainsi que leurs caractéristiques (âge, maîtrise de stage, diplôme universitaire, activité salariée annexe, conditions d'exercice, nombre de patients et fréquence de visite en EHPAD).

Lors des entretiens, un enregistrement par magnétophone a été réalisé, et des notes de terrain ont été prises.

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot sur le logiciel Word® par l'investigateur ayant effectué l'entretien. Nous avons réalisé une anonymisation en remplaçant l'identité du participant par une lettre et un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens. Une anonymisation des éléments pouvant identifier indirectement les participants a également été effectuée.

Ces retranscriptions ont ensuite été envoyées par e-mail aux participants afin qu'ils puissent les valider.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, définie comme l'absence de nouvelle information lors de deux entretiens consécutifs.

Analyse des données

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données. Les verbatims sont analysés en unité de codage par analyse

syntactique, indépendamment par chaque investigateur de façon manuelle. Nous avons effectué un premier codage ouvert, chaque idée nouvelle correspondant à un code.

Les analyses des deux investigateurs ont été confrontées afin d'aboutir à un consensus et d'améliorer la validité des résultats. Cette mise en commun des codes a été réalisée sur le logiciel RQDA (R package for Qualitative Data Analysis), afin de permettre de retrouver plus facilement les passages codés.

Ces codes ont ensuite été répertoriés sous forme de catégories afin de réaliser un codage axial. Enfin, les idées qui apparaissaient fréquemment ont fait l'objet d'un codage sélectif servant à faire ressortir les thèmes centraux (16).

Cadre légal

Une information écrite a été transmise aux participants, ils ont tous signé un consentement.

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été réalisée et accordée.

Résultats

I- Caractéristiques de l'échantillon

A- Données générales sur les entretiens

14 entretiens ont été réalisés d'octobre 2018 à mai 2019. Parmi la population interrogée, un médecin était coordonnateur en EHPAD, et un autre exerçait au sein de SOS médecins.

Les médecins généralistes ont été interrogés à leur cabinet à l'exception d'une entrevue réalisée dans un café. Les entretiens ont duré entre 14 et 41 minutes avec une moyenne de 28 minutes par entretien.

Nous avons numéroté les entretiens par ordre de réalisation de M1 à M14.

B- Caractéristiques socio-démographiques

1- Sexe des médecins

L'échantillon comptait 7 femmes et 7 hommes.

2- Age des médecins

L'âge moyen était de 47 ans, et variait de 36 à 68 ans.

3- Lieu d'exercice

La majorité des médecins interrogés (9) exerçaient en milieu semi-rural, 5 en milieu urbain.

L'ensemble de ces caractéristiques est récapitulé dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques

Médecin	Age	Sexe	Activité
M1	45	M	Semi-rurale
M2	59	M	Semi-rurale
M3	36	F	Semi-rurale
M4	60	M	Semi-rurale
M5	43	F	Urbaine
M6	68	M	Semi-rurale
M7	35	M	Urbaine
M8	56	M	Semi-rurale
M9	60	F	Urbaine
M10	58	F	Semi-rurale
M11	36	M	Semi-rurale
M12	37	F	Urbaine
M13	37	F	Urbaine
M14	36	F	Semi-rurale

C- Caractéristiques de la pratique médicale

1- Formation

2 médecins étaient détenteurs de l'attestation de coordination médicale au sein d'un EHPAD, dont un était titulaire de la capacité de gériatrie.

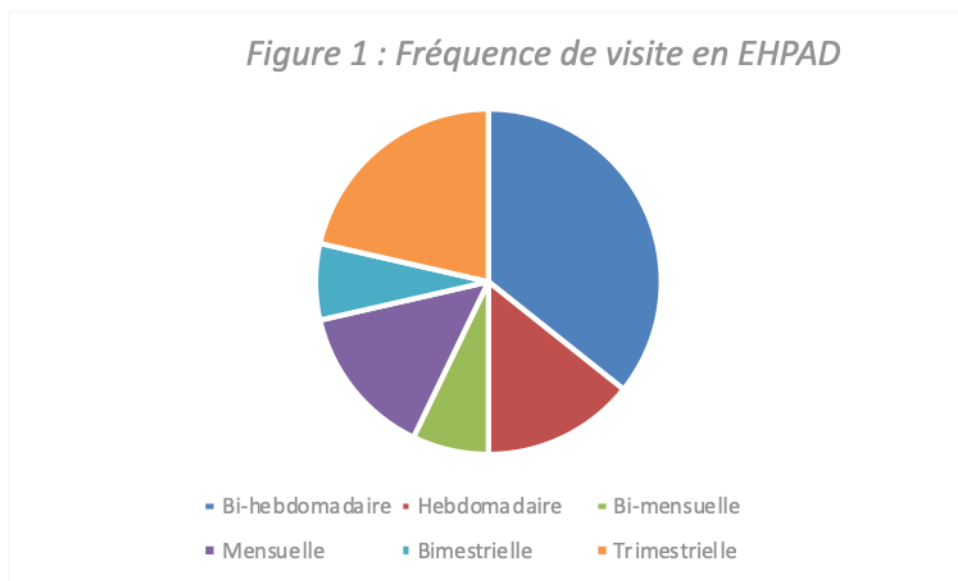
2- Nombre de patients suivis

Les médecins suivaient en moyenne 17 patients en EHPAD. Cela variait de 3 à 55 patients.

3- Fréquence de visite à l'EHPAD

La fréquence de visite en EHPAD variait de bi-hebdomadaire à trimestrielle. En moyenne ils se rendaient à l'EHPAD une fois par mois.

Ces données de fréquence sont représentées dans la figure 1.



4- Type d'exercice

Ils exerçaient en cabinet de groupe pour 10 d'entre eux, 4 exerçaient seuls. 8 médecins interrogés étaient maîtres de stage universitaire.

4 médecins cumulaient leur activité libérale à une activité salariée (en crèche, en EHPAD, en foyer pour personnes handicapées et au département de médecine générale).

II- Déterminants de la prescription antibiotique

Les déterminants de la prescription antibiotique ont été schématisés sous forme d'arborescence des données (Annexe III).

A-L'organisation de l'EHPAD

Les médecins interrogés se rendaient généralement dans plusieurs EHPAD aux fonctionnements différents. Ils pouvaient être publics, hospitaliers ou privés. Il existait des disparités concernant l'organisation interne dans ces établissements.

1- L'équipe soignante

a. Une aide à la prescription : l'importance de l'IDE

L'équipe soignante en EHPAD était composée d'infirmiers diplômés d'état (IDE) et d'aides-soignants.

Leur présence était signalée par tous les médecins comme un avantage. La surveillance par l'équipe permettait de temporiser une antibiothérapie ou d'ajuster une prise en charge en fonction des informations apportées. Elle avait donc un effet rassurant pour le médecin.

M3 « tu me demandais si les antibios j'en prescrivais en différé, je pars du principe que j'en ai pas besoin parce que justement il y a une surveillance régulière avec les infirmières et que du coup je leur dis aux infirmières, ben si dans deux jours ça ne va pas mieux, vous me rappelez et on verra à ce moment-là s'il y a lieu. »

La présence des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) permettait une surveillance clinique quotidienne des résidents. Le médecin pouvait s'appuyer sur la vision clinique de l'infirmier, surtout lorsqu'il était expérimenté. L'apprentissage de situations gériatriques, la connaissance

des résidents et le temps de présence important auprès de ceux-ci étaient des atouts précieux. En effet, en fonction de leurs déclarations (symptômes, constantes, évolution...), un médecin pouvait décider dans quel délai il rendrait visite au patient, si des examens complémentaires étaient nécessaires ou si une antibiothérapie devait être introduite.

M5 : « je leur fais confiance. Là, on a une équipe qui est sérieuse, qui a travaillé déjà dans le milieu. Voilà donc j'ai un bon contact, on travaille bien ensemble [...] si elles me disent que cliniquement elles sont inquiètes, je sais qu'il ne faut pas que je prenne de risque et que quand elles me disent ben non, c'est gérable. »

La bonne collaboration entre le médecin et l'infirmier était donc primordiale pour la bonne prise en charge des patients.

b. Les obstacles à la prescription

i. *Le turnover*

Il était souvent signalé un turnover important avec parfois un sous-effectif qui pouvait engendrer des difficultés pour le médecin à poser un diagnostic infectieux. D'une part, il existait une perte d'informations précieuses pour la prise de décision médicale du fait de soignants connaissant moins bien le patient.

M11 : « quand il y a un turnover plus important des équipes infirmières de l'établissement [...] l'infirmière connaît pas forcément bien, en remontant dans les logiciels c'est pas toujours bien documenté, donc finalement on va perdre un peu d'information là où c'est un élément précieux encore plus chez les patients déments. »

D'autre part, ces problèmes d'effectifs pouvaient être à l'origine d'erreurs d'approvisionnement de matériel diagnostique qui permettait la décision d'antibiothérapie.

M5 : « Parce que je pense qu'il n'y a pas assez de personnel et que ça a été très compliqué à (ville) mais là ça va un petit peu mieux, ce sont des nouvelles équipes, des nouvelles infirmières donc à mon avis il y a eu un raté au niveau commande qui fait qu'il n'y a pas eu de commande de pots à ECBU tout bêtement. »

ii. Les difficultés de communication

Certains médecins reprochaient le fait que leurs consignes organisationnelles n'étaient pas respectées. Ces situations émergeaient lors de problèmes de communication dans le binôme médecin infirmier. Ces aléas pouvaient conduire à des visites retardées ou réalisées dans de mauvaises conditions.

M13 : « Ça fait dix fois qu'on leur dit de nous prévenir le matin si il faut aller les voir dans la journée, et donc elles nous appellent l'après-midi [...] mais si elles avaient appelé le matin j'avais le temps d'aller les voir le midi quoi. [...] une fois sur deux on a demandé qu'ils restent en chambre et une fois sur deux, dans certaines EHPAD, ils sont pas en chambre ils sont au restaurant et on repart sans les voir. »

De plus, les demandes infirmières étaient parfois soulignées comme trop pressantes avec des demandes d'antibiotiques injustifiés.

M10 : « avec en plus parfois le forcing du personnel qui voudrait qu'on mette assez rapidement sous antibiotique. »

2- Le rôle du médecin coordonnateur

a. La prescription

Le médecin coordonnateur avait un rôle de conseil auprès de ses confrères sur la prescription en EHPAD. On lui demandait parfois de déterminer l'urgence d'une visite en cas de fièvre.

M7 : « j'ai des relations suffisamment bonnes je crois avec les médecins coordinateurs [...] pour juger de l'urgence de la situation, je leur propose de monter, d'aller voir le patient et de me rappeler pour me dire "c'est bon je gère ça " ou "il faut que je fasse un premier bilan enfin voilà" ».

Il pouvait être amené à prescrire lui-même en cas de situation d'urgence. Lorsque le médecin coordonnateur était aussi médecin traitant de résidents, il essayait de séparer ces temps d'activité. Cette séparation n'était pas toujours comprise par l'équipe soignante qui sollicitait le médecin coordonnateur pour son rôle de médecin traitant.

Chercheur : Est-ce que ça vous arrive d'être sollicité par les infirmières pour d'autres patients où on vous demande votre avis de médecin généraliste et non de médecin coordonnateur ?

M6 : Bien sûr.

Chercheur : Sur du coup des prescriptions urgentes ?

*M6 : C'est bihebdomadaire, *rires* si j'y vais deux fois.*

L'absence de médecin coordonnateur dans certains établissements pouvait mettre en difficulté les médecins traitants et les IDE de l'EHPAD. Celles-ci étant seules, elles se référaient pour toutes questions médicales notamment infectieuses au médecin traitant.

M10 : « Mais bon en même temps les EHPAD devraient tous avoir un médecin coordonnateur donc on se trouve à pallier le manque de médecin coordonnateur ».

b. Protocoles et prévention

Le médecin coordonnateur mettait en œuvre toutes les mesures utiles à la prévention des risques de santé publique. Il était en charge de l'application des recommandations vaccinales et de la mise en œuvre des règles d'hygiène en cas d'épidémies.

Il rédigeait des protocoles en collaboration avec les médecins généralistes, pour donner une conduite à tenir aux IDE concernant des situations de fièvre ou d'épidémie. Ces protocoles étaient destinés aux infirmières, les médecins traitants exprimaient le souhait de garder une liberté de prescription des antibiotiques.

M6 : « Mais après mettre un protocole d'antibiothérapie je pense que les médecins ils regardent sur AntibioGARDE. Je pense pas qu'on ait intérêt, enfin je ne crois pas de dire ce qu'il faut faire aux médecins. »

c. Commissions de coordination

Le médecin coordonnateur contribuait à homogénéiser les pratiques pour les professionnels de santé exerçant dans l'EHPAD en organisant les commissions de coordination gériatrique. Elles permettaient l'intervention et l'information de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux intervenant dans l'établissement.

M2 : « on a eu un une réunion il y a peu de temps dans l'EHPAD à (Ville) donc avec des médecins de (Ville hospitalière), avec les médecins qui interviennent sur l'EHPAD, avec le médecin coordonnateur, avec une pharmacienne, avec des infirmières, on a reparlé des infections urinaires des personnes en institution et je pense que là on va pouvoir remettre en route un nouveau protocole ».

d. Perception de sa fonction

Les médecins généralistes en lien avec les médecins coordonnateurs avaient une perception positive de leur fonction.

M7 : « ils me donnent aussi leurs connaissances en gériatrie en me disant que l'antibiotique n'est pas adapté. Il y a quand même, j'essaie d'avoir un rapport avec eux. Quand j'ai un conseil, je leur demande. »

Au contraire, en l'absence de communication, son rôle était difficilement compris par ses confrères généralistes.

Chercheur : D'accord il n'y a pas de lien particulier avec les médecins co.

M12 : Aucun. Et du coup je ne sais pas vraiment à quoi ils servent, les médecins co. C'est peut-être méchant mais je n'ai pas compris.

Enfin, il pouvait exister une divergence d'opinions concernant les prises en charge collectives.

M9 : « le médecin coordonnateur a pris la décision de mettre tout le monde sous Tamiflu® en préventif. Là aussi c'est... parce que moi qui lis Prescrire je mets pas le Tamiflu® [...]. »

3- Pharmacie

Les EHPAD rattachés aux hôpitaux avaient une pharmacie à usage intérieur (PUI) ce qui pouvait influencer le choix de la molécule antibiotique en fonction de la dotation. Pour les autres EHPAD, la délivrance était effectuée par une officine. En fonction de la proximité, la livraison se faisait de façon journalière à hebdomadaire. Le médecin pouvait donc être amené à initier une antibiothérapie en fonction des traitements présents sur place (reste de traitement antibiotique ou pharmacie de dépannage). Le traitement commencé dans l'urgence n'était alors pas nécessairement optimal.

M4 : « En fait il y a pas vraiment des stocks mais il y a des restes dans les pharmacies souvent quelques... quelques comprimés donc ça permet de démarrer en attendant qu'ils faxent l'ordonnance à la pharmacie, qu'ils les ramènent... »

4- Les logiciels

Les logiciels de gestion de l'EHPAD étaient nombreux et n'étaient pas tous accessibles en ligne. Dans ce cas, le médecin traitant ne disposait pas des informations du logiciel de l'EHPAD lorsqu'il était au cabinet. Leur utilisation était parfois notifiée comme chronophage. De plus la multiplicité des supports (logiciel cabinet, logiciel EHPAD et dossier papier) pouvait être source d'erreurs lors de la prescription antibiotique.

M9 : « De toute façon quand il y a deux supports, il y a deux erreurs quoi. »

B- Les particularités du patient d'EHPAD

1- Terrain / présentation clinique

Les patients d'EHPAD avaient de nombreuses comorbidités entraînant une polymédication. Ils étaient souvent très âgés et présentaient des troubles cognitifs importants et/ou une grabatisation. Les médecins les considéraient donc comme « fragiles », ce qui entraînait la mise en place d'une antibiothérapie parfois moins argumentée et plus rapide.

M1 « chez le patient âgé [...] comme il est déjà plus fragile, c'est, enfin, à titre personnel, moi je vais peut-être prescrire l'antibiotique un peu plus vite un peu plus facilement et un peu plus on va dire par défaut que je le ferai en ville ».

La présence d'intolérances et de troubles de la déglutition compliquaient le choix de la molécule antibiotique.

Cette prescription antibiotique était d'autant plus complexe chez le patient souffrant de troubles cognitifs, celui-ci ne pouvant exprimer ses signes fonctionnels. De plus la présentation clinique de la personne âgée pouvait être insidieuse, lors d'une infection la fièvre

n'était pas systématique et la confusion fréquente. Cette confusion pouvait être induite par d'autres pathologies aiguës, rendant le diagnostic d'infection difficile.

M11 : « une histoire de confusion inexplicée, on sait que oui une infection urinaire peut se manifester que par un problème de confusion de la même façon qu'un fécalome, de la même façon qu'un sous dural »

Les médecins pensaient que les résidents étaient plus porteurs de bactéries multi-résistantes en raison de la vie en collectivité et d'une antibiothérapie plus fréquente.

M14 : « C'est toujours plus compliqué chez les patients qui sont, qui sont comme ça grabataires qui sont parfois déments, parce que j'imagine, je pense je connais pas les statistiques qu'on a l'antibiothérapie plus facile et que bah forcément il y a des résistances, il y a plus de résistances, il y a qu'à voir le nombre qui se promène avec un BMR dans leurs urines en EHPAD. »

2- Famille

La famille avait un rôle important dans la vie du patient. La communication avec l'équipe soignante était primordiale : la famille faisait remonter ses préoccupations, et l'équipe soignante leur donnait des renseignements concernant le patient. L'IDE était l'interlocuteur principal, il relayait les informations entre le médecin et la famille. Dans le cadre infectieux, la famille pouvait être à l'origine d'une demande d'antibiotique. Les médecins pouvaient alors être amenés à argumenter leur choix, mais la décision leur revenait.

M5 : « Après il y a certaines familles qui sont très très désagréables et dans ce cas si je suis sûre qu'il n'y en a pas besoin je vais faire un bilan pour avoir la preuve que ce que j'avance est vrai. »

Malgré des échanges parfois difficiles, la présence de la famille était indispensable pour la

bonne prise en charge du patient. Son absence dans des situations complexes mettait le médecin en difficulté pour prendre des décisions.

M12 : « J'ai une de mes patientes complètement grabataire en EHPAD, démente, qui ne prend aucun traitement par la bouche, je n'ai pas eu besoin de mettre d'antibiotique jusque-là mais le jour où j'en aurai besoin, est-ce que ça va valoir le coup de lui faire des injections d'antibiotiques en IM ? [...] Parce qu'elle a quatre-vingt-quatorze ans, parce que son fils ne vient jamais la voir que 'fin... voilà... mais le jour où il y en aura besoin, qu'est-ce qu'on fera ? »

3- Projet de soins

Le confort du patient avait une grande place dans la prise de décision des médecins. La prescription d'examen complémentaires était plus réfléchi en EHPAD. Les imageries n'étaient pas toujours effectuées, pour éviter un transport souvent considéré comme déstabilisant pour le patient. Chez l'incontinent, l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) n'était parfois pas réalisé pour éviter un sondage perçu comme trop invasif. Une antibiothérapie pouvait alors être initiée sans ces éléments afin de préserver le confort du patient.

M7 « Un peu à l'aveugle avec le danger que ça comporte mais en en assumant, enfin le danger entre guillemets, le danger de se tromper ou le danger d'avoir un antibiotique non adapté, une infection décapitée mais est-ce que l'on ne prendrait pas ce risque pour ne pas faire ce geste qui est le sondage qui pour moi est très invasif. »

Dans ce même contexte, l'antibiothérapie était plus étudiée dans le cadre de trouble de la déglutition imposant un traitement injectable.

En cas de critères de gravité, l'hospitalisation était discutée. Elle se faisait en accord avec le patient s'il pouvait s'exprimer ou par l'intermédiaire de sa famille. Dans la mesure du possible le passage aux urgences était évité, considéré comme délétère pour le patient.

M8 : « franchement quand on revient avec une escarre stade IV uniquement parce qu'on est parti pour un bilan de pneumopathie et que ça va impacter toute la fin de vie de cette personne, là on se dit qu'il y a du gâchis, et bah du coup ça peut inhiber aussi les décisions pour les résidents suivants. »

Pour le confort du patient, le médecin pouvait renoncer à une hospitalisation et préférer prescrire des antibiotiques moins argumentés. Quand elle était inévitable, l'hospitalisation directe était favorisée quitte à la temporiser pour éviter une longue attente aux urgences.

4- Fin de vie

Si l'EHPAD était un lieu de vie, il était aussi pour une majorité des résidents leur dernier lieu de vie. En situation de fin de vie, le médecin s'appuyait sur les directives anticipées rédigées par le résident mais elles n'étaient pas souvent disponibles. Dans ce cas, le médecin traitant avait recours à la famille ainsi qu'à l'équipe soignante et éventuellement à l'avis d'un confrère afin d'offrir un accompagnement adapté au patient.

Concernant l'antibiothérapie en situation de fin de vie, on retrouvait plusieurs approches. Certains médecins y avaient recours, non pas à titre curatif mais dans le but de soulager le patient.

M10 : « Oui oui bien sûr on en a parlé. On s'était mis d'accord pour ne donner que des traitements qui puissent l'améliorer sur le plan des symptômes. Donc l'antibiothérapie faisait partie de ces traitements-là si... pour améliorer ses symptômes. Sans acharnement bien entendu. »

Pour d'autres, l'antibiotique pouvait s'apparenter à une obstination déraisonnable car il avait pour seule fonction de prolonger la vie d'un patient à la santé très altérée.

M8 : « selon ce qui a pu être mis en place avec la famille, [...] sur des gens déjà avec une longue histoire d'accompagnement dans l'EHPAD, on peut expliquer on peut renoncer à une antibiothérapie parce que le projet de vie n'a plus beaucoup d'intérêt et que on se contente d'hydrater à minima, de soulager les douleurs [...] »

C-La pratique du médecin généraliste

1- Les visites

a. L'organisation des visites en EHPAD

Les médecins avaient des organisations différentes. Pour le suivi, ils pouvaient se rendre à l'EHPAD sur un créneau hebdomadaire systématique, ou réalisaient leurs visites à la demande sur leurs créneaux de visites habituelles. D'autres n'avaient pas de plages dédiées et se rendaient à l'EHPAD à la place des consultations au cabinet ou sur leur temps libre.

La fréquence des visites en EHPAD était donc différente, de bihebdomadaire à trimestrielle selon le médecin.

Concernant les pathologies aiguës, l'IDE sollicitait le médecin en cas de symptômes. En fonction de l'organisation du praticien et de l'EHPAD, cette sollicitation se faisait par e-mail, par téléphone ou par liste de tâches écrites (liste laissée à disposition du médecin où sont inscrits les noms de patients à voir et le motif). Le médecin décidait de se déplacer selon le motif. La toux par exemple était souvent rapportée comme symptôme nécessitant un examen clinique et donc un déplacement.

M3 : « Le cas le plus compliqué, c'est la toux avec un peu de fièvre où en fait on a envie quand même d'examiner les patients et d'être sûr qu'il ait une infection pulmonaire et que c'est pas juste une rhino avec une toux associée [...] on y va entre midi et deux. »

b. Les freins

Les visites étaient souvent considérées comme chronophages. D'une part l'EHPAD pouvait être située à une distance importante du cabinet. D'autre part un échange avec l'IDE était indispensable avant de voir le patient, augmentant la durée sur place avec un examen déjà complexe. Le planning du cabinet était souvent complet, certains médecins faisaient alors le choix de prioriser le cabinet afin de voir plus de patients.

M1 : « Je préfère voir 6 patients au cabinet, qu'en voir un seul à la maison. C'est mon choix personnel et je pense qu'il se défend à plusieurs niveaux. »

De plus la rémunération de la visite était considérée comme insuffisante au vu du temps passé.

M12 : « Que ça soit mieux payé. C'est moche mais je pourrais y passer plus de temps. Je fais déjà un dépassement sur mes visites, de dix euros mais ça ne couvre pas... si on est dans une logique rationnelle ce qui est le monde actuel, aller en EHPAD ça me prend au moins une heure. Donc il faudrait que je fasse soixante-quinze euros minimum la visite et j'ai des scrupules à faire ça ».

c. Les moyens compensatoires

Certains médecins mutualisaient leurs visites. Dans les cabinets de groupe, certains s'organisaient pour avoir chacun un EHPAD « attiré » quitte à faire un changement de

médecin traitant. D'autres exerçant dans un même secteur avaient organisé un tour de visites pour se relayer dans un EHPAD.

En cas d'impossibilité de visite, il pouvait arriver qu'un médecin sur place soit sollicité « en dépannage ». Dans les villes où SOS médecins était implanté, les IDE et médecins n'hésitaient pas à les appeler lors de demandes de visites imprévues. Cette disponibilité de SOS médecins permettait parfois d'éviter une consultation aux urgences ou de temporiser une antibiothérapie.

M14 : « Parce qu'avant quand il y avait pas SOS c'était aux urgences forcément, là on permet, on peut les soigner, on peut les soigner à l'EHPAD et on peut des fois ne pas les soigner c'est-à-dire des fois on peut, pas ne pas les soigner mais ne pas les antibiothéper en sachant que bah déjà il y a l'équipe infirmière, l'équipe paramed' qui peut surveiller et elles savent qu'on est là tout le temps, donc si ça va pas elles nous appellent on repasse. »

2- L'examen clinique

Le patient d'EHPAD présentait des caractéristiques qui imposaient d'adapter l'examen clinique. Un accompagnement était indispensable pour la mobilisation du patient grabataire ainsi que pour rassurer un patient présentant des troubles cognitifs. Le manque de coopération fréquent du patient amenait à un examen clinique de moins bonne qualité souvent assorti d'une prescription antibiotique inadéquate.

M3 : « On est parfois seul pour les examiner donc pour les redresser et arriver à ausculter correctement les poumons c'est compliqué [...] s'il y a de la fièvre, qu'y a pas de rhino claire qui pourrait expliquer une toux, on va plutôt facilement prescrire les antibios. »

Les patients n'étaient pas toujours bien installés, et étaient rarement déshabillés. Idéalement le patient était examiné en chambre mais cela n'était pas toujours possible notamment chez le patient déambulant.

Pour remédier à ces difficultés, les médecins essayaient de pratiquer un examen systématique, d'observer le comportement, ou se focalisaient sur le point d'appel suspecté. Un des médecins interrogés recevait certains résidents accompagnés de leur famille en consultation au cabinet afin d'effectuer une consultation plus exhaustive.

Malgré un examen difficile, certains praticiens privilégiaient la clinique pour décider d'une antibiothérapie.

M12 : « Je vais me baser sur l'ensemble de la clinique, si on me dit qu'il tousse, qu'il crache, qu'il est moins en forme, même si mon auscultation n'est pas flagrante je vais mettre quand même des antibiotiques parce que c'est la principale source, pour moi d'antibiothérapie en EHPAD. C'est quand même la surinfection respiratoire. »

3- Examens complémentaires

L'examen clinique du résident d'EHPAD étant délicat, le recours aux examens complémentaires était envisagé.

a. Les examens de biologie

L'organisation de l'EHPAD permettait la réalisation d'examens de biologie lors de journées définies. L'accessibilité à ces examens était signalée tantôt comme un avantage car effectués sur place, tantôt comme un inconvénient car il fallait parfois attendre plusieurs jours pour sa réalisation. Le médecin pouvait alors choisir de se passer de la biologie pour établir un

diagnostic et initier un traitement, ou, si celle-ci était indispensable, d'hospitaliser le résident pour sa réalisation.

En cas de doute diagnostique à l'examen clinique, la recherche d'un syndrome inflammatoire biologique pouvait influencer une décision d'antibiothérapie. La biologie n'était pas toujours discriminante. Certains médecins pondéraient l'analyse d'une C-reactive protein (CRP) qu'ils considéraient comme peu spécifique, surtout en l'absence d'examen clinique.

M7 : « je trouve que c'est un mauvais entre deux de se rassurer avec une prise de sang. Je trouve ça très difficile d'analyser une CRP sans avoir vu le patient. »

D'autres pourront avoir recours à un antibiotique en l'absence de point d'appel si celle-ci est élevée et que la situation clinique est préoccupante.

M6 : « Elle est devenue confuse etcetera, je ne voyais pas bien, le poumon ça allait, le pipi ça allait, pas de BU positive et puis la CRP est revenue à 250, c'était le weekend en plus. L'hospitaliser pour ça, ça m'embête un peu aussi, donc j'ai mis un antibiotique. La CRP est redescendue tout seule. Alors je ne savais pas si elle était infectée ou pas. »

L'ECBU était demandé dans plusieurs contextes. Il faisait souvent parti du bilan de première intention d'une fièvre ou d'une confusion. Il était d'autant plus réalisé chez le patient atteint de troubles cognitifs qui ne pouvait exprimer ses signes fonctionnels urinaires. Il était plus facilement prescrit en cas d'infections urinaires récidivantes. Il était réalisé par certains médecins en cas d'urines malodorantes, alors que d'autres en limitaient l'indication aux troubles fonctionnels urinaires.

M8 : « je refuse que soit fait une CBU sur des urines qui sentent mauvais. Sur les troubles du comportement faut vraiment qu'il y ait aucune autre cause qui explique le trouble du comportement, parce que la CBU a souvent été je trouve le moyen paresseux de résoudre le problème [...] et hop on traite. »

Chez le patient incontinent, certains médecins envisageaient même l'antibiothérapie probabiliste sans analyse d'urine afin d'éviter le sondage.

b. Les examens d'imagerie

Les prescriptions d'imagerie chez le résident d'EHPAD dans le cadre de l'infectiologie de ville se limitaient à la radiographie pulmonaire, les imageries plus poussées nécessitant souvent une hospitalisation.

La radiographie thoracique n'était pas systématiquement demandée lors de suspicion de pneumopathie. Si pour certains médecins elle était facile à organiser, d'autres déploraient une logistique compliquée. Il fallait organiser un transport avec accompagnant, pour un résultat dont l'interprétation dépendait de la participation du patient. D'autres arguments influençaient la décision de radiographie comme la distance du cabinet d'imagerie et les délais de rendez-vous. Une antibiothérapie pouvait alors être introduite sans examen pour le confort du patient. En cas de signes de gravité le patient était transféré aux urgences pour une prise en charge hospitalière.

M3 : « donc honnêtement envoyer un Alzheimer à (ville à 15 km) le perturber tout ça pour une suspicion... A part s'il désature tout ça, dans ce cas-là il y a une indication

d'hospitalisation éventuelle. Je ne fais pas de radio pulmonaire. »

c. Le lien avec l'hôpital

L'hospitalisation était envisagée pour les patients qui présentaient des signes de gravité et pour lesquels une visite n'était pas possible. La difficulté d'accès à la radiographie, le week-end, l'impossibilité de prendre un traitement per-os, l'association allergie/résistance, et l'absence de directives anticipées majoraient le risque de transfert à l'hôpital. Dans la mesure du possible, une entrée directe était préférée pour le confort du patient.

Un avis auprès du spécialiste était demandé pour le choix de la molécule antibiotique en cas de résistance. Il était également sollicité en amont pour décider du besoin d'une hospitalisation ou d'un maintien à domicile. Son avis était précieux pour les médecins qui regrettaient l'absence de référentiel d'infectiologie adapté au patient d'EHPAD. Ces référentiels étaient perçus comme peu adaptés à la pratique en institution.

M8 : « un infectiologue tout formé qu'il est il a une vision quand même très hospitalière [...] encore une fois l'EHPAD c'est pas de la personne âgée GIR 5 et GIR 4, c'est plutôt de la personne âgée GIR 2 très très très très vieux, pour lequel peut être discuté quand même de la pertinence des référentiels plaqués sans discernement. »

L'infectiologue était également convié en commission de coordination où son expertise était appréciée afin d'harmoniser les pratiques.

M6 : « c'est un petit peu pour ça que j'avais fait venir cette infectiologue pour essayer qu'il

y ait une harmonisation pour ce que l'on fait tous, tout ceux qui sont là ont entendu je pense, et ils ne vont pas faire d'autres choses que ce qui a été dit quoi. »

4- La prescription

a. Les différentes approches

La prescription à distance pouvait être utilisée en prévision d'une visite. Elle permettait par exemple d'avoir les résultats d'un bilan biologique le jour J afin de ne pas réitérer une visite. Elle était parfois réalisée après un contact téléphonique pour prescrire des antibiotiques suite à la description de symptômes francs, en attendant l'évaluation médicale.

M6 : « si ça paraît tout à fait évident que c'est une infection urinaire ou un début d'infection pulmonaire la plupart du temps ou un érysipèle pourquoi pas, elles sont capables de nous décrire à peu près les choses et là je peux prescrire par téléphone d'abord, en disant bon bah ne perdez pas de temps [...] Tout en leur disant que je vais les voir après. »

Cette prescription à distance était moins utilisée en milieu urbain où SOS médecins était présent. Les praticiens préféraient ne pas prendre le risque d'une prescription inadaptée si leur patient pouvait être vu par un autre médecin rapidement.

M13 : « je faxe pas les ordo d'antibiotiques j'aime vraiment pas ça, après nous on a quand même SOS médecins qui est là [...] c'est un peu plus facile de dire que, qu'on va toujours voir le patient parce que on sait qu'au pire il sera vu par quelqu'un d'autre si on peut pas le voir le jour même. »

Après évaluation clinique du patient, le médecin pouvait décider de ne pas introduire d'antibiotique d'emblée, mais de laisser une prescription à introduire par l'IDE en fonction de critères définis. On retrouvait ce type de prescription notamment avant un weekend.

M10 : « Ou alors si on est proche d'un weekend, je vais la prescrire en précisant bien que ce n'est à donner que dans certaines conditions pour qu'elle n'ait pas... elle ne se retrouve pas tout seule à nouveau. »

b. La perception de l'antibiothérapie

La prescription était enseignée tout au long des études médicales et forgeait la pratique future. Il existait une culture de la prescription. Elle était variable d'un jour à l'autre et d'un médecin à l'autre en fonction par exemple de l'humeur du praticien et de son expérience. Une évolution clinique défavorable en l'absence d'antibiotique marquait le médecin qui avait tendance à prescrire l'antibiotique dans une situation similaire.

M7 : « on se rappelle jamais de l'antibiotique qu'on a prescrit pour rien [...]. Par contre le jour où on n'a pas mis l'antibiotique et que 48 heures après en nous disant "il est mal ton patient" ben voilà ça ça nous reste au fond du bide. [...] Moi je pense pendant les études cette différence d'approche, la prescription c'est un geste assez facile pour lequel on est éduqué, on apprend à prescrire des médicaments et on n'apprend pas beaucoup à ne pas prescrire et à l'assumer. »

5- La formation

Les ressources utilisées comme aide à la prescription antibiotique étaient nombreuses et variées. Ils étaient plusieurs à utiliser des ressources internet comme Antibioclic, Antibiogarde et les recommandations de la SPILF concernant les infections urinaires. Antibioclic était particulièrement plébiscité pour son côté simple d'utilisation et un contenu

bien référencé. Beaucoup regrettaient l'absence de recommandation spécifique au patient d'EHPAD.

*M3 : « Sur Antibiocliv il n'y a rien sur les vieux il me semble *rire*. 'Fin ça fait partie des plus de 65 ans je crois, donc c'est pas très ciblé. »*

Un médecin mentionnait le livret GeriaMed qu'il trouvait peu pratique.

Les formations d'infectiologie type JEDI (Journée d'enseignement en infectiologie de l'Arc Alpin) ou les commissions de coordination gériatrique à l'EHPAD étaient appréciées pour actualiser les connaissances et obtenir des réponses sur des cas pratiques.

6- L'antibiorésistance

L'antibiorésistance représentait un phénomène de santé publique pour l'ensemble des médecins interrogés. Ils étaient avertis des risques annoncés dans les années à venir. Ils remarquaient une augmentation de la formation ces dernières années et un retentissement sur les pratiques de prescription antibiotique.

M1 : « Et par rapport à ce que j'ai connu en tant que patient quand j'étais jeune, où la moindre goutte au nez on ressortait avec un antibio, je crois que les choses ont quand même bien changé à partir de ma génération et je pense que les nouvelles générations sont encore plus sensibilisées à ça et heureusement. »

Le changement de comportement face aux antibiotiques était lent. Il existait déjà un laps de temps entre la parution d'une recommandation et son application par le praticien. De plus un temps de pédagogie était nécessaire pour aider le patient à changer sa perception des antibiotiques dont la prescription n'était plus systématique.

Les résistances inquiétaient les médecins qui craignaient de ne plus pouvoir soigner leurs patients. Ils utilisaient des mots forts à son évocation.

M6 : « la mort », M7 : « c'est une bombe à retardement », M9 : « un gros soucis », M10 : « ça me fout la trouille », M12 : « on va être dans la merde », M13 : « un peu la merde ».

Néanmoins, bien qu'ils puissent soigner des patients porteurs de bactéries multirésistantes, ils étaient peu confrontés à des situations désespérées en ville.

M3 : « pour l'instant j'ai pas été trop confrontée à des patients où je n'avais pas de traitements per os réalisables, enfin je trouve qu'en EHPAD il n'y a pas encore le même phénomène que sur des infections nosocomiales pour l'instant qu'on peut retrouver à l'hôpital, mais bon j'imagine que ça va venir. »

Un médecin signalait qu'il avait un patient porteur d'une BMR urinaire, pour laquelle les antibiotiques encore actifs étaient à délivrance hospitalière. Ce patient se procurait à l'étranger des phages, ce traitement aurait permis de limiter les hospitalisations.

M4 : « Là il a trouvé la solution un petit peu il utilise des phages, des phages qui viennent d'URSS, qui viennent par la valise diplomatique que sa fille lui ramène. »

Pour la plupart des médecins, l'antibiorésistance représentait un danger abstrait qui ne rentrait pas toujours dans la réflexion d'antibiothérapie.

M7 : « Prescrire ou pas un antibiotique je me rends compte que l'antibiorésistance ne rentre pas tellement dans mon raisonnement naturel, mais pourtant dans ce que je vis voilà il y a des articles tous les mois qui parlent de l'antibiorésistance, des microbes, de la gravité du phénomène, dans les années à venir quoi. Surtout que les laboratoires ont lâché complètement le développement des antibiotiques dans leurs projets. »

Les médecins interrogés se disaient peu prescripteurs d'antibiotiques au regard de leur rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Ils déclaraient éviter l'utilisation d'antibiotiques à large spectre. Les médecins avaient conscience qu'ils avaient leur part de responsabilité et un rôle à jouer dans la lutte contre l'antibiorésistance.

M8 : « c'est notre responsabilité, bon l'EHPAD c'est une institution mais ça reste finalement de la médecine communautaire donc c'est quand même bien les médecins qui prescrivent et que justement tous ces taux d'émergence de résistances c'est bien nous qui l'avons entre les mains principalement. »

D-Propositions d'amélioration

1- Concernant l'organisation de l'EHPAD

a. Les logiciels d'EHPAD

Les médecins soulignaient le gain d'informations disponibles grâce à l'informatisation des dossiers. Néanmoins leur tenue était variable d'un EHPAD à l'autre entraînant une perte d'information essentielle à la prescription antibiotique.

M12 : « Il y a des logiciels d'EHPAD qui sont très bien faits, et on arrive à faire un vrai suivi, [...] mais il y en a c'est horrible, il y a aucune information nulle part et c'est abominable et du coup je pense, on traite mal les patients en EHPAD. »

Une meilleure tenue des dossiers optimisait la prise en charge médicale. L'utilisation d'un logiciel unique pour les EHPAD était plébiscité par les médecins qui soulignaient des difficultés à en maîtriser plusieurs.

M13 : « [...] l'horreur, euh donc moi qui ai pas beaucoup de patients en EHPAD, bah je maîtrise pas les 3-4 logiciels là parce que j'y vais qu'une fois par mois et que ça me soule donc du coup c'est plutôt des ordo que je fais en papier d'ailleurs. »

b. L'équipe soignante

Une équipe soignante stable permettait une meilleure prise en charge globale des résidents. Leur connaissance du patient était une aide précieuse pour le diagnostic et la prescription. Un médecin abordait l'intérêt d'un infirmier « clinicien » initié à la gériatrie pour développer les soins médicaux spécifiques au chevet du résident.

Un échange avec l'IDE était nécessaire avant de se rendre auprès du patient pour préciser l'histoire de la maladie infectieuse. L'existence d'un bureau médical partagé avec l'IDE était signalé comme facilitant ces transmissions. Cet échange n'était pas toujours possible en fonction de l'organisation du personnel, notamment le matin pendant les soins. Certains médecins proposaient de mettre en place un système de rendez-vous.

M9 : « A (EHPAD1), c'est super bien parce qu'en fait on a, heu un rendez-vous avec l'infirmière donc elle sait que je vais passer et du coup elle est là très souvent une partie, elle me donne bien des nouvelles des gens il y a vraiment un vrai travail ensemble. [...] On prend rendez-vous en fait. [...] Et (EHPAD2) c'est plus difficile je n'arrive pas à le mettre en place ça. »

En EHPAD, l'absence d'IDE la nuit engendrait des hospitalisations dans certaines situations infectieuses où une temporisation était possible sous surveillance constante. Une présence infirmière nocturne aurait donc pu limiter les hospitalisations dans ces cas de figure.

M6 : « Oui ça serait possible, surtout (nom de ministre), a lancé l'idée qu'il y ait des infirmières de nuit dans les EHPAD. Ce serait peut-être intéressant de travailler avec ces gens-là pour éviter des hospitalisations. [...] Une infirmière c'est quand même intéressant si on l'a la nuit, si on a un suivi, si tu veux de la prescription puis de l'état du malade. »

c. Pédagogie

Un médecin évoquait le manque de compréhension des aides-soignants concernant la prescription ou non d'antibiotique lors de situations de fin de vie. En effet il y avait peu d'échanges directs entre le médecin traitant et les aides-soignants, ce qui pouvait affecter un projet de soins. Il proposait que soient organisées par le médecin coordonnateur des formations en soins palliatifs.

d. Règles d'hygiène

Les réglementations concernant l'hygiène à l'EHPAD étaient mal connues. Les médecins souhaitaient plus de transparence sur celle-ci ainsi que sur les statuts de résistance des résidents.

2- Concernant la prise en charge médicale

a. Les visites

Certains médecins considéraient que la cotation des visites n'était pas suffisante à la hauteur du temps passé. Ils se rendraient plus souvent et plus longtemps en EHPAD s'ils étaient mieux rémunérés.

M12 : « Que ça soit mieux payé. C'est moche mais je pourrais y passer plus de temps. »

Un autre médecin évoquait la télémédecine comme solution pour limiter les déplacements.

b. Un référent en gériatrie

Le recours à un référent local était souhaité lors de situations gériatriques complexes. Les médecins pouvaient donc être en difficulté en l'absence de médecin coordonnateur. Certains proposaient même la création d'un poste de médecin traitant dédié aux résidents de l'EHPAD.

M12 « une vraie prise en charge sur une EHPAD c'est avec un médecin traitant propre à l'EHPAD. »

c. La radiographie sur site

A propos des examens complémentaires, un médecin posait la question de la réalisation de radiologie à l'EHPAD lors de sessions dédiées.

3- Concernant les recommandations

L'ensemble des médecins ne connaissait pas de recommandation spécifique concernant l'antibiothérapie en EHPAD. Ils déploraient ce manque et pensaient qu'il serait intéressant d'inclure les acteurs de l'EHPAD dans leur création. Ils utilisaient pour la plupart Antibioclic

et proposaient l'élaboration d'une rubrique dédiée à la personne âgée en institution afin de ne pas multiplier les supports de recherche.

M9 : « Oui ou alors le même Antibioclic mais avec, une référence personne âgée en EHPAD en plus, je sais pas, pour ne pas multiplier les supports non plus quoi. »

Le rappel de ces recommandations par e-mail ou par une fiche mémo présente sur l'ordinateur faciliteraient leurs prescriptions. Ces recommandations spécifiques pourraient servir de socle à des guidelines dans l'EHPAD, mais certains médecins craignaient d'être restreints dans leur liberté de prescription.

Une difficulté concernant les situations infectieuses était la non prescription d'antibiotiques. Les médecins souhaitaient des recommandations plus exhaustives sur ces situations de non prescription.

M7 : « s'il y avait des outils qui pouvaient nous mettre noir sur blanc des recommandations, ça me permettrait d'assumer un petit peu mieux. Le jour où le fait de ne pas traiter une bactérie asymptomatique, même si la leucocyturie est supérieure ça m'a permis de poser d'assumer ça. »

Enfin, un médecin pensait que la formation continue était le meilleur moyen d'actualiser ses connaissances.

Discussion

I- Critique de la méthode

A- Forces de l'étude

Les données de la littérature concernant l'antibiothérapie en EHPAD sont pauvres. Les études réalisées retrouvent des taux importants de prescriptions non adaptées. Il paraissait donc intéressant d'interroger les médecins sur leur pratique.

La méthode qualitative en entretien individuel semi dirigé a permis la libre expression des praticiens sur le sujet.

Le recrutement a été réalisé afin d'avoir l'échantillonnage le plus varié possible sur le département. Nous avons été vigilantes à interroger autant d'hommes que de femmes, d'âges variés, avec des fréquences de visites en EHPAD diverses.

B- Faiblesses de l'étude

L'échantillon ne représente pas toutes les pratiques du territoire haut savoyard. Nous n'avons pas pu réaliser d'entretien avec des médecins exerçant en milieu rural ou en station. Ces deux modes d'exercice auraient pu apporter des nuances dans nos résultats du fait de la différence d'accès aux soins dans ces localités.

Le bouche à oreilles est responsable d'un biais de recrutement avec un taux important de réponse de maîtres de stage universitaires. De plus nous supposons que les médecins ayant répondu à l'e-mail diffusé par le Conseil de l'ordre présentent un intérêt pour l'EHPAD ce qui a influencé les réponses.

Il s'agissait du premier travail qualitatif des deux investigatrices ce qui entraîne un biais d'investigation retrouvé dans la formulation des questions ainsi que dans la conduite des entretiens.

II- Discussion des résultats et données de la littérature

A- Organisation de l'EHPAD

1- L'équipe soignante

L'apport d'un infirmier de nuit

Un des résultats principaux émergeant de nos entretiens est l'importance de la présence de l'équipe soignante auprès des résidents. La surveillance par les infirmiers et les informations rapportées modulent la prescription antibiotique. Nous retrouvons dans nos résultats que les médecins sont en difficulté à cause de l'absence d'infirmier la nuit. Un médecin proposait la création d'un poste d'infirmier la nuit en EHPAD. Une étude, réalisée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pour le programme Le parcours santé des aînés (Paerpa) a étudié l'apport d'une présence infirmière la nuit (garde ou astreinte) dans six territoires pilotes (17). Il a été mis en évidence :

- une diminution de la durée d'hospitalisation des résidents des EHPAD de l'expérimentation.
- une amélioration de la qualité de vie des résidents
- une réassurance ainsi qu'une formation continue des équipes présentes la nuit au sein des EHPAD
- la réalisation de soins techniques infirmiers sur place (notamment en soins palliatifs) qui a permis d'éviter des hospitalisations et de favoriser des sorties plus rapides de l'hôpital.

Dans un communiqué de presse du 5 mai 2018, la ministre de la santé Agnès Buzyn a présenté sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme. Elle y décrit « un budget de 36 millions d'euros consacré à la généralisation de la présence d'infirmiers de nuit d'ici à 2020 » (18).

Cette mesure devrait limiter les hospitalisations lors d'épisodes infectieux et permettre la temporisation de prescription d'antibiotiques dans certaines situations. Le 9 septembre 2019, Agnès Buzyn a annoncé le pacte de refondation des urgences, investissement de 750 millions d'euros pour régler la crise des urgences, avec pour objectif notamment les entrées directes en services hospitaliers évitant un passage aux urgences pour les patients de plus de 75 ans et la généralisation de l'astreinte d'un infirmier de nuit dans les EHPAD à compter de 2020. (19)

La perspective de l'infirmier en pratique avancée

Nos résultats retrouvaient également l'intérêt que pourrait représenter une spécialisation infirmière en gérontologie au sein de l'EHPAD. Récemment, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a posé le cadre juridique d'auxiliaires médicaux en pratique avancée (20). Cette profession intermédiaire interviendra dans trois domaines :

- les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires,
- l'oncologie et l'hémato-oncologie,
- la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

Elle existe déjà dans d'autres pays, et plusieurs études ont démontré l'intérêt de former et d'employer des « nurse practitioners » en EHPAD, notamment pour réduire le nombre de transferts aux urgences et d'hospitalisations (21) (22) (23). La perspective de l'infirmier en

pratique avancée en France est prometteuse pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.

L'impact du turnover

Un problème récurrent émis par les praticiens est le turnover du personnel soignant. Il ne permet pas l'établissement d'un lien de confiance entre résidents, familles et professionnels, et n'est pas gage de qualité dans le projet de soin du patient (22). Ces changements récurrents de personnel sont plus importants en EHPAD privés que publics et sont influencés par différents facteurs (24) (25). La distance entre l'EHPAD et le domicile, l'attractivité du secteur libéral et de l'hôpital influencent le risque de départ des infirmiers. Le salaire a un effet positif sur la fidélisation des aides-soignants mais pas des infirmiers (24). Lorsqu'ils sont interrogés directement, les soignants restituent des conditions de travail de plus en plus difficiles, notamment du fait de résidents en nombre plus important et de plus en plus dépendants. Ils rapportent des moyens financiers et un taux d'encadrement insuffisants. La direction de l'établissement a également un rôle essentiel dans le bien-être des employés, d'une part dans la gestion propre de l'EHPAD, mais également dans la relation qu'elle partage avec l'équipe soignante. La reconnaissance de celle-ci ainsi que sa responsabilisation contribuent à donner du sens et à favoriser l'investissement dans le projet de l'établissement (25).

Dans l'intérêt économique des établissements et pour une meilleure prise en charge des résidents, il serait profitable de mettre en place des mesures visant à fidéliser le personnel.

Relation avec la famille

Il arrivait que la famille du patient sollicite le personnel soignant pour un syndrome infectieux, et insiste auprès du médecin pour une prescription antibiotique. Cela arrive

généralement lorsque la famille est méfiante concernant le suivi médical de son parent. Selon un sondage de 2017, 20% des familles interrogées considèrent que le suivi médical est mauvais à très mauvais (26). Cela pouvait être perçu par le médecin comme une mise en doute de ses compétences, pouvant l'amener à prescrire un bilan supplémentaire pour argumenter son choix. La prévention des conflits entre famille et soignants implique d'établir un espace de négociation, pour que le soin soit centré sur le bien-être du résident.

2- Médecin coordonnateur

Son rôle

La loi n° 2002-2 du 02/01/2002 a rendu obligatoire aux EHPAD de s'adjoindre un médecin coordonnateur. Ce rôle a ensuite été précisé au fil des années par de multiples décrets. Le médecin coordonnateur en EHPAD possède 12 missions, dont la finalité est d'assurer la prise en charge des résidents sur le plan institutionnel. Mais il est confronté à des difficultés en lien avec le rapport qu'il entretient avec les médecins traitants exerçant dans l'EHPAD. Son rôle n'est pas toujours compris par les médecins libéraux (27). De plus, sa place dans l'amélioration des pratiques gériatriques n'est pas simple à trouver, en effet la loi prévoit qu'il doit « encadrer les actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement », mais cela s'oppose au principe de la liberté de prescription des médecins libéraux, garanti par l'article R. 4127-5 du Code de Santé Publique.

Les protocoles

La coordination en EHPAD implique d'inclure les différents intervenants dans la prise en charge des résidents. Certains médecins ont abordé les protocoles comme moyen de prise en charge des patients par les infirmiers, afin de proposer un premier recours en l'absence de médecin. Ces protocoles sont mis en place par le médecin coordonnateur avec l'aide d'autres

intervenants (hygiéniste, cadre de santé, pharmacien, spécialiste), après identification des questions par l'équipe soignante.

Les pharmaciens du centre hospitalier Annecy-Genevois ont élaboré une liste d'antibiotiques préférentiels, communiquée aux médecins coordonnateurs des EHPAD du bassin, afin de soutenir la gestion des anti-microbiens dans les établissements pour personnes âgées. Cette liste n'est pas spécifique aux populations d'EHPAD, et n'a pas été évoquée dans nos résultats. Il semblerait donc qu'elle soit peu ou pas utilisée par les praticiens. Le département de pharmacie de l'hôpital d'Annecy évoque de mettre en place des protocoles préétablis directement dans les logiciels de pharmacie afin d'aider les médecins à s'approprier les règles de bonnes pratiques antibiotiques.

Des chercheurs américains ont étudié l'efficacité de l'instauration de protocoles d'antibiothérapie en EHPAD. Dans le cadre de la lutte contre l'antibiorésistance aux Etats-Unis, les *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) ont publié en 2015 de nouvelles exigences impliquant la mise en place de ces protocoles en établissement de soin de longue durée, dont les EHPAD (28).

Une revue de la littérature de 2017 a réalisé un état des lieux de la recherche concernant l'efficacité de différents types de mesures (29). Celles ayant fait preuve de leur efficacité pour réduire la prescription antibiotique en établissement de longue durée sont multiples :

- En amont, la formation du personnel infirmier et des médecins réduit significativement le taux de réalisation d'examens complémentaires comme l'ECBU, et réduit les prescriptions d'antibiotiques inappropriés. Des outils comme la mise en place de fiches collectant des données de « pré-prescription » remplies par les infirmiers sont également efficaces. L'utilisation de critères minimaux pour débiter

une antibiothérapie comme fait en 2001 par Loeb et al sont une aide précieuse. Ces critères ont été établis dans les suites d'un consensus concernant des infections des tissus mous, respiratoires ou urinaires pour les patients résidents en EHPAD (30).

- En aval, l'évaluation de la prescription par un pharmacien ou un infectiologue a montré une baisse significative des prescriptions antibiotiques en unité de soins de longue durée. Les résultats étaient plus décevants en maison de retraite où les recommandations des spécialistes étaient moins suivies, probablement en lien avec un manque de temps et un turnover de médecins important. Enfin, les échanges avec des consultants extérieurs formés en infectiologie ont également montré une efficacité. La télémédecine pourrait améliorer la possibilité d'avis de consultants externes.

Ces différentes approches sont à adapter au fonctionnement local des EHPAD et aux moyens disponibles, en intégrant une mesure à la fois. L'évaluation de l'efficacité suite à la mise en place d'un protocole dans l'EHPAD serait idéale afin de l'améliorer et de l'enrichir.

Les perspectives

En 2016 en Occitanie, il y avait en moyenne 13 médecins généralistes intervenant en EHPAD (min 0 – max 56). Avec des visites de plus en plus difficiles à réaliser, l'augmentation des responsabilités du médecin coordonnateur a été envisagée. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a étendu les possibilités de prescription des médecins coordonnateurs, en articulation avec les médecins traitants (31). Le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, a confirmé que le médecin coordonnateur peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une

consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription. Le médecin traitant doit en être informé. (32)

Deux des médecins interrogés dans notre étude proposaient la mise en place de médecins dédiés à l'EHPAD pour pallier le manque de temps des médecins libéraux pour se déplacer en visite. Cette vision s'oppose aux avis du Conseil de l'Ordre des médecins et de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) (33). Ils préconisent en alternative l'utilisation d'outils de téléconsultation.

Un nouvel acte de téléconsultation (TTE=25€) en EHPAD est pris en charge par l'assurance maladie. Il s'applique par exemple aux situations infectieuses où un professionnel de l'EHPAD sollicite le médecin en cas d'aggravation soudaine de l'état de santé du patient (hors urgence vitale). Le médecin réalise un interrogatoire à distance, évalue les constantes, prescrit si besoin et intègre le compte rendu dans le dossier médical. La sécurité sociale envisage une réduction du nombre de visites par ce biais.

3- Pharmacie

Certains médecins signalaient choisir la molécule antibiotique en fonction de l'organisation de l'EHPAD. En cas d'urgence, ils peuvent choisir un antibiotique disponible sur place (reste de médicament « en stock », pharmacie à usage intérieur).

Actuellement, en EHPAD il existe deux types d'organisation :

- Les pharmacies à usage intérieur (PUI) interne ou externe
- Les pharmacies de ville conventionnées avec l'EHPAD

La détention du reste de traitement antibiotique après une infection est illégale dans les EHPAD sans PUI. Il est par contre possible de constituer une dotation de médicaments pour

une utilisation en cas d'urgence. Elle est établie par le médecin coordonnateur en collaboration avec le pharmacien référent et les médecins prescripteurs. Il serait intéressant que cette dotation comprenne des antibiotiques en évitant les antibiotiques à large spectre.

4- Informatique

Les logiciels d'EHPAD étaient parfois signalés comme difficiles d'utilisation, d'autant plus compliqués à prendre en main qu'ils varient d'un EHPAD à l'autre. Ces difficultés peuvent entraîner un manque de traçabilité de la prescription antibiotique et de la surveillance, délétère pour la prise en charge du résident.

Impliquer les médecins et les soignants dans le choix du logiciel pourrait permettre d'améliorer la tenue des dossiers.

B- La pratique médicale

1- Les visites

Les visites en EHPAD ont été notifiées par l'ensemble des médecins comme chronophages. Une étude réalisée en 2013 par l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des pays de la Loire retrouvait que les médecins étaient présents 26 min à l'EHPAD et que la moitié seulement de ce temps était consacrée à la consultation (34). Dans cette étude, l'activité dans l'établissement représentait en moyenne 10 actes mensuels, pour 16 sollicitations en dehors de leurs interventions. 20% des médecins généralistes déclarent avoir déjà arrêté les visites en EHPAD à leur initiative, principalement à cause de la distance entre le cabinet et l'établissement et du niveau de rémunération trop faible. Dans notre étude, un médecin a soulevé la rémunération comme un frein à la réalisation des visites. Il est probable qu'elle n'ait pas été évoquée par d'autres médecins, souhaitant donner des réponses socialement acceptables, la rémunération pouvant être un sujet tabou.

Il existe depuis février 2019 une extension à la cotation « visite longue » (70 €). Auparavant elle pouvait être appliquée une fois par an pour la cotation d'une visite d'un patient atteint de maladie neuro-dégénérative. Elle est maintenant autorisée dans les conditions suivantes (35) :

- Patients en affection de longue durée (ALD) atteints de pathologie neuro-dégénérative à raison de 3 fois par an
- Patients en soins palliatifs, 3 fois par an
- Patients en affection longue durée ou âgés de plus de 80 ans, lors de la toute première visite.

Le syndicat MG France considère que l'extension est encore trop étroite et souhaiterait que toutes les visites soient considérées et rémunérées comme des « visites longues » (36). Nous pouvons supposer qu'avec une meilleure rémunération des visites, les médecins se déplaceraient plus fréquemment et plus longtemps.

2- Antibiothérapie et soins palliatifs chez la personne âgée

Dans nos entretiens, l'utilisation d'antibiotiques chez des patients en fin de vie est fréquente et suscite de nombreuses interrogations notamment d'ordre éthique. Nos résultats sont en accord avec la littérature puisqu'il existe une prévalence élevée d'infections chez les personnes âgées en soins palliatifs (37). Ces interrogations sont d'autant plus licites qu'il n'existe aucune recommandation à ce sujet (38). Dans notre étude, nous avons trouvé deux approches concernant l'emploi d'antibiotiques dans ce contexte.

La première est l'utilisation d'antibiotiques afin de réduire les symptômes et soulager le patient notamment dans les infections respiratoires. Il apparaît dans une revue de la littérature que l'utilisation d'antibiotiques améliore les symptômes des infections de l'appareil urinaire chez la plupart des patients en phase terminale de leur maladie, mais les bénéfices pour le soulagement des symptômes liés aux autres infections sont moins évidents (39).

La deuxième approche est l'abstention thérapeutique dans le contexte de fin de vie, la prescription antibiotique étant considérée comme déraisonnable. Une étude sur les déterminants de la prescription antibiotique chez les personnes âgées en phase terminale de soins palliatifs a montré que l'exercice en EHPAD est le plus souvent associé à la non prescription d'antibiotique (37). Dans cette même étude, la décision de prescription était le plus souvent prise seul(e), celle de non prescription était plus souvent collégiale. Nos résultats retrouvaient que les médecins avaient des difficultés à ne pas prescrire d'antibiotique sans l'avis d'un confrère.

A défaut de recommandations claires à ce sujet, les médecins interrogés essayent de respecter une démarche éthique en appliquant les principes de bienfaisance, d'autonomie, de non-malfaisance et de justice décrits par Beauchamp et Childress (40).

Les directives anticipées permettaient aussi de guider le médecin dans sa démarche. Elles ne sont pas obligatoires à l'entrée en institution. Selon l'Institut BVA qui a sondé près de 280 directeurs d'EHPAD par internet du 29 avril au 7 mai 2019, 75 % d'entre eux présentent systématiquement le dispositif aux résidents. Près de la moitié des directeurs estiment que la discussion est rarement suivie d'une mise en œuvre (41). L'augmentation de la rédaction de directives anticipées et de nouvelles études sur le confort des patients âgés en fin de vie permettraient de mieux orienter la décision d'antibiothérapie dans ce contexte.

3- Antibiorésistance :

a. La ROSP

La plupart des médecins de notre étude se qualifiaient de « bons prescripteurs » au regard de leur rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Celle-ci a été introduite en 2011 avec au départ un seul indicateur concernant la bonne prescription antibiotique : le calcul du

nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients (du médecin traitant) âgés de 16 à 65 ans et hors ALD. En 2016 un deuxième indicateur a été introduit. Il mesure la part des patients du médecin traitant traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3^e et 4^e génération ; fluoroquinolones). Le premier indicateur ne concerne donc pas la population étudiée dans notre étude. Il ne peut être utilisé comme témoin de prescription appropriée d'antibiotiques en EHPAD. Seul le marqueur concernant la prescription des antibiotiques dits « critiques » pourrait être intéressant à analyser. Dans une lettre écrite en 2019 au Président de la Cour des comptes, Madame Buzyn, ministre de la santé, indique l'effet bénéfique de l'ajout d'indicateur à propos de l'antibiothérapie dans la ROSP mais ne souhaite pas à ce stade de nouvel ajout (42) .

Or il pourrait être intéressant de produire de nouveaux indicateurs de suivi du bon usage des antibiotiques dans les EHPAD comme l'avait proposé le rapport concernant les propositions pour la préservation des antibiotiques des Drs Jean CARLET et Pierre LE COZ (43). Cela permettrait d'enrichir le peu de données de prescriptions antibiotiques en EHPAD et d'améliorer celles-ci.

b. Perception de l'antibiothérapie et de l'antibiorésistance par les médecins :

Les médecins interrogés dans notre étude ne pensent pas prescrire beaucoup d'antibiotiques. Or les médecins de ville français font partie des plus gros prescripteurs d'Europe (3). Il est donc possible qu'ils ne se rendent pas compte de leurs difficultés lors de la prescription.

Dans notre étude, l'expérience du médecin guide très souvent sa conduite de prescription d'antibiotiques. On remarque que les médecins ont une « mémoire sélective ». Ils se souviennent plus souvent d'un épisode où ils n'ont pas prescrit un antibiotique et où la

situation s'est dégradée plutôt que de celle où ils ont prescrit à mauvais escient ou qui a entraîné des effets secondaires.

L'expérience dans cette situation peut avoir un impact sur l'émergence des résistances. En effet le comportement d'un individu est conditionné en partie par les perceptions qu'il a des conséquences de ses actions (44).

Une étude réalisée en 2010 chez 102 médecins généralistes des Alpes Maritimes retrouvait l'expérience comme facteur principal influençant la prescription antibiotique (97% d'entre eux). Elle devançait l'utilisation des recommandations pratiques (81 %) (45). Dans cette même étude il existait un décalage entre la perception de la résistance bactérienne comme un réel danger (91 % des généralistes), et la perception d'un problème en pratique quotidienne, partagée par seulement 65 % d'entre eux. Ce décalage est concordant avec les données de notre étude. Il pourrait être un frein dans la lutte contre l'antibiorésistance car il est plus difficile d'agir sur ce que l'on ne perçoit pas au quotidien.

4- La confusion comme point d'appel infectieux

Dans nos entretiens, certains médecins évoquaient la confusion comme suspecte d'infection urinaire, ce qui pouvait motiver la réalisation d'ECBU en l'absence de trouble fonctionnel urinaire. Une revue de la littérature de 2019 publiée au British Medical Journal (BMJ), n'a pas permis d'établir un lien entre infection urinaire basse non fébrile et confusion chez la personne âgée non sondée (46).

Rappelons qu'en EHPAD, le taux de prévalence de bactériurie asymptomatique peut atteindre 50% (47). Il convient donc de rester prudent dans la réalisation d'ECBU dans ce cadre, et d'étudier les autres causes de confusion possible.

5- Perspectives en infectiologie

a. Phages

Un des médecins interrogé évoquait la phagothérapie comme moyen de recours pour combattre les bactéries multirésistantes. Présents naturellement dans l'écosystème, les phages sont des virus qui infectent spécifiquement les bactéries. Exploités depuis 1919, cette thérapie a ensuite été mise au second plan avec l'avènement des antibiotiques dans les années 1950 en Europe occidentale, mais n'a jamais cessé d'être utilisée en Europe de l'Est. Avec l'émergence des bactéries multirésistantes, l'intérêt pour la phagothérapie réémerge.

Mode d'action

Les bactériophages (phages lytiques, à différencier des phages tempérés qui peuvent conférer de nouvelles propriétés aux bactéries) sont des virus spécifiques de bactérie. Au terme d'un processus lytique, la bactérie éclate et de nouveaux phages sont libérés et disponibles pour s'attaquer à d'autres bactéries de la même espèce (48).

Avantages et inconvénients

- Avantages :
 - Bactéricidie rapide (multiplication rapide à chaque cycle lytique, surtout si population bactérienne élevée).
 - Pression de sélection réduite du fait de la spécificité pour une espèce de bactérie.
- Limites :
 - Pas d'effet sur les bactéries intracellulaires
 - Effets sur les bactéries quiescentes à déterminer

Perspectives

En mars 2019 en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a réuni un comité scientifique spécialisé temporaire sur le sujet, afin d'évaluer le retour d'expérience et les perspectives suite au traitement par phagothérapie « compassionnel » de plusieurs patients depuis 2016 (49). Ces bactériophages ont été produits par la société Pherecydes Pharma, seule entreprise française produisant des phages respectant la réglementation de qualité européenne. L'ANSM envisage de mettre en place une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) nominative d'ici fin 2019. Deux programmes de recherche devraient être lancés, l'un dans les infections ostéoarticulaires et l'autre dans le pied diabétique, ainsi qu'une plate-forme nationale d'orientation et de validation du recours aux phages.

Cette thérapie est donc balbutiante en France et des études sont nécessaires afin de déterminer le vrai potentiel des phages.

b. Les examens complémentaires

Les médecins interrogés n'ont pas tous recours à la radiographie quand ils suspectent une pneumopathie. Une étude américaine de 2016 trouvait que les radiographies réalisées étaient souvent de piètre qualité, que l'interprétation du radiologue pouvait être ambiguë, et que l'imagerie menait quasi systématiquement à une antibiothérapie (50). Un examen clinique systématique est donc indispensable à l'évaluation des infections respiratoires afin d'éviter le surtraitement par antibiotique.

Une piste intéressante dans la discrimination entre infection respiratoire basse virale ou bactérienne est le développement de la biologie moléculaire. L'apparition de la PCR multiplex (polymerase chain reaction) peut permettre de détecter l'agent pathogène

responsable de l'infection et d'éviter l'antibiothérapie en cas d'infection virale (51). Cette technique n'est pas encore généralisée du fait d'un manque d'étude sur l'impact pronostique et médico-économique, mais elle promet une avancée dans la lutte contre la prescription d'antibiotique inappropriée.

6- La formation

a. Recommandations actuelles

Les recommandations spécifiques en matière d'antibiothérapie en EHPAD sont peu connues des médecins de notre étude. Ils s'aident pour la prescription des références des sociétés savantes et d'applications comme Antibioclic ou Antibiogarde. Ils déplorent que ces sites n'aient pas dans leurs algorithmes la population en EHPAD. L'observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT) d'Ile-de-France a réalisé en 2018 un guide des recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD (52).

Les OMEDIT sont des structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendantes, placées auprès des ARS. Il pourrait être intéressant que ce livret internet, facile d'utilisation, soit promu auprès des médecins exerçant en EHPAD qui souhaitent des recommandations spécifiques. La formation continue, abordée par les médecins interrogés, est aussi un levier pour mettre à jour les connaissances à ce sujet.

b. Hygiène

Les médecins interrogés sont démunis concernant la mise en place des règles d'hygiène, qui sont mieux connues du personnel soignant. En ex-région Rhône-Alpes, l'ARS a mis en place en 2013 des équipes mobiles d'hygiène (EMH) intervenant en EHPAD. Dans un communiqué de 2016, l'ARS a rapporté que 88% des EHPAD ont bénéficié de l'intervention

d'une EMH. 78% de ces établissements ont déclaré une amélioration dans leur gestion des événements infectieux après l'intervention (53).

Souvent oubliée par les professionnels, l'hygiène est indispensable dans la lutte contre l'antibiorésistance.

De multiples mesures sont recommandées afin de lutter contre la propagation de bactéries multirésistantes : hygiène des mains, précautions de contact, dépistage par culture. Cumulées, il semblerait que ces mesures soient efficaces pour lutter contre les micro-organismes résistants (54). Une étude britannique de 2015 trouvait que les précautions complémentaires d'hygiène en maison de retraite étaient mis en place de façon très hétérogène, et dépendaient de l'acceptation de celles-ci par le personnel, des ressources à disposition (ressources économiques, disponibilité d'une chambre seule), et de l'impact sur la qualité de vie du résident (55). Une étude réalisée à l'hôpital a démontré que les personnes âgées installées en chambre d'isolement avaient plus de signes d'anxiété et de dépression que les patients âgés non isolés (56). De plus, isoler en chambre un patient déambulant est difficile à réaliser.

Des guides pour la maîtrise du risque infectieux en EHPAD sont indispensables et doivent être mis à disposition du personnel. En cas de risque de propagation infectieuse, des échanges avec l'équipe d'hygiène locale peuvent être intéressants afin de discuter du bénéfice-risque d'un isolement.

Conclusion

Le mésusage des antibiotiques est responsable de l'augmentation de ces résistances notamment chez les personnes âgées résidentes en Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) où le taux de bactéries multirésistantes est important.

Notre étude a été mise en place pour évaluer les déterminants de la prescription antibiotique des médecins généralistes de Haute-Savoie intervenant en EHPAD.

Nos résultats ont mis en exergue que ces déterminants étaient en partie liés à l'organisation de l'EHPAD, aux particularités du patient âgé et aux habitudes de pratique du médecin.

Au sein de l'EHPAD le médecin coordonnateur est un acteur important, tant par le conseil gériatrique qu'il peut prodiguer à ses confrères lors d'une prescription antibiotique, que sur la formation du personnel soignant vis à vis des conduites à tenir lors de suspicion d'infection. Son poste n'est pas toujours pourvu au sein des EHPAD et sa fonction est parfois mal comprise par les médecins traitants, ce qui interfère avec une bonne prise en charge.

Les infirmiers quant à eux participent à la bonne prise en charge lors d'épisodes infectieux. Leur connaissance du patient ainsi que des signes cliniques d'infections particuliers à la personne âgée conditionnent la visite du praticien et sa prescription.

Au niveau de la pratique médicale, les visites considérées comme chronophages peuvent être un frein à une prescription adéquate d'antibiotique car elles sont souvent dans l'urgence substituées par une prescription à distance.

L'antibiorésistance est connue de tous. Elle inspire la crainte mais le peu de situations désespérées rencontrées en pratique la rend abstraite et ne joue pas en faveur de sa réduction.

L'amélioration de la prescription antibiotique est donc un véritable défi pour le médecin généraliste intervenant en EHPAD.

Une meilleure coordination entre les intervenants de l'EHPAD et le médecin traitant, un accès facilité à des examens complémentaires ou à des avis spécialisés avec une amélioration du lien ville-hôpital, le développement de formation spécifique, ainsi qu'une meilleure rémunération des visites semblent nécessaires dans une démarche d'optimisation de la prescription antibiotique chez le sujet âgé.

L'antibiothérapie en EHPAD implique de nombreux facteurs et intervenants. Des recommandations spécifiques à ces populations ainsi qu'une nouvelle organisation des visites dans ces établissements sont nécessaires pour optimiser ces prescriptions.

THÈSE SOUTENUE PAR : Elsa RICHARD et Pierrette BAUDOUIN

**TITRE : L'ANTIBIOTHERAPIE EN EHPAD VUE PAR LES MEDECINS
GENERALISTES DE HAUTE-SAVOIE : LES DETERMINANTS DE CETTE
PRESCRIPTION**

CONCLUSION :

Le mésusage des antibiotiques est responsable de l'augmentation de ces résistances notamment chez les personnes âgées résidentes en Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) où le taux de bactéries multirésistantes est important. Notre étude a été mise en place pour évaluer les déterminants de la prescription antibiotique des médecins généralistes de Haute-Savoie intervenant en EHPAD.

Nos résultats ont mis en exergue que ces déterminants étaient en partie liés à l'organisation de l'EHPAD, aux particularités du patient âgé et aux habitudes de pratique du médecin.

Au sein de l'EHPAD le médecin coordonnateur est un acteur important, tant par le conseil gériatrique qu'il peut prodiguer à ses confrères lors d'une prescription antibiotique, que sur la formation du personnel soignant vis à vis des conduites à tenir lors de suspicion d'infection. Son poste n'est pas toujours pourvu au sein des EHPAD et sa fonction est parfois mal comprise par les médecins traitants, ce qui interfère avec une bonne prise en charge.

Les infirmiers quant à eux participent à la bonne prise en charge lors d'épisodes infectieux. Leur connaissance du patient ainsi que des signes cliniques d'infections particuliers à la personne âgée conditionnent la visite du praticien et sa prescription.

Au niveau de la pratique médicale, les visites considérées comme chronophages peuvent être un frein à une prescription adéquate d'antibiotique car elles sont souvent dans l'urgence substituées par une prescription à distance.

L'antibiorésistance est connue de tous. Elle inspire la crainte mais le peu de situations désespérées rencontrées en pratique la rend abstraite et ne joue pas en faveur de sa réduction. L'amélioration de la prescription antibiotique est donc un véritable défi pour le médecin généraliste intervenant en EHPAD.

Une meilleure coordination entre les intervenants de l'EHPAD et le médecin traitant, un accès facilité à des examens complémentaires ou à des avis spécialisés avec une amélioration du lien ville-hôpital, le développement de formation spécifique, ainsi qu'une meilleure rémunération des visites semblent nécessaires dans une démarche d'optimisation de la prescription antibiotique chez le sujet âgé.

L'antibiothérapie en EHPAD implique de nombreux facteurs et intervenants. Des recommandations spécifiques à ces populations ainsi qu'une nouvelle organisation des visites dans ces établissements sont nécessaires pour optimiser ces prescriptions.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 25/09/19

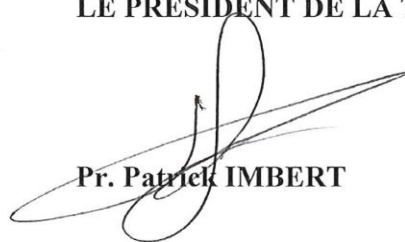
LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Patrick IMBERT

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Nous avons réalisé un premier guide d'entretien semi dirigé, afin d'aborder un certain nombre de thématiques.

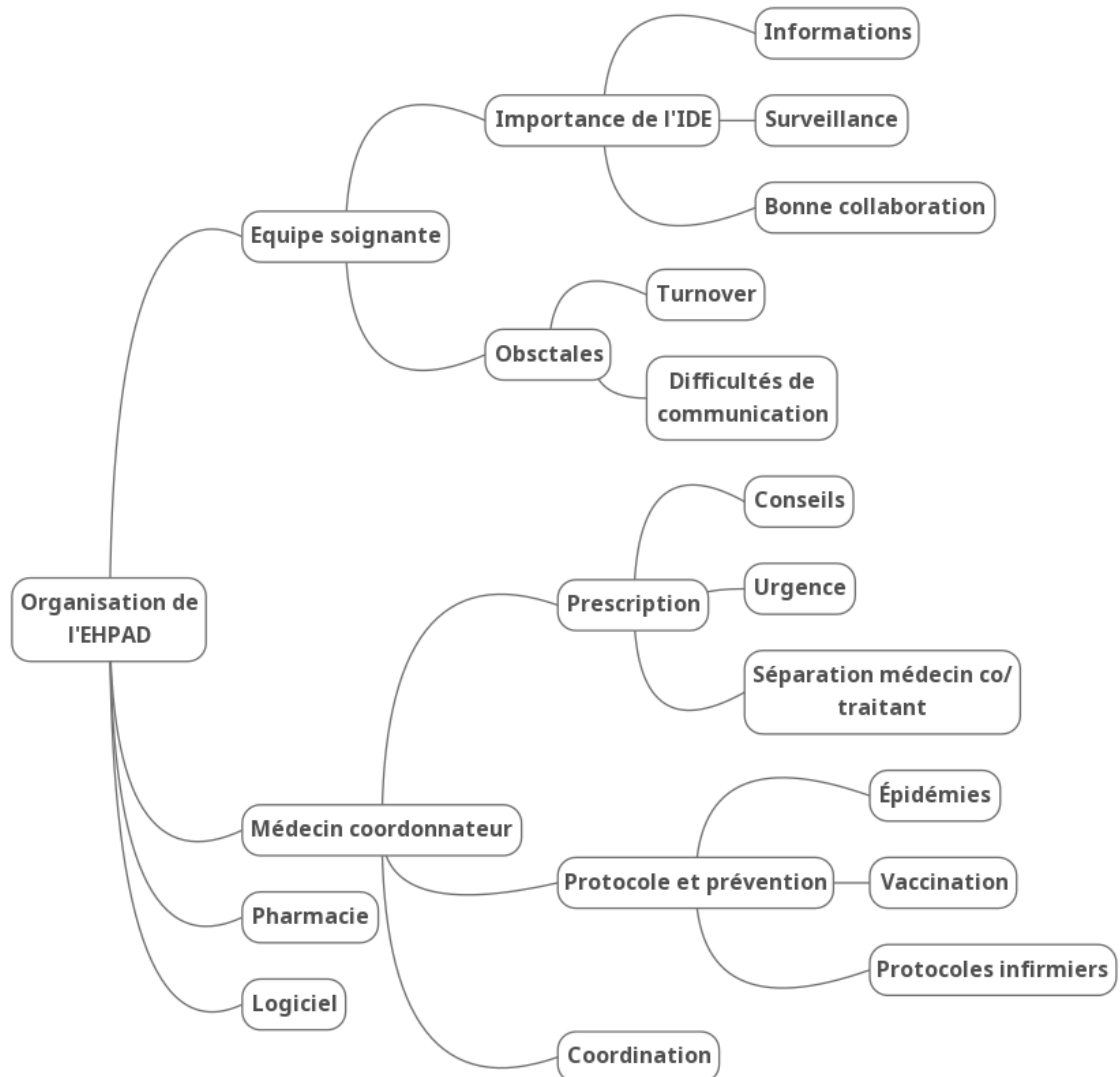
Les questions posées sont susceptibles d'être modifiées au cours de l'étude en fonction de leur pertinence lors des entretiens.

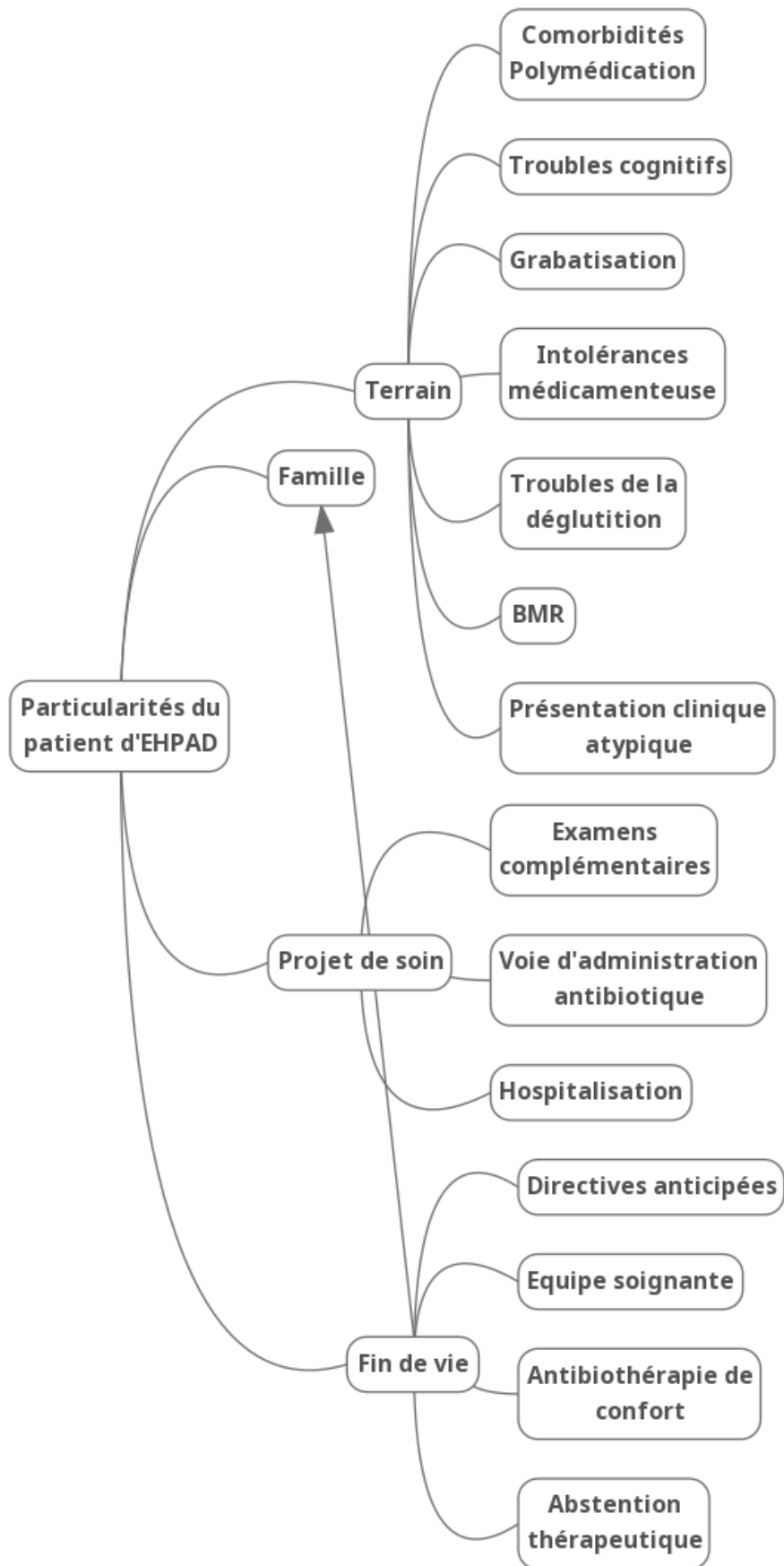
- 1- En quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?
 - a. Quelle fréquence de visite à l'EHPAD ?
- 2- Quelle sont les différences entre vos prescriptions à l'EHPAD et au cabinet ?
 - a. Quelle différence au sens structure ?
 - b. Comment gérez-vous l'appel d'une IDE pour une suspicion d'infection ?
- 3- Comment examinez-vous le patient dépendant ?
- 4- Quelle est votre conduite en cas de doute diagnostique ?
- 5- Quand demandez-vous des examens complémentaires en EHPAD ?
- 6- Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation récente où vous avez prescrit un ATB en EHPAD ?
- 7- Que pensez-vous des recommandations et ressources actuelles en matière d'antibiothérapie en EHPAD ?
- 8- Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ?
- 9- Que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

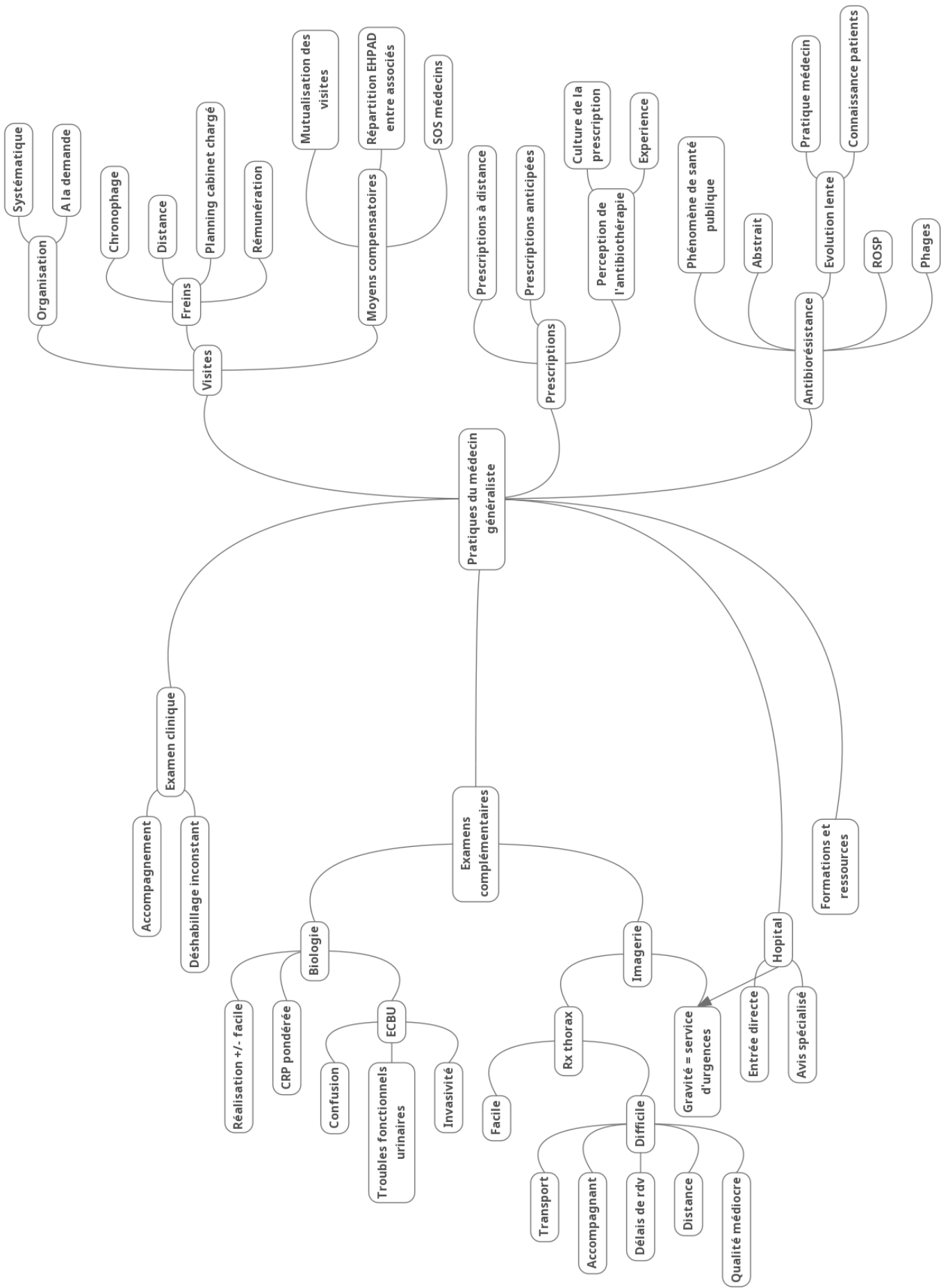
Annexe II : Guide d'entretien modifié

- 1- En quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?
 - a. Comment organisez-vous vos visites à l'EHPAD ?
 - b. Quelle fréquence de visite à l'EHPAD ?
- 2- Quelle sont les différences entre vos prescriptions à l'EHPAD et au cabinet ?
 - a. Quelle différence au sens structure ?
 - b. Comment gérez-vous l'appel d'une IDE pour une suspicion d'infection ?
 - c. Quel est le rôle de la famille dans vos prises de décisions ?
- 3- Comment examinez-vous le patient dépendant ?
 - a. Comment examinez-vous le patient dément ?
- 4- Quelle est votre conduite en cas de doute diagnostic ?
- 5- Quand demandez-vous des examens complémentaires en EHPAD ?
- 6- Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation récente où vous avez prescrit un ATB en EHPAD ?
- 7- Que pensez-vous des recommandations et ressources actuelles en matière d'antibiothérapie en EHPAD ?
- 8- Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ?
- 9- Que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

Annexe III : Arborescence des données







Annexe IV : Retranscription des entretiens

Entretien M1

Chercheur : OK. On va pouvoir commencer l'entretien si c'est bon pour vous ?

M1 : Allons-y

Chercheur : Hum... En quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?

M1 : Pfff... question compliquée, bah je suis forcément concerné même si j'ai peu de patient en EHPAD donc je vais pas être très représentatif euh... je suis forcément concerné par le sujet. Par ailleurs c'est vrai que les prescriptions en EHPAD c'est toujours un petit peu particulier parce que... on a quand même comment dire hum... on a la contrainte de patients qui sont parfois en fin de vie ou dans un état où on doit toujours se poser la question, enfin encore plus que la normale de la lourdeur d'un traitement ou même d'un examen complémentaire par rapport à des contraintes que ça peut représenter sur le patient, la famille, l'équipe soignante, donc ça c'est des questions qu'on se pose tout le temps en prescription normale, bénéfice-risque ou bénéfice-intérêt d'un traitement mais je trouve que c'est encore plus présent en EHPAD.

Chercheur : D'accord.

M1 : C'est pas vrai qu'avec les antibiotiques. C'est vrai pour toutes les prescriptions.

Chercheur : D'accord. Vous disiez que vous avez peu de patient en EHPAD, vous en avez combien à peu près ?

M1 : *Fermement* : 3

Chercheur : 3 patients ?

M1 : Actuellement

Chercheur : Et donc en régularité, à quelle fréquence vous rendez-vous à l'EHPAD ?

M1 : ... 1 fois par mois. En moyenne. Parfois plus quand il y a des problèmes aigus, parfois moins.

Chercheur : Vous parliez du cas très particulier du patient d'EHPAD avec notamment par exemple la fin de vie, est-ce qu'il y a d'autres particularités pour vous à signaler ?

M1 : Bah justement, la comment dire... la lourdeur que les prescriptions peuvent impliquer. C'est-à-dire par exemple quelqu'un qui ne marche plus et qui est dément, euh si on veut lui prescrire ne serait-ce qu'une radio pulmonaire, ça sous-entend qu'il ait un accompagnant, qu'il est un taxi, voire si dans certain cas une sédation si on veut lui faire faire un scanner ou une IRM... donc on va forcément plus être plus clinique je trouve sur ce genre de patient que sur quelqu'un de jeune et d'autonome... et on pense à deux fois voilà, aux répercussions de la prescription des examens complémentaires par exemple.

Chercheur : Justement vous parlez d'examens cliniques euh... cet examen vous l'appréhendez euh...est-ce qu'il faut comprendre que vous l'abordez différemment entre le patient du cabinet et le patient de l'EHPAD ?

M1 : Non mais il a peut-être plus de valeur quand on a moins accès aux examens para-cliniques, c'est déjà le cas entre l'hôpital et la ville. Je sais pas si toi tu as déjà aperçu ça mais quand on travaille à l'hôpital on...surtout aux urgences euh voilà la moindre personne qui rentre a sa radio, a sa prise de sang, ses analyses, et tous ces examens qu'on a bien l'habitude de prescrire et de faire pour étayer ses prescriptions bah quand on arrive en ville on y pense a 2 fois et on les fait moins... donc on est plus clinique quand on est médecin de ville que quand on est médecin hospitalier. Moi c'est quelque chose qui m'avait frappé dans ma période de transition entre l'hôpital et la ville. Et je trouve que bah voilà l'EHPAD c'est **encore plus** vrai, je trouve je prescris encore moins d'examens complémentaires pour des patients en EHPAD, les prises de sang c'est facile mais je parle surtout de l'imagerie donc c'est vraiment lourd

Chercheur : D'accord

M1 : C'est vrai que les 3 patients que j'ai c'est 3 patients déments donc c'est encore des cas, c'est des cas encore plus particuliers... euh voilà.

Chercheur : D'accord. Est-ce que... donc là vous parliez de vos patients en tant que tel, vos patients sont en l'occurrence dément, pas facile à déplacer, est ce que vous voyez d'autres différences entre votre pratique du cabinet et en EHPAD ?

M1 : Bah forcément la polymédication des patients âgés encore que ceux que j'ai en EHPAD là ils sont pas particulièrement polymédiqués. Et pis bah oui tout ce qui est le terrain, tous les problèmes qu'on peut avoir, les insuffisants rénaux, les interactions médicamenteuses, évidemment tout ça c'est plus marqué chez des gens âgés que chez des patients de 30 ans. *Silence*. Donc à prendre en compte d'avantage.

Chercheur : Et hum, je reviens juste tout à l'heure on parlait des examens complémentaires, d'après ce que j'ai compris vous dépendez beaucoup de la clinique pour prendre des décisions, si vous avez un doute diagnostique sur une situation, par exemple une situation de fièvre qu'est-ce que vous avez comme stratégie ?

M1 : **Soupire de rire** Euh bien sur ça va dépendre de la situation mais comment dire... on va peut-être avoir des prescriptions d'antibiotiques euh peut être un petit peu plus facile et moins argumentée qu'en ville, là où on peut avoir bah je sais pas une suspicion de pneumopathie sur je ne sais pas quel argument, en ville on va pouvoir dire si la personne va bien, pas de fièvre, bah on faire une radio et pis on va se laisser quelques jours voire comment ça évolue, et en fonction de l'évolution et des images on choisira si on donne des antibio ou pas. Euh chez le patient âgé, comme déjà on n'aura pas la radio, euh comme il est déjà plus fragile, c'est, enfin, à titre personnel, moi je vais peut-être prescrire l'antibiotique un peu plus vite un peu plus facilement et un peu plus on va dire par défaut que je le ferai en ville.

Chercheur : D'accord. Est-ce que vous avez un exemple récent d'une situation, comme vous parler là à l'EHPAD ?

M1 : Pas en ce qui concerne une prescription antibiotique, euh en ce qui concerne une prescription d'imagerie oui, euh une patiente qui avait chuté et on n'a pas fait de radio parce que on a estimé que la contrainte l'emportait sur ce qu'on en attendait.

Chercheur : D'accord

M1 : Après on a vu aussi avec la famille qu'il y a des cas où aussi on pose la question à la famille et puis bah la famille on décide ensemble si, comment dire, si on va plus loin dans les investigations ou pas.

Chercheur : D'accord. Donc il y a la famille, est-ce que vous prenez en compte éventuellement l'équipe soignante qui est sur place, quel est votre rapport avec cette équipe soignante de l'EHPAD ?

M1 : Bah bonne, on va dire... moi je les trouve à la fois dévouées et efficaces. Jusqu'à maintenant j'ai toujours eu... j'ai de l'admiration pour l'équipe soignante et notamment les infirmières qui doivent être très très polyvalentes, et qui elles aussi ont un bon sens clinique, et qui bah qui doivent maintenant comme on est moins disponibles qu'avant, euh comment dire... peut être mieux estimer la situation avant d'appeler le médecin. Moi je trouve qu'elles sont, en tout cas dans l'EHPAD où je vais qu'elles sont assez pertinentes à ce niveau-là, qu'elles se débrouillent déjà beaucoup toutes seules et qu'elles ont plein de bon sens dans la gestion des situations. Mais bon elles ont l'habitude aussi de ce genre de patients.

Chercheur : Vous avez parlé de manque de disponibilité ?

M1 : Oui ça moi ça c'est quelque chose que je ressens, euh, le cabinet est de plus en plus chronophage et les visites sont très chronophages aussi, et moi je, j'ai l'impression de ne plus avoir le temps de faire des visites, faire des visites ça me coûte beaucoup, ça me prend sur le peu de temps de libre que j'ai et ça m'oblige à prendre sur mon temps du cabinet en fait pour aller en visite. Donc moi j'ai choisi quand même de privilégier le cabinet à la visite. C'est pas forcément le cas de tout le monde. Mais c'est un choix. Si je veux aller voir un patient en EHPAD ou en visite en général, en EHPAD comme ailleurs, pour que je sois à l'aise au niveau timing il me faut 2 heures... Or en 2 heures, je verrai six patients au cabinet. Donc à choisir si je dois travailler 2 heures de plus, je préfère voir 6 patients au cabinet, qu'en voir un seul à la maison. C'est mon choix personnel et je pense qu'il se défend à plusieurs niveaux.

Chercheur : D'accord

M1 : Ça veut pas dire que je ne fais pas de visite hein ! Mais euh, mais on va dire que je... on les limite et on pondère les indications.

Chercheur : Très bien. Euh je change un petit peu de sujet hum, je reviens sur l'EHPAD, hum qu'est ce que vous pensez des recommandations et des ressources actuelles en matière d'antibiothérapie vraiment ciblé sur l'EHPAD ?

M1 : J'avoue que s'il y en a ciblé sur l'EHPAD je ne les connais pas et... je m'efforce de me tenir à jour des recommandations, je consulte par exemple très régulièrement Antibioclic parce que je trouve ce site particulièrement bien fait, par contre je ne suis pas au courant des

recommandations spécifiques sur l'EHPAD à moins que ce soient des recommandations, comment dire, sur ce type de patient que l'on peut trouver sur ce genre de site ou de reco.

Chercheur : Et euh, puisqu'à votre avis il y en a pas tellement.

M1 : Ah je n'ai pas dit qu'il y en avait pas j'ai dit que je les connaissais pas **rire**

Chercheur : Vous ne les connaissez pas

M1 : S'il y en a je ne les connais pas

Chercheur : Autant pour moi, j'ai mal reformulé. Hum est ce que vous auriez des suggestions pour améliorer les pratiques, axées encore une fois sur les antibiotiques en EHPAD ?

M1 : Euh pfft... non des, d'avoir des formations dédiées mais en fait les formations c'est pas ce qui manque, c'est le temps pour y aller. Ouais donc des formations dédiées il doit y en avoir, après on peut pas faire toutes les formations donc là aussi il faut faire des, il faut donner des priorités. Moi j'avoue que se serait probablement pas une de mes priorités d'aller me former sur les soins spécifiques en EHPAD puisqu'ayant 3 patients là-bas je préférerais être formé par exemple en pédiatrie ou en cardio ou voila sur des choses qui me motivent d'avantage et qui et qui auraient plus de répercussions pratiques sur mon quotidien

Chercheur : D'accord, donc oui la formation, vous avez pas spécialement d'autres idées ?

M1 : Sur comment, enfin sur quoi sur améliorer... ?

Chercheur : Pour améliorer ...

M1 : les prescriptions qu'on pouvait avoir en EHPAD ? Bah non comme ça j'en vois pas moi je, c'est vrai que je m'informe en lisant et je lis pas spécifiquement des choses la dessus. Ouais non rien qui me vient à l'esprit comme ça...

Chercheur : D'accord. Hum on arrive à la fin de... Vous vouliez dire quelque chose ?

M1 : Oui ! Que j'ai l'impression personnellement que enfin... de pas avoir trop de problèmes de prescription sur mes patients en EHPAD, peut être que si je ressentais des difficultés, ça m'inciterait plus à me former de façon spécifique. Mais là pour le moment j'ai pas l'impression. Mais une fois de plus je suis pas sûr que mon avis soit représentatif c'est pas en ayant 3 patients qu'on peut vraiment se rendre compte parce que il y a des cas de figure que j'ai pas dû rencontrer. C'est vrai que ce qui pousse à se former c'est soit l'intérêt, on va dire le plaisir qu'on peut avoir sur certain sujet, ou alors l'impression d'avoir des lacunes à certains niveaux qu'on veut combler. N'ayant pas l'impression d'avoir des lacunes, peut-être à tort, sur ce sujet-là, j'ai pas senti le besoin de formation.

Chercheur : D'accord. Et hum, enfin pour un peu terminer un petit peu sur un autre sujet mais qui est un petit peu dans la continuité, que représente, large sujet, que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M1 : Bah c'est quelque chose qui est important, qui est à prendre en compte, moi j'ai l'impression, j'ai 45 ans, j'ai l'impression que je suis vraiment la première vague de médecins qui a été formée avec cette idée en tête. Moi depuis toujours je suis sorti, enfin en sortant de la fac j'ai une prescription d'antibiotiques que j'estime raisonnée, pondérée,

raisonnable, et les statistiques semblent me donner raison puisque d'après les stats de la sécu je suis vraiment pas un grand prescripteur d'antibiotiques. Alors après est ce que je suis un bon prescripteur alors ça je sais pas je l'espère, mais je suis pas un gros prescripteur. Et par rapport à ce que j'ai connu en tant que patient quand j'étais jeune, où la moindre goutte au nez on ressortait avec un antibio, je crois que les choses ont quand même bien changées à partir de ma génération et je pense que les nouvelles générations sont encore plus sensibilisées à ça et heureusement.

Chercheur : D'accord.

M1 : Et je pense que ça va devenir, enfin ça l'est déjà, c'est certainement un enjeu de santé publique dans les 50 ans à venir.

Chercheur : Très bien. Hum est ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

M1 : Non

Chercheur : Sur le sujet qu'on n'aurait pas abordé ?

M1 : Non rien de particulier

Chercheur : Très bien bah je vous remercie c'est tout bon pour moi

Entretien M2

Chercheur : Alors, dites-moi en quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?

M2 : Alors, qu'est ce qui m'a incité ? Déjà pour te rendre service, parce que j'étais content de t'aider pour la réalisation de ta thèse... moi je peux te tutoyer pendant l'entretien ?

Chercheur : Oui

M2 : Ensuite parce que moi ça me permet de me reposer un petit peu des questions aussi, de voir s'il y a des... comment dire... des sujets qui peuvent me mettre un petit peu en difficulté pour m'inciter un petit peu à me replonger dans quelques références.

Chercheur : Et... donc vous êtes médecin généraliste, vous avez une activité en EHPAD ?

M2 : Donc j'interviens en EHPAD au titre de médecin traitant pour des patients qui sont résidents en EHPAD, mais pas en tant que médecin coordonnateur.

Chercheur : Et à quelle fréquence à peu près vous rendez-vous à l'EHPAD ?

M2 : Alors au minimum on va dire une fois tous les 2 mois puisqu'on a mutualisé les visites à l'EHPAD avec notre collègue, et puis sinon en cas de besoin sur appel des infirmières de l'EHPAD.

Chercheur : Vous avez une idée à peu près de vos nombres de patients en EHPAD ?

M2 : Alors en EHPAD... **réfléchit à voie basse** Je dois avoir une douzaine de patients en EHPAD, sur trois EHPAD différents.

Chercheur : Et hum... quelles sont les différences entre vos prescriptions antibiotiques quand vous êtes à l'EHPAD et quand vous êtes au cabinet ?

M2 : Souvent à l'EHPAD il faut réagir rapidement parce que c'est des patients avec des facteurs de risque nombreux, des comorbidités importantes, ils sont donc fragiles. La demande des infirmières est souvent pressante pour réagir à des situations critiques souvent. Donc on vient, on décide et on doit vite décider. On n'a pas tellement de possibilité d'examen complémentaire, donc c'est pas tout à fait la même chose que le travail en cabinet ou même en visite chez des patients semi-autonome. Même pour des patients âgés.

Chercheur : Donc vous voyez une différence entre le patient âgé du cabinet et le patient âgé d'EHPAD ?

M2 : Ouais. Après le fait qu'il y ait quand même dans la journée une surveillance de certains paramètres par l'infirmière ça peut aussi nous aider. Mais enfin c'est vrai qu'on réagit peut-être pas de la même façon pour un patient en ville et un patient en EHPAD.

Chercheur : Dans quel sens ? Vous avez parlé de la rapidité qu'il fallait peut-être être plus rapide, est-ce qu'il y a d'autres choses auxquelles vous pensez ?

M2 : Au bah, on va être obligés de suivre souvent des protocoles prédéterminés par rapport à une suspicion d'infection respiratoire basse, par rapport à l'infection... suspicion d'infection

urinaire basse ou haute, potentiellement compliquée, donc on a souvent des protocoles, des habitudes établies avec les infirmières, avec les établissements, dans ce cas-là.

Chercheur : Parce que dans les établissements dans lesquels vous consultez actuellement, il y a ces protocoles... ?

M2 : Oui. On peut le dire oui.

Chercheur : Qui sont écrits par exemple ?

M2 : Oui c'est des protocoles qui sont écrits. On essaye souvent de les écrire.

Chercheur : Et ça qui c'est qui établit ?

M2 : Et bah, quand il y a un médecin coordonnateur, on essaie de les établir avec le médecin coordonnateur.

Chercheur : Est-ce que, alors c'est peut-être pas évident là je vous prends de court, mais est-ce que vous avez un exemple, si on parle des infections respiratoires basses, qu'est-ce que ça dit le protocole ?

M2 : Bah par exemple oui, on va très facilement mettre en route un traitement avec de l'amoxicilline 1 gramme matin midi et soir pendant 8 jours pour une personne âgée qui est fébrile et qui tousse. Sans avoir ni de bilan biologique ni d'imagerie. Et ça on pourra même quelque fois le prescrire à distance. Même si on n'a pas pu voire la personne en question.

Chercheur : Donc là dans ce cas l'infection respi c'est des critères cliniques qui priment ?

M2 : Ouais.

Chercheur : Est-ce que vous avez un exemple de situation récente ou vous avez été amené à suspecter une infection ?

M2 : Hmmm... oui. Oui pour un patient bronchiteux chronique, insuffisant cardiaque, qui toussait, qui commençait donc à avoir une augmentation de ses expectorations. Et donc il avait été vu par un autre médecin et je l'ai revu quelques jours après où là j'ai mis en route une antibiothérapie en plus du traitement symptomatique.

Chercheur : Vous avez choisi quel antibiotique ?

M2 : Euh, amoxicilline.

Chercheur : Et euh, qu'est-ce qui a motivé ce choix ?

M2 : Parce que je connais le patient, je sais qu'il est fragile et qu'il fait souvent des décompensations respiratoires après ces tableaux d'exacerbation de BPCO on va dire.

Chercheur : Est-ce que le fait que ce soit, est-ce que si vous aviez été le praticien qui l'a vu en premier, est-ce que ça aurait changé votre attitude ?

M2 : Oui je pense qu'il aurait été traité peut-être plus tôt. Mais ça c'est un jugement qui est subjectif, praticien dépendant.

Chercheur : Et qu'est-ce que ça a donné ensuite ce patient suite à votre traitement ?

M2 : J'en ai pas entendu parler donc je pense que l'évolution a été satisfaisante. Excuse-moi.

interruption pour appel téléphonique urgent

M2 : Alors on reprend.

Chercheur : Allez on est repartis ? Donc on parlait d'une situation...

M2 : Oui donc l'évolution a été plutôt favorable.

Chercheur : Le fait d'être allé le voir, c'était dans quel contexte ?

M2 : C'était parce que l'infirmière m'avait demandé de repasser le voir parce que l'évolution n'était pas favorable, après l'avis du premier médecin.

Chercheur : Hmmm, et en général hein, pas forcément que sur cette situation, comment gérez-vous l'appel d'une infirmière pour une suspicion d'infection ?

M2 : Ben, tout dépend de l'heure, du jour à laquelle l'on est appelé, si on peut se rendre dans l'établissement on y va le plus rapidement possible. Sinon c'est un peu l'intérêt de ces protocoles établis et c'est de dire à l'infirmière et bah écoutez, on est face à une personne âgée qui est fébrile, qui tousse, commencez le traitement antibiothérapie selon le protocole établi.

Chercheur : Par téléphone ?

M2 : Par téléphone.

Chercheur : Et la même situation sans les protocoles vous géreriez différemment ?

M2 : Non, le protocole il est souvent demandé par le personnel, par les infirmières justement de l'établissement pour qu'elles puissent agir, elles savent très bien qu'on peut pas intervenir rapidement, donc dans les cas où on peut pas se déplacer c'est pour pouvoir commencer un traitement donc... voilà. D'où l'intérêt du protocole.

Chercheur : Et la relation avec l'équipe soignante, les infirmières ou infirmiers ça... qu'est ce que vous en pensez ?

M2 : Oh en général ça se passe bien. Pas de problème particulier.

Chercheur : Est-ce que vous voyez d'autres différences entre le cabinet et l'EHPAD, vous avez parlé de fragilité, qu'il fallait être rapide, est-ce que vous pensez à d'autres choses ?

M2 : La difficulté c'est que comme c'est des patients qu'on ne voit pas régulièrement, on n'a pas toujours bien en tête toute leur histoire entre guillemets, tout leurs antécédents, toutes les comorbidités donc c'est pas facile pour nos patients à nous et quand on fait les visites mutualisées c'est pas facile de donner une réponse sur les patients d'autres médecins, qu'on ne connaît encore moins quoi.

Chercheur : Dans la visite mutualisée vous vous déplacez de toute façon vous êtes sur place ? Vous voyez tous les patients...

M2 : Nécessaires, l'infirmière nous inscrit sur une liste.

Chercheur : Et la même situation si c'est pas votre patient votre attitude sera pas forcément la même qu'avec le patient d'un confrère ?

M2 : **Soupir** C'est encore plus difficile quoi, donc quelque fois on va prendre peut-être des décisions qu'on n'aurait peut-être pas pris pour nos propres patients parce qu'on les connaît mieux donc peut être que dans le cadre de l'antibiothérapie on pourra peut-être différer un peu plus l'antibiothérapie. Ou au contraire la mettre plus rapidement ou d'enfin voilà. Tout peut se voir.

Chercheur : Ok. Est-ce que la famille a un rôle dans vos prises de décision ?

M2 : **soupir** La famille est rarement présente. Quelques fois quand elle est présente et qu'il peut y avoir un conflit avec l'établissement ça peut influencer, ça peut influencer sur la conduite à tenir, peut être demander plus d'exams, plus d'avis spécialisés, pour éviter de mettre en difficulté l'établissement ou le personnel de l'établissement.

Chercheur : Ça c'est une situation qui est fréquente pour vous le conflit ?

M2 : Non je l'ai vécu une fois, pour une seule patiente.

Chercheur : Dans... vous parliez là d'examen complémentaire, à quel moment est-ce que vous demandez des examens complémentaires ?

M2 : La plupart du temps c'est des bilans de chute. **Rire** Après des chutes donc éventuellement pour des tableaux douloureux abdominaux.

Chercheur : Vous demandez quoi ?

M2 : Bah ça **rire** tout dépend de la disponibilité des services en ville. Quelques fois on a plus rapidement un scanner qu'une échographie **rire** donc ça va un peu influencer notre décision. **Plus sérieusement** Non ça peut être des radios pulmonaires, éventuellement des scanners cérébraux pour des chutes quoi, des troubles du comportement après de chutes.

Chercheur : Entendu. Euh... comment est-ce que vous examinez un patient dépendant ?

M2 : Un patient dépendant... donc grabataire tu veux dire ?

Chercheur : Par exemple.

M2 : Ouais. Bah le plus possible on essaye de l'examiner au lit, ce qui est pas toujours facile. On n'obtient pas toujours lors de nos visites que le patient soit, soit donc dans son lit, déshabillé pour qu'on puisse l'examiner. Enfin la plupart du temps pour les patients grabataires vraiment alités, ça on l'aura quand même assez facilement. Après c'est pour les patients un peu déments qui déambule dans les établissements où là il faut les ramener dans leur chambre et les examiner si possible dans leur chambre. La plupart du temps j'essaye de les examiner déshabillés, mais quelques fois on nous les montre on en a beaucoup à nous montrer et quelques fois c'est sur une chaise dans la salle des examens de l'infirmière. Mais c'est pas toujours facile.

Chercheur : Et euh ça le fait que dans l'idéal le patient soit au lit déshabillé, ça est-ce que c'est vous qui le mettez en place, est-ce que c'est l'équipe ?

M2 : Alors ça moi j'essaye quand je fais mes vacances de demander aux infirmières qu'elles les amènent dans la chambre qu'ils soient prêts quand on arrive. Mais après en fonction des problèmes de personnel de l'établissement c'est pas toujours facile à obtenir.

Chercheur : Et le, donc c'est plutôt le patient dépendant plutôt grabataire, et le patient qui peut avoir des troubles cognitifs, comment est-ce que vous appréhendez son examen clinique ? Ou son examen en général ?

M2 : Ah bah comme tout patient hein. Comme tout patient en dehors de toute démence, de troubles cognitifs. On essaye de faire un examen clinique de la même façon, en essayant de pas trop les agresser entre guillemets, leur expliquer un petit peu ce que l'on fait, pourquoi on le fait, déjà en se présentant, en essayant de parler à hauteur de visage, d'être près d'eux, d'avoir un contact physique au préalable et puis de leur expliquer ce que l'on fait.

Chercheur : Et eux... si vous avez un doute diagnostic après avoir vu un patient hum... comment vous gérez, qu'est-ce que vous faites ?

M2 : **rire** Le doute diagnostic fait parti inhérente de notre profession. Donc on essaye de faire au mieux de prendre la meilleure décision. Quelques fois on doit s'en référer à des services hospitaliers ou demander des examens complémentaires à des services hospitaliers. Qui ne nous rendent pas toujours ce service comme on peut le voir.

Chercheur : comme on vient de l'entendre. (*Note du chercheur : référence au coup de téléphone*)

M2 : **rire** Voilà. Je crois que oui, on essaye, si l'évolution est favorable c'est bien sinon on repasse refaire le point, quelques examens complémentaires mais bon on essaye de pas trop être lourd dans la prescription non plus, il faut s'adapter à l'état du patient, à son espérance de vie, à tous ces paramètres qu'il faut prendre en compte. Et puis on essaye de pas faire d'acharnement thérapeutique non plus, ça c'est au cas par cas bien sûr.

Chercheur : Est-ce que dans certains cas l'antibiothérapie pourrait faire partie de l'acharnement ou... ? Qu'est ce que vous en pensez ?

M2 : Si... si la délivrance de l'antibiotique peut se faire sans douleur sans difficulté, je pense que c'est quelque chose dont on ne doit pas se passer, si on peut améliorer de cette façon le confort du patient. Voilà un peu ce que j'en pense. Maintenant si la voie orale n'est pas possible, si... donc la perfusion intra-veineuse de toute façon ne sera pas possible, si la voie sous-cutanée si elle est acceptée par le patient on peut le mettre en route ça peut nous permettre de délivrer des antibiotiques de cette façon. Mais après des injections intramusculaires ou des injections sous-cutanées répétées on ne peut pas dire que ça soit toujours très confortable pour le... pour le patient. Donc il faut s'adapter si possible aux directives anticipées du patient s'il y en a ou s'il a émis des... des... des... des... voilà des directives ou pas. Et ça on y réfléchit. On y réfléchit beaucoup.

Chercheur : Quand vous dites « on » ?

M2 : En tant que médecin je veux dire.

Chercheur : Les médecins en général ?

M2 : Les médecins qui interviennent je pense que, j'essaye. Dernièrement j'ai eu un cas de patiente grabataire pratiquement, donc... démente avec une infection urinaire. Non au début attend c'était pas une infection urinaire... Elle avait un placard chaud douloureux au niveau d'un site d'injection sous cutanée de perfusion sous cutanée. On a fait faire quand même une analyse d'urine parce qu'elle était fébrile, on est tombé sur un Coli résistant donc la question c'était de se poser : est-ce qu'on lui donne de la Rocéphine ? Donc j'ai pris la décision de remettre une perfusion dans un autre site pour essayer d'administrer la Rocéphine, la ceftriaxone en sous-cutanée. Voilà un cas rencontré

Chercheur : Et hum... qu'est-ce que ça représente pour vous l'antibiorésistance ?

M2 : Un enjeu majeur. **rire**. Un enjeu majeur de santé publique, dans notre exercice quotidien et une difficulté auquel on doit faire face et qui n'est pas facile à contourner quand on doit y faire face. Donc c'est ce qui nous pousse à prescrire la moins possible quand même d'antibiotique au quotidien quand on le peut. Mais je suis pas un gros prescripteur d'antibiotique. Je suis pas un gros prescripteur.

Chercheur : Comment vous le savez ?

M2 : Bah c'est le ROSP qui nous le dit. C'est les éléments de la convention médicale, les indicateurs de prescription qui le disent.

Chercheur : Très bien. Hum, est-ce que... on a parlé des protocoles qui existent dans au moins un des EHPAD où vous allez, est-ce que vous connaissez d'autres ressources ou recommandations en matière d'antibiothérapie pour l'EHPAD ?

M2 : Je pense qu'on va en mettre une bientôt pour les infections urinaires puisqu'on a eu une réunion il y a peu de temps dans l'EHPAD à (Ville) donc avec des médecins de (Ville hospitalière), avec les médecins qui interviennent sur l'EHPAD, avec le médecin coordonnateur, avec une pharmacienne avec des infirmières, on a reparlé des infections urinaires des personnes en institution et je pense que là on va pouvoir remettre en route un nouveau protocole parce que jusqu'à présent on avait tendance à traiter les infections urinaires comme des cystites banales mais il faut plutôt les considérer comme terrains à risque et avoir des antibiotiques peut être plus lourds et là pour le coup des durées de prescription plus importantes chez la personne âgée... Si on s'en tient aux nouvelles références de la SPILF en matière d'infection urinaire chez la personne âgée

Chercheur : Donc ça vous appuyez sur la SPILF dans le protocole ?

M2 : Oui

Chercheur : Parce que là le protocole vous avez dit ils sont faits en... tous ensemble mais le médecin coordonnateur...

M2 : Là pour celui des infections respiratoires c'était un truc qu'on avait mis en route avec le médecin coordonnateur des EHPAD de la région et les médecins qui y intervenaient mais ça je pense pas que ce soit basé sur des références de la SPILF. Mais pour les infections urinaires je pense qu'il va falloir, on peut se baser dessus pour faire de nouveaux protocoles.

Chercheur : Et les infections respiratoires, ou d'autres protocoles est-ce que les infectiologues de l'hôpital par exemple sont intervenus ou c'est que les médecins généralistes ?

M2 : Euh non, que les médecins généralistes et coordonnateurs.

Chercheur : Ok. Et vous pensez que... est-ce que vous avez d'autres ressources que vous utilisez en EHPAD pour l'antibiothérapie ?

M2 : **soupir** non bah j'essaye de me baser sur les recommandations de la SPILF. C'est ma principale source. Bon après on a les outils informatiques maintenant qui peuvent nous aider mais quand on est dans les EHPADs on n'a pas toujours accès à internet donc on doit faire sans. **rire**

Chercheur : Donc vous faites sans ... ?

M2 : Sans Antibiocliv.

Chercheur : **rire** Antibiocliv. Parce que vous l'utilisez au cabinet ?

M2 : Non mais on voit beaucoup les internes l'utiliser et maintenant oui ça peut nous tenter. D'ailleurs j'ai un onglet là que j'ai mis il y a pas longtemps.

Chercheur : Mais c'est pas encore une habitude pour vous ?

M2 : Non non en pratique non. Mais pour contrôler un peu ce que l'on fait c'est vrai que c'est vite fait quoi, c'est pratique.

Chercheur : Est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ?

M2 : Des suggestions... bah c'est de faire ce qu'on a fait dernièrement avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD de (Ville), qui est très actif et dynamique, et c'est de générer des réunions multidisciplinaires avec plusieurs intervenants pour se retrouver autour d'un thème particulier et essayer d'améliorer nos pratiques.

Chercheur : Est-ce que vous pensez à d'autres choses ?

M2 : Non je pense que c'est déjà pas mal. Après des formations, après on peut se former à la gériatrie, mais bon. Les groupes de pair peuvent nous aider. Les GIP comment on appelle ça ?

Chercheur : Pour les internes, les GEP ?

M2 : Non pour les médecins, les GEAP ? Oui enfin bref réunion de pair qu'on peut faire sur des thèmes particuliers, on peut aussi améliorer nos pratiques comme ça. Sur des thèmes on fait des réunions sur des thèmes particulier avec des experts qui interviennent.

Chercheur : Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous souhaiteriez parler au sujet des antibiotiques à l'EHPAD ?

M2 : Comme ça je vois pas autrement... En fait moi je suis pas très calé en matière de résistance, de bactérie résistante, c'est pas vraiment ma tasse de thé donc je peux pas vraiment en parler plus. Quand on parlait des résistances tout à l'heure. Je sais pas.

Chercheur : Très bien. Bah écoutez c'est tout pour moi, merci.

Entretien M3

Chercheur : Merci d'avoir accepté cet entretien. Alors pour commencer, en quoi le sujet vous est-il incité à accepter cet entretien ?

M3 : Eh ben parce qu'en effet, comme en EHPAD il y a des gens plutôt fragiles, on se pose toujours la question, et aussi pour éviter de revenir des fois les voir, vu que le temps... c'est compliqué d'organiser les visites, on se pose la question de mettre des antibiotiques peut être un peu plus facilement que dans les consultations que l'on peut être amené à faire en cabinet en fait.

Chercheur : D'accord, est-ce que vous pouvez me dire comment vous organisez vos visites à l'EHPAD.

M3 : Et ben en fait, donc on va dans les services différents, donc il y a l'UVP qui est séparée du reste de l'EHPAD et du coup je vais sur chaque secteur et en fait, on a un tiroir avec un cahier de liaison avec les infirmières ou des feuilles ça dépend des périodes, où elles nous listent en gros tout ce qui est à faire ou à voir.

Chercheur : Vous avez une liste des tâches ?

M3 : Du coup après on va... Si il y a l'infirmière on en discute avec elle. Si il y a besoin qu'on la voit, on l'appelle sur le téléphone pour qu'elle vienne nous dire qu'est-ce qui se passe ? Pour en savoir un peu plus, souvent sur les mots il y a quand même pas beaucoup de choses ou en tout cas pas ce qui nous intéresse.

Chercheur : Ouais.

M3 : Et puis euh et puis ensuite on... après je vais du coup au lit du malade faire ma consulte et puis je reviens après dans le bureau faire mes prescriptions et ...

Chercheur : Vous n'avez pas toujours les infirmières ?

M3 : Enfin, c'est vrai que nous, ça nous arrange plus d'y aller le matin donc souvent elles sont en train de faire les soins. Elles sont pas forcément dans le bureau. Et avant, on avait là où elles avaient les médicaments et l'ordinateur qui étaient dans la même pièce. Et maintenant ils sont séparés. Alors c'est dans le couloir, donc c'est vrai elles sont pas forcément dans le bureau médical au moment où on y va.

Chercheur : D'accord, vous m'avez parlé d'UVP, UVP ça veut dire ?

M3 : C'est le Cantou, c'est l'unité protégée.

Chercheur : D'accord, ok et votre fréquence de visite du coup en EHPAD ?

M3 : L'idéal c'est une fois par semaine, et après c'est quand même... aussi, souvent tous les 15 jours, après si on est vraiment pris au cabinet, qu'on a du mal à y aller, qu'a priori y a pas de souci, parce qu'en plus des feuilles, soit elle fax soit elle nous envoie par mail les demandes, du coup on sait aussi à peu près... On a créé aussi un mail pour qu'elle nous les envoie aussi par mail. On sait à peu près s'il y a des choses à voir pour nos patients. Donc,

aussi c'est vrai, que si tout va bien, s'il y a pas de renouvellement, des fois on n'y va pas toutes les semaines quoi.

Chercheur : D'accord, donc il n'y a pas de jours fixes dans la semaine ?

M3 : Alors on essaie dans la mesure du possible, comme voilà, moi dans mon organisation, j'ai deux jours off en dehors de l'hiver. Du coup le mercredi j'ai mes enfants, je peux pas aller à l'EHPAD avec elles *rires* et le vendredi du coup j'essaie d'y aller le vendredi mais bon c'est pareil, j'ai envie de faire autre chose que de la médecine sur mon autre jour. Souvent le lundi matin, en fait normalement je consulte pas systématiquement donc j'essaye d'y aller le lundi matin.

Chercheur : D'accord. Hum...Et donc par exemple vous m'avez parlé que les infirmières pouvaient vous faxer des demandes, comment vous gérez par exemple l'appel d'une infirmière ou le fax d'une infirmière sur un sujet infectieux ?

M3 : Alors ben s'il y a de la fièvre on essaie quand même qu'on y aille. On a la chance du coup d'avoir des internes. En général on essaie d'y aller quand même avec eux avant le début de la saison notamment l'hiver. Et du coup on y va si y a besoin dans la journée. C'est vrai que l'hiver dernier les internes sont allés beaucoup à l'EHPAD gérer des problèmes infectieux aigus voilà après si genre y a infection urinaire bah ça on met l'antibio directement. Le cas le plus compliqué, c'est la toux avec un peu de fièvre où en fait on a envie quand même d'examiner les patients et d'être sûr qu'il ait une infection pulmonaire et que c'est pas juste une rhino avec une toux associée, donc on essaie dans ces cas-là d'y aller. Enfin voilà si on a nos patients, si on sait qu'y a pas de collègues qui vont passer dans la journée ou le lendemain on essaie quand même d'y aller, on y va entre midi et deux.

Chercheur : Entre midi et deux... donc c'est en dehors de votre temps de consultation.

M3 : Et donc si c'est calme l'après-midi... mais là on est plein toute l'après-midi c'est pas possible.

Chercheur : D'accord quelle différence vous voyez entre votre prescription d'antibiotiques en EHPAD et au cabinet ?

M3 : Ben moi après j'essaie de faire attention quand même à pas trop en prescrire mais c'est vrai comme je disais au début, je me pose plus de questions, parce que ben... c'est des patients fragiles, que du coup comme ils sont âgés, ils ont pas forcément de fièvre. Voilà, l'auscultation peut être plus compliquée à être efficace entre guillemets, s'ils inspirent pas suffisamment, c'est plus compliqué à examiner. On les déshabille pas complètement en général. On est parfois seul pour les examiner donc pour les redresser et arriver à ausculter correctement les poumons c'est compliqué et donc des fois c'est vrai, s'il y a de la fièvre, qu'y a pas de rhino claire qui pourrait expliquer une toux, on va plutôt facilement prescrire les antibiotiques. Après je reste sur des recommandations, Amoxicilline en première intention sauf échec, on essaie de rester ce qui est recommandé.

Chercheur : Est-ce que vous voyez des différences au sens de structure entre le cabinet et du coup l'EHPAD, qui pourraient jouer sur ces prescriptions ?

M3 : La surveillance n'est pas la même. Même s'il y a plus de surveillance finalement à l'EHPAD que quelqu'un à domicile. C'est plus facile de revoir quelqu'un au cabinet que nous aller à nouveau nous déplacer là-bas. Après il y a les collègues... on essaie de pas y aller le même jour et un passage régulier dans la semaine mais parfois c'est pas possible. Et donc par rapport à ça, la gestion n'est pas la même. Après il y a une surveillance SAT, de la température mais bon c'est pareil en fonction du secteur dans lequel on est...un patient Alzheimer ça va être plus compliqué à évaluer qu'un patient qui va à peu près bien.

Chercheur : Est-ce que vous pouvez me parler de comment vous examiner un patient dépendant ? Est-ce qu'il y a des différences ?

M3 : **rire** Ah bah ça c'est clair. T'façon si l'infirmière ne peut pas venir avec moi, c'est très succinct, fin on essaye, s'il se mobilise pas du tout c'est compliqué quoi. S'il arrive à se pencher en avant, on arrive à enlever le pull, t-shirt. C'est pareil quand ils ont quinze couches, en gros on en enlève, toutes celles qu'on peut afin qu'on entende correctement au niveau pulmonaire. Après un patient Alzheimer, on lui demande de respirer, la plupart du temps il ne sait pas faire, donc si spontanément il n'a pas une respiration suffisante on n'entend pas correctement et puis voilà. Et après il y a aussi le risque de pneumopathie d'inhalation, qui est plus fréquent que les patients qu'on va voir ici.

Chercheur : Et quelle est votre conduite quand vous avez un doute diagnostique sur une infection ?

M3 : Alors s'il y a pas de fièvre et que vraiment à l'auscultation je suis rassurée mais qu'en effet les infirmières sont en demande parce que soit il tousse beaucoup où que ça pourrait évoquer en effet une pneumopathie, je vais faire une prise de sang avec une NF une CRP pour essayer de voir s'il y a un syndrome inflammatoire. S'il y a un syndrome inflammatoire important, je vais traiter par antibio.

Chercheur : Donc là il y aura des examens complémentaires dans ce cas-là ?

M3 : Par contre la radio pulm, je ne la fais jamais.

Chercheur : Et pour quelle raison vous ne faites pas de radio pulmonaire ?

M3 : Parce que je n'ai pas envie de les voir ici pour ça **rises** parce que dans l'absolu, on pourrait le faire là.

Chercheur : Parce que vous avez la radio ?

M3 : Donc ouais, normalement on ne peut pas faire de radio pulm. Notre appareil n'a pas de doseur enfin on n'a pas de doseur à mettre pour doser nos rayons. On est autorisé à faire des radios des membres uniquement sans devoir mettre la dose parce que ce sont des doses moindres qu'un pulmonaire. Après dans l'absolu, si on a un doute sur un pneumothorax on le fait quand même, mais c'est plus à titre informatif.

Chercheur : Du coup les radios se font à quelle distance ?

M3 : (ville à 15 km), donc honnêtement envoyer un Alzheimer à (ville) le perturber tout ça pour une suspicion... A part s'il désature tout ça, dans ce cas-là il y a une indication d'hospitalisation éventuelle. Je ne fais pas de radio pulmonaire.

Chercheur : Et donc du coup, quand est-ce que vous demandez des examens complémentaires, donc par exemple vous m'avez dit, la prise de sang, est-ce que vous pouvez me répéter je crois que vous m'en avez parlé...

M3 : Je fais une formule sanguine et une CRP et souvent une créatinine pour voir la fonction rénale un instant donné. S'il y a des troubles alimentaires liés à l'infection je fais un iono pour savoir s'il n'y a pas de perturbations de ce côté-là. C'est le bilan standard que je fais en phase aiguë d'une infection quand je ne sais pas trop. Et un ECBU si j'ai des signes urinaires ou si c'est une patiente qui fait des infections urinaires à répétition.

Chercheur : D'accord est-ce que vous avez un exemple à me donner d'une situation récente vous avez dû prescrire des antibiotiques en EHPAD ?

M3 : Non, récente...

Chercheur : Récente ou moins récente, une qui vous parle.

M3 : Non après je crois que la plus récente... **cherche sur ordinateur** Si j'ai eu une patiente pour un ECBU positif, les infirmières ont été alertées par des urines troubles ou malodorantes, c'était une patiente Alzheimer du coup ben on fait, en général elle font un ECBU en même temps comme il faut faire un sonde jet et après l'ECBU est revenu positif et je l'ai mis sous Orelox® parce qu'il n'y avait pas de fièvre, pas de critères de pyelo.

Chercheur : Donc vous avez traité, il n'y a pas eu de traitement probabiliste ? Vous avez attendu l'antibiogramme ?

M3 : Oui j'ai attendu. En général j'attends parce qu'ils sont rarement symptomatiques, du coup j'attends. Mais après ça arrive, s'ils ont des symptômes... si elle avait eu de la fièvre je lui aurais peut-être mis en attendant d'avoir l'ECBU mais là, elle était apyrétique donc ça faisait plus cystite et du coup j'ai attendu l'antibiogramme.

Chercheur : Qu'est-ce que vous pensez des recommandations et ressources actuelles sur l'antibiothérapie en EHPAD ?

M3 : Sur Antibioclic il n'y a rien sur les vieux il me semble **rire**. Fin ça fait partie des plus de soixante-cinq ans je crois, donc c'est pas très ciblé. Et donc il n'y en a quasiment pas et puis fin... c'est toujours pareil, comme plein de choses en médecine générale, il y a ce qui est sur le papier et ce qu'on fait en cabinet parce que les moyens sont comme ça, et que les patients n'ont pas envie de faire quinze mille examens et que voilà en effet dans l'absolu il n'y a pas forcément besoin d'avoir des confirmations à chaque fois. On ne fait pas de confirmation à chaque suspicion de pneumopathie, je ne fais pas des radios.

Chercheur : Et en dehors d'Antibioclic est-ce qu'il y a d'autres dont vous vous servez ?

M3 : Moi je suis très Antibioclic après je sais qu'il y avait d'autres sites. On m'avait parlé d'un autre site, j'ai pas retenu le nom. Donc c'est vrai que j'ai plutôt tendance à aller sur Antibioclic.

Chercheur : Est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ?

M3 : Oui ben ça **rises**, rajouter une ligne pour patient de plus de 80 ans.

Chercheur : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres choses en termes de formation notamment ?

M3 : Après il peut avoir toujours y avoir des protocoles. Par exemple le problème qu'on a là, c'est que il n'y a pas de médecin coordonnateur. Donc du coup c'est souvent aussi les médecins co qui font ce genre de protocoles... où en cas de prise en charge d'une fièvre aiguë...pour les infirmières... bien sûr faut qu'on aille voir les patients, c'est sûr. Après nous on est entre les deux. Les patients qui sont en EHPAD, en institution où il y a un cadre et tout ça, nous on est libéraux, on n'a pas forcément le temps d'aller voir quand ils veulent, quand ils ont besoin. C'est le problème enfin c'est comme si un patient qui a appelé, on pouvait pas le prendre en rendez-vous. Bien sûr qu'il râle voilà là c'est vrai entre guillemets qu'on est obligé d'y aller et au niveau timing c'est pas forcément possible.

Chercheur : Vous trouvez que c'est chronophage ?

M3 : **soupir** C'est de n'être pas dans le même lieu qui est pénible en fait. C'est... et pis c'est pas de la médecine comme on aime bien faire, parce que voilà, on ne déshabille pas forcément les... les gens quand on fait des renouvellement c'est pas comme ici où on a notre matériel, nos habitudes. Voilà donc c'est jamais à mon sens parfaitement fait et souvent c'est des patients qu'on ne connaissait pas d'avant, qui arrivent avec leur dossier qui est très lourd, parfois lourd pardon, pas toujours, et du coup qu'on ne connaît pas vraiment. Moi j'ai plus le sentiment qu'on fait du bricolage en EHPAD, que vraiment soigner correctement. On limite la casse. C'est pareil voilà fin nous, on va pas examiner les seins d'une mamie à part quand elle aura une masse énorme, des signes cutanés que les aide-soignante verront à la toilette. C'est vrai que spontanément on va pas, on peut pas faire le tour de tout ça dans une consultation... fin de la même façon qu'ici on regarde pas les seins à chaque fois.

Chercheur : Et que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M3 : Que ça représente pour moi ?

Pour l'instant je n'ai pas été trop confrontée à ça. Des fois on des bactéries un peu atypiques qu'on retrouve dans les urines ou enfin c'est plutôt ça parce que c'est ça qu'on fait analyser. Mais pour l'instant j'ai pas été trop confrontée à des patients où je n'avais pas de traitements per os réalisables, enfin je trouve qu'en EHPAD il n'y a pas encore le même phénomène que sur des infections nosocomiales pour l'instant qu'on peut retrouver à l'hôpital, mais bon j'imagine que ça va venir.

Chercheur : Pour vous l'antibiorésistance vous y êtes sensibilisée ? Dans votre formation ?

M3 : Oui c'est le fait de moins prescrire d'antibiotiques si l'indication n'y est pas. On n'en prescrit pas, et on essaye le moins possible d'en prescrire à l'aveugle ou par complaisance **pires** et non par facilité pour voilà... Fin ça ne m'arrivera jamais ici de prescrire de l'Amoxicilline parce que les gens vont partir en voyage si ce n'est pas justifié pour moi, je ne vais pas le prescrire à prendre immédiatement. Après s'ils partent sur quelque chose qui peut en effet évoluer genre une sinusite, je prescris un premier traitement. S'ils ne sont pas suffisamment soulagés je vais le mettre sur l'ordonnance mais en prescription différée parce qu'ils vont pas être présents ici. Mais je vais pas le prescrire parce qu'il part en me disant je l'ai couvert au cas où il part. La seule raison où ça a pu m'arriver de le faire, c'est des gens en

préopératoire et qui vont être opérés dans la semaine, dans les jours à venir et qui ont des symptômes qui pourraient faire évoquer quelque chose qui s'infecte et pour qu'il n'y ait pas de complications lors de l'opération.

Chercheur : Donc en EHPAD ça ne vous arrive pas de prescrire en différé, de faire des prescriptions anticipées, ça ça ne vous arrive jamais ?

M3 : A non.

Chercheur : Est-ce qu'en EHPAD, est-ce que la famille à un rôle parfois dans la prescription notamment antibiotique ?

M3 : A moi ça ne m'est jamais arrivé, après je n'ai jamais eu des familles qui m'ont tannées pour avoir une prescription d'antibio. Après pour qu'on vienne les voir en visite oui, mais pas pour qu'on prescrive un traitement, ça ne m'est jamais arrivé.

Chercheur : Et pis pour des examens complémentaires en rapport avec une infection est-ce que la famille... ?

M3 : Pas forcément en général s'ils sont pas bien, ils ne cherchent pas forcément à ce qu'on leur fasse faire quinze mille examens. Le plus courant c'est quand même l'infection urinaire et la pneumopathie, j'ai jamais eu de famille qui m'a demandé de radio des poumons pour confirmer un diagnostic après c'est plus pour les diagnostics chroniques et pas de l'aigu.

Chercheur : Est-ce que vous avez des choses à rajouter par rapport à ce sujet ?

M3 : Si par rapport, tu me demandais si les antibiotiques j'en prescrivais en différé, je pars du principe que j'en n'ai pas besoin parce que justement il y a une surveillance régulière avec les infirmières et que du coup je leur dis aux infirmières, ben si dans deux jours ça ne va pas mieux, vous me rappelez et on verra à ce moment-là s'il y a lieu. Si j'avais un petit doute et que ça se dégrade, que la saturation ne s'améliore pas, oui je vais peut-être le traiter sans aller le revoir mais voilà.

Chercheur : Donc vous avez plutôt un lien bénéfique pour le patient, un lien avec les infirmières qui est plutôt bénéfique pour patient ?

M3 : Oui voilà forcément elles sont en première ligne, donc quand on ne va pas régulièrement c'est pénible pour elles, parce qu'elles se retrouvent avec des problèmes qui ne sont pas gérés immédiatement mais dans l'ensemble, oui...

Chercheur : Et ça vous arrive de faxer des ordonnances sans ...

M3 : Du coup on fait sur notre logiciel directement.

Chercheur : C'est un logiciel qui est en lien avec l'EHPAD ?

M3 : Oui, c'est le logiciel de l'EHPAD.

Chercheur : Et vous y avez accès directement, donc ça vous arrive parfois de ne pas avoir vu le patient et d'avoir prescrit quelque chose ?

M3 : Oui, mais après c'est plus par exemple pour des mycoses quelque chose comme ça.

Chercheur : Sur l'antibiotique ?

M3 : Généralement très rarement. A part si vraiment je n'ai pas le temps, si elle m'appelle à sept heures, en me disant il a de la fièvre, il tousse depuis une semaine, je vais le mettre et aller le voir le lendemain.

Chercheur : Mais il sera revu de toute façon ?

M3 : Oui.

Chercheur : Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ?

M3 : Non.

Chercheur : Bah écoutez, merci.

M3 : De rien.

Entretien M4

Chercheur : Bonjour et merci d'avoir accepté cet entretien. Dites-moi qu'est-ce qui vous a incité à accepter cet entretien ?

M4 : Eh bien c'est pour vous rendre service surtout.

Chercheur : Avec quelle régularité vous rendez-vous à l'EHPAD ? Combien avez-vous de patients en EHPAD ?

M4 : Je dois avoir 30 ou 35 patients en EHPAD, sur... **marmonne tout bas des noms d'EHPAD**... Enfin (Nom d'EHPAD) c'est un peu différent car c'est considéré comme un hôpital avec ses propres médecins.

Chercheur : Hum, et quand vous dites que vous allez, juste pour (nom d'EHPAD) que je comprenne bien, vous y allez en tant que médecin traitant libéral ou vous êtes aussi salarié là-bas.

M4 : Non non non c'est médecin traitant libéral, c'est un paiement à l'acte.

Chercheur : Vous allez comme une visite à domicile quoi.

M4 : Les autres EHPAD aussi se sont toutes des paiements à l'acte

Chercheur : D'accord, hum... Est-ce que vous voyez des différences, quelles sont les différences entre vos prescriptions à l'EHPAD et au cabinet ?

M4 : Ça dépend de l'urgence, ça dépend de ce qui reste dans les stocks d'antibiotiques, ce qui est disponible rapidement... donc ça dépend de beaucoup de la disponibilité des médicaments. Quand il y a un cas un peu urgent autrement ça change rien. Et puis il y a quand même si, bon, il faut voir le public qui est concerné donc, des problèmes de prise, on privilégiera toujours les injectables vu qu'on a des infirmières sur place, voire ce qu'ils peuvent prendre comme comprimés ou les allergies ou ... à cet âge-là on en trouve toujours quelques-unes donc euh... allergies ou plutôt intolérances/effets indésirables.

Chercheur : Vous... vous parlez des stocks dans le cadre de, de l'urgence est-ce que vous

M4 : En fait il y a pas vraiment des stocks mais il y a des restes dans les pharmacies souvent quelques... quelques comprimés donc ça permet de démarrer en attendant qu'ils faxent l'ordonnance à la pharmacie, qu'ils les ramènent...

Chercheur : Donc en fonction ce qu'il peut rester d'une euh, dans les tiroirs vous pouvez être amené à choisir un antibiotique plus qu'un autre parce que il y en a un petit peu d'avance ?

M4 : Oui

Chercheur : D'accord. Et si pour vous il y a pas de critères d'urgence par contre vous mettez... vous choisissez différemment ?

M4 : Traitement habituel...

Chercheur : D'accord. Qu'est-ce que vous entendez par traitement habituel ?

M4 : On va dire des indications de ville, les mêmes qu'en ville

Chercheur : Vous avez parlé du... des différences du public... qu'est-ce qui est différent, qu'est-ce que vous entendez par là ?

M4 : Public différent bah l'âge, avec des intolérances multiples, des interactions multiples, des capacités d'absorption du médicament différentes, et des capacités d'élimination aussi. Entre les deux il y a le métabolisme... qui est encore différent.

Chercheur : Hum... est-ce que... comment est-ce que vous examinez un, un patient d'EHPAD ? Par exemple un patient dépendant ?

M4 : Un patient dépendant comme... comme en cabinet. Je fais un petit peu le tour avec ce qu'on a, ce que j'ai donc, peut-être un peu moins d'instruments m'enfin on a le minimum quand même... et pis on a même même un peu plus parce que quelques fois l'infirmière peut être là pour aider ou pour... donner son expérience sur un escarre ou sur l'évolution des choses donc quelques fois on est mieux renseignés que quelqu'un qui vient au cabinet bien que souvent ils soient accompagnés et qu'ils soient capables de s'exprimer. Au niveau technique j'ai pas grand-chose de plus. Peut-être que quand on aura le chariot de télémedecine avec échographie incorporée, caméra où on voit mieux la gorge et les oreilles que sur les instruments, peut être bien, on va s'amuser un peu. Nan mais ça n'apporte rien je veux dire avec le traitement, le suivi de base, le matériel on peut faire ce qu'on a à faire...

Chercheur : Et vous avez ...

M4 : La différence c'est qu'on a peut-être plus rapidement des des examens si on peut demander un examen c'est toujours plus rapide parce qu'ils passent par le laboratoire aussi donc il faut aussi attendre le lendemain. Si quelques fois on peut envoyer les gens directement au labo quand on a j'sais pas moi un D-Dimères ou des troponines à faire, et puis on a des résultats très vite mais on l'a pas aussi facilement à l'EHPAD.

Chercheur : D'accord. Vous avez parlé des des infirmières, est-ce que quand vous allez voir un patient à l'EHPAD, si on reste un peu dans le cadre de l'infection, des antibiotiques, elle vous accompagne euh... systématiquement ou pas nécessairement ?

M4 : J'ai pas l'habitude d'être accompagné. Certains confrères qui font comme des mini-visites avec l'infirmière etc. Non non moi je... je travaille en autonomie.

Chercheur : D'accord. Ok. Et pour les examens, quand vous disiez le lendemain c'est pour les examens de laboratoire ?

M4 : Oui tout à fait.

Chercheur : Ça se fait tous les jours à l'EHPAD ou c'est... ?

M4 : Oui tous les jours

Chercheur : Tous les jours

M4 : Enfin il faut les faire le matin si vous arrivez l'après-midi là cet après-midi si j'ai besoin d'un examen je les aurais que demain matin

Chercheur : Ça sera demain, même si c'est un weekend ?

M4 : Euh non le weekend non plus enfin le weekend quelques fois on est obligés d'hospitaliser aussi parce que l'hospitalisation est plus... est plus facile forcément. D'ailleurs elle se fait souvent sans qu'on soit vraiment ... on peut on peut la décider par téléphone mais les infirmières peuvent décider facilement une hospitalisation. Quelques fois elles profitent même qu'on soit pas là pour les mettre à l'hôpital.

Chercheur : C'est-à-dire elles profitent... ?

M4 : Oh parce qu'elles savent très bien que certains médecins n'hospitalisent pas facilement, moi par exemple, et puis bon bah comme par hasard les les, toutes les hospitalisations sont le weekend quand je suis pas joignable

Chercheur : Parce que les infirmières elles veulent hospitaliser les patients ?

M4 : Bah certains posent des problèmes quand même. On dit pas qu'elles ont toujours tort mais ... c'est vrai que j'aurai tendance à ne pas trop les hospitaliser pour multiples raisons hein, surtout à cet âge-là, on a rapidement une perte des repères et quelqu'un d'hospitalisé c'est quelqu'un de... de déstabilisé on va dire au minimum. De suicidé au maximum. **rire**

Chercheur : Et vous m'avez dit certain pourraient poser problème aux infirmières, à votre avis alors vous êtes pas à leur place mais à votre avis qu'est-ce qui les gêne ces infirmières ?

M4 : Beaucoup trop de soins aussi, si on commence à mettre en route des, des perfusions ou eu des soins plus compliqués quand elles sont en sous effectifs aussi on tient compte.

Chercheur : Il y a du sous-effectif ?

M4 : Oui oui. Bon ça dépend moi je vais à (Ville) où c'est une maison de retraite privée ça va bien ils sont suffisants il y a du monde mais ne serait-ce qu'a ... comment ça s'appelle je confonds toujours les (Nom d'EHPAD) et les (Nom d'EHPAD), je crois que c'est les (Nom d'EHPAD) à (Ville), donc qu'y dépendent du (Nom d'hôpital) et qui dépendent de l'hôpital c'est la misère quoi au minimum ... donc on gère l'urgence en permanence. Et puis il y a des... là j'ai une famille qui m'a demandé pour (Ville) donc c'est un Cantou en fait, il y a une maison à l'EHPAD et une partie Cantou donc la famille m'a dit « oui, vous pouvez pas prévoir quelque chose pour ne pas, qu'elle ne soit pas hospitalisée en urgence comme ça », puis après ça la déstabilise c'est quelqu'un qu'est insuffisante cardiaque donc prévoir éventuellement de, de monter le Lasilix ou de faire un petit traitement, d'anticiper un petit peu quoi.

appel téléphonique

M4 : Oui ?

Chercheur : Euh donc vous parliez là d'une patiente ou d'un patient pour lequel ou laquelle vous anticipez des des des... prescriptions pour éviter des hospitalisations c'est ça ?

M4 : Voilà oui il faut des... ce sont des comment on dit ? Des trucs anticipés... quand il s'agit de décès ...

Chercheur : Les directives anticipées ?

M4 : Des directives anticipées voilà.

Chercheur : D'accord.

M4 : Le terme exact.

Chercheur : Ça ça pourrait s'appliquer aux antibiotiques ?

M4 : Moui ça peut s'appliquer éventuellement bon on peut aussi envoyer des ordonnances par par fax ou par par mail quand la situation est déjà connue il suffit d'une petite ordonnance en plus. On a théoriquement accès au dossier directement pour certains, je le fais pas mais on peut le faire.

Chercheur : Depuis votre ordinateur, au cabinet ? Et ça vous le faites pas ?

M4 : Non ça j'ai assez de soucis comme ça. Pis j' préfère voire quand même les gens plutôt que de gérer tous les problèmes. Je serais seul médecin d'une EHPAD peut être que je verrais ça comme ça mais là, soit des confrères peuvent prendre le relais puis dépanner au cas par cas quand c'est des trucs un peu urgents comme je suis pas tout prêt, d'autres le sont, et je préfère comme ça.

Chercheur : D'accord.

M4 : Il y a quand même un danger à gérer à distance.

Chercheur : Ouais dans la mesure du possible les patients sont vus ?

M4 : Tant qu'on n'est pas avec les mécanismes de télémédecine.

Chercheur : Hum... est-ce qu'alors on a parlé un peu, le patient dépendant je ne sais pas si vous voyez une différence avec le patient dément dans la façon de l'examiner et de l'aborder ?

M4 : Ah bah oui oui quand même, la dépendance ça n'est pas la démence.

Chercheur : Comment est-ce que vous abordez le patient dément... pour l'examen ?

M4 : Comme tout examen mais le patient dépendant lui normalement il peut tout à fait avoir toute sa tête et être capable de répondre aux questions, le dément on a beaucoup besoin du comportement, des infirmières, de choses comme ça. Donc la plupart du temps ce sera à ce moment-là avec l'infirmière, et puis bah il faut essayer de faire un peu de médecine vétérinaire quoi de voir ce qui peut, ce qui peut poser problème. On aura plus facilement recours à la biologie dans ces cas-là je pense, aux ECBU aux choses comme ça. A l'électrocardiogramme, à des D-Dimères, des troponines ou des examens complémentaires. Puisque on n'a pas, on n'a pas de retour directement

Chercheur : Et ça vous aide ces examens ?

M4 : Ça nous aide ou ça nous complique la vie ça dépend. Mais bien sur ça aide quand même si vous avez un BNP, surtout un diagnostic d'exclusion. D-Dimères, BNP, troponines c'est ça l'intérêt. Qu'ils soient positifs vous aide pas forcément.

Chercheur : D'accord hum... et quelle est votre conduite en cas de doute diagnostic justement ?

M4 : Le doute doit profiter au patient jusqu'à preuve du contraire.

Chercheur : C'est-à-dire ?

M4 : Bah c'est-à-dire que souvent on met le temps de faire des tests thérapeutiques on va dire. Soit au moindre doute il faut faire des examens complémentaires et hospitaliser, surtout à cet âge-là.

appel téléphonique

Chercheur : Hum, vous m'avez parlé de biologie, est-ce que vous demandez des examens d'imagerie dans le cadre de l'infection ? De la suspicion d'infection ?

M4 : Oui bien sur oui. Radio pulmonaire, bon en général quand on passe à l'imagerie on va déjà... de quand c'est le problème de l'infection on va déjà... c'est l'hospitalisation qui est envisagé parce que d'avoir l'imagerie rapidement c'est pas possible, donc il faut, t'façon il faut que ce soit géré après donc...

Chercheur : donc ce sera...

M4 : plutôt pour une fracture enfin, à la limite une fracture ou un examen de suivi on peut avoir la radio, la revoir ultérieurement, avoir un coup de fil etc. donc c'est rarement, pour l'infection c'est rarement.

Chercheur : Plus pour la traumatologie finalement.

M4 : Traumatologie ou suivi, suivi orthopédique, des tassements des choses comme ça.

Chercheur : Ok. Euh, est-ce que vous avez un exemple de situation plus ou moins récente ou vous avez prescrit un antibiotique en EHPAD?

M4 : Tous les jours. **marmonne** Qu'est-ce que j'ai eu d'intéressant... Bon les problèmes sont la plupart du temps soit pulmonaires avec des bronchites surinfectées soit des infections urinaires qui passent souvent inaperçues donc la dernière fois c'était une infection urinaire, avec quelqu'un qui était un petit peu, un petit peu agité et déstabilisé donc on a demandé une CBU, le bilan sanguin était normal.

Chercheur : Pour cette, c'était une patiente ou un patient ?

M4 : Une patiente

Chercheur : Une patiente c'était un... comment ça avait commencé l'histoire ? C'était un appel d'infirmière pour une agitation ?

M4 : Ouais

Chercheur : Et c'est vous qui avez demandé l'ECBU ?

M4 : Oh elles le font assez systématiquement, il y a une bandelette à faire, je sais plus si la bandelette avait été faite. Peut-être que si. On avait mis en évidence un germe et puis on a traité de manière adaptée. Mais il y en avait peu.

Chercheur : C'est, vous vous rappelez du germe ?

M4 : Ça devait être du coli, un Escherichia coli

Chercheur : Et vous aviez mis quel antibiotique vous vous rappelez ?

M4 : Bah en général on commence du monuril tout de suite après la CBU puis je crois qu'on avait fini par de la furadantine parce qu'il y avait quand même pas mal de microbes.

appel téléphonique

Chercheur : Hum, juste pour revenir sur cette situation de cette patiente, c'est une patiente qu'a des troubles cognitifs ?

M4 : Hum mouais. Pas 100% mais bon globalement elle est autonome quoi.

Chercheur : Et elle savait dire si elle avait des brûlures mictionnelles ?

M4 : Ah non elle était pas, non non la plupart du temps ils le sentent pas.

Chercheur : C'était hum, vraiment l'agitation il n'y avait pas de fièvre, pas de signe...

M4 : Après c'est difficile de lui demander vu qu'elle est incontinente avec les couches tout ça c'est difficile de lui demander si elle ...

Chercheur : D'accord.

M4 : Si elle avait quelque chose du côté urinaire.

Chercheur : Et le prélèvement euh, elle a réussi à, vous avez réussi à l'avoir avec sa participation ? Il a fallu faire un ... ?

M4 : c'est une bonne question

Chercheur : ça vous savez pas ? D'accord

M4 : J'avoue que ça...

Chercheur : Et vous parliez de bronchite surinfectée est-ce que là il y a eu un cas d'infection respiratoire récente ou vous avez mis des antibiotiques ?

M4 : Oui quand les gens commencent à cracher jaune, à avoir une température qui se maintient, à être fatigués, il peut y avoir des crépitants ou un début d'OAP on commence à attaquer ouais. Souvent associé d'ailleurs avec le Lasilix®. Ça décompense la situation cardiaque.

Chercheur : Et vous choisissez quoi en général comme antibiotique ? Dans ce cadre ?

M4 : Si ils sont pas sous anti-coagulant c'est vrai que la Rocéphine est intéressante sinon l'amoxicilline voire Augmentin® mais l'Augmentin® n'a pas forcément d'intérêt majeur dans ce cadre précis.

Chercheur : La Rocéphine® vous l'administrez comment ?

M4 : 1 gramme en IM.

Chercheur : IM ?

M4 : Et puis IV s'ils sont sous anti-coagulants. Mais bon c'est plus compliqué il faut encore avoir un capital veineux suffisant.

Chercheur : Ok. Et en général suite à ce traitement ça se passe bien il y a une bonne évolution ? De votre expérience ?

M4 : Je les ai tous sauvés grâce au traitement, grand docteur bien sûr.

Chercheur : Très bon, tant mieux pour eux **rire**.

M4 : Heureusement il y a quelques décès ce qui fait de la place pour les suivants.

Chercheur : D'accord.

M4 : Bien sur contre notre volonté.

Chercheur : D'ailleurs ça la fin de vie, bon c'est une situation qu'on voit en EHPAD, quel est votre rapport à l'antibiothérapie sur la fin de vie ?

M4 : Il faut pas être plus royaliste que le roi, il faut faire du palliatif, l'antibiothérapie c'est pas tellement un problème qui se pose en fait.

Chercheur : Si par exemple un patient qui, on sait qu'il va décéder plus ou moins long terme, qui chauffe, par exemple une CBU positive, est-ce que vous auriez tendance à traiter ou... ?

M4 : Non faut vraiment que l'infection soit en rapport direct avec l'évolution future et fatale.

Chercheur : D'accord.

M4 : Mais en général c'est pas, si on fait un choc septique le patient il sera plus là rapidement et c'est rare qu'on soit, qu'on fasse des antibiothérapies d'urgence dans ces cas-là.

Chercheur : Euh, que pensez-vous des, des recommandations actuelles en matière d'antibiothérapie en EHPAD.

M4 : Elles sont très bien.

Chercheur : Vous en connaissez ?

M4 : Du tout. Je vais prochainement au JEDI, toutes les années, aux journées de pathologies infectieuses de Rhône-Alpes, donc on essaye de suivre. Vous saviez c'est le 22 janvier

Chercheur : Non par contre je ne connaissais pas la date.

M4 : C'est à Grenoble. Vous êtes cordialement invitée. Ça devait être le jour de des gilets jaunes. Ça a été repoussé. Donc on a une mise à jour en antibiothérapie pas spécifiquement au niveau des EHPAD. Il me semble pas qu'il y ai de recommandations spécifiques.

Chercheur : Il y en n'a pas forcément mais vous auriez pu en connaître d'autres. Mais d'accord, donc ça ça vous sert à vous maintenir à jour sur les antibiotiques.

M4 : Ah puis il y a des programmes genre Antibioclic ou autre quand on... ça peut être utile.

Chercheur : Ça vous l'utilisez Antibioclic ?

M4 : Pas du tout. Je sais qu'il existe.

Chercheur : Ok. Hum...

M4 : Moi les problèmes se sont posés essentiellement ces dernières années pour des infections urinaires et puis également des infections respiratoires donc, on a changé pas mal de choses notamment les durées de traitement et puis les indications de certaines molécules qui n'ont plus leur place.

Chercheur : Quand vous dites « on a changé » c'est au niveau des recommandations nationales ou ... ?

M4 : Au niveau des recommandations ouais mais les médecins mettent du temps à changer. On voit qu'il y a un petit progrès dans les statistiques de la caisse.

Chercheur : Au niveau national vous voulez dire ?

M4 : Au niveau régional je sais pas si c'est, non c'est au niveau régional les statistiques. On a chacun son profil avec tant de...

Chercheur : Vous parlez de la ROSP j'imagine ?

M4 : Oui ça recoupe les ROSP. Pas de, pas de céphalotropes, pas de... enfin je sais plus enfin il y a tout un... moins de quinolones.

Chercheur : Euh... est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ?

M4 : En EHPAD ça dépend également du médecin coordinateur, parce qu'ils peuvent avoir également un stock de, de médicaments ou d'antibiotiques qui soit... qui soit bien délimité donc dans ces cas-là on est obligé de passer parce qu'ils ont quoi. Bon j'ai pas tellement ce cas-là mais, c'est vrai qu'on s'adapte facilement, qu'est-ce que vous avez, qu'est-ce que vous êtes susceptible d'avoir et on va dans le même sens.

Chercheur : C'est-à-dire, en fait dans l'EHPAD, c'est le médecin coordinateur qui commande les molécules ?

M4 : Je crois qu'il a quelque chose à voir avec les commandes. Alors tout dépend de la structure de l'EHPAD bon une EHPAD privée, là elle agit avec la pharmacie donc on peut avoir tout ce qu'on veut puisqu'on fait l'ordonnance et se sont les gens qui règlent. Après vous avez des EHPAD comme celle qui, donc aux (Nom d'EHPAD) qu'est liée à l'hôpital.

Chercheur : D'accord.

M4 : Donc ils ont leur budget global, vous n'êtes pas non plus rémunéré par les gens mais c'est l'hôpital qui vous rémunère sur leur budget global. Donc ils ont un certain nombre d'antibiotiques, les mêmes qu'à l'hôpital qu'on peut avoir plus facilement, les autres c'est plus compliqué, on peut passer par la famille on peut les avoir mais par l'extérieur.

Chercheur : Parce que ça c'est donc des structures publiques hospitalières mais il y a quand même des intervenants extérieurs comme vous qui font à l'acte quoi.

M4 : Tout à fait.

Chercheur : Ok. Ça c'est pour tous les patients ? Il y a des médecins salariés également dans cet EHPAD ?

M4 : Non le seul qu'est salarié c'est le coordinateur. Maintenant jusqu'à quand ça fonctionnera comme ça je sais pas parce qu'il faut qu'il y ai encore des volontaires.

Chercheur : Tout à fait. Ok. Vous avez parlé des quinolones des C3G, c'est vrai qu'il y a des recommandations qui émergent de plus en plus pour limiter. Qu'est-ce que ça représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M4 : Qu'est-ce que ça représente... bah ça représente par exemple au niveau des infections urinaires on est revenu du traitement simplement du contrôle à la bandelette à l'ECBU alors qu'il y a une dizaine d'année traiter simplement sur la clinique et sur une bandelette. Mais vu qu'il y a plus en plus de résistance, que maintenant on refait des ECBU d'emblée avant de mettre en route un traitement. Donc ça coûte un peu plus cher. Et puis bah on essaye d'avoir des concentrations, des CMI qui soient suffisamment convaincantes. Parce qu'on pouvait avoir une sensibilité à un antibiotique donné mais qu'un autre antibiotique de la même famille soit résistant donc à ce moment-là c'est même pas la peine d'essayer. Et puis on a un

problème quand même de, sur certains, certains microbes résistants. J'ai un cas récemment qui, on est obligés quasiment de l'envoyer à l'hôpital chaque fois parce que les seuls antibiotiques qui sont susceptibles d'agir sont hospitalier et sont en intra-veineux donc en hôpital de jour etcetera. Là il a trouvé la solution un petit peu il utilise des phages, des phages qui viennent d'URSS, qui viennent par la valise diplomatique que sa fille lui ramène. Et donc, vous connaissez les phages bien sûr ?

Chercheur : Non pas du tout. Justement qu'est-ce que c'est ?

M4 : Les phages sont, en gros ça utilise le système immunitaire et ça va renforcer le système immunitaire en amont, au niveau des leucocytes.

Chercheur : Et ça c'est un traitement injectable ?

M4 : C'est pas un antibiotique. Non non c'est sous forme per os oui.

Chercheur : Ça c'est pas un patient d'EHPAD c'est un patient du cabinet ?

M4 : C'est un patient du cabinet. Qui pourrait être en EHPAD.

Chercheur : D'accord. Le germe multi-résistant de ce patient il est à quel niveau ?

M4 : Urinaire

Chercheur : Urinaire. Il a un portage urinaire.

M4 : Oui. Donc chaque fois il faut lui mettre je sais pas quoi de la vancomycine, des trucs pas possibles qui ne marche pas d'ailleurs. Et là actuellement donc il a ces, ça fait 6 mois qu'il a commencé ces phages. En gros c'est un peu comme l'interféron dans les pathologies rhumatismales. Ça a été beaucoup développé en URSS justement. Eux ils en produisent mais bon les essais ont pas été, quand on en parle aux infectiologues ils ont bien sur le dédain le plus total pour ce genre de chose. Comme pour de nombreuses choses.

Chercheur : Parce que ce patient depuis qu'il prend ce traitement il fait plus de problèmes infectieux ?

M4 : Il en a fait moins. **regarde son ordinateur**. Il avait du pseudomonas notamment. Avec une antibiothérapie Zivoxid® Linezolid, en injectable bien sûr. Donc il a pris es phages en plus pendant 21 jours. 40 mL par jour. Per os et en rectal.

Chercheur : Ok. Est-ce qu'il y aurait des choses que vous souhaitiez ajouter sur le sujet, des choses qu'on n'aurait pas abordées ?

M4 : Si si on a abordé les cookies ils étaient très bon.

Chercheur : **Rire**. On va finir sur cette note alors.

M4 : Le problème des EHPAD c'est oui est-ce qu'il y aura encore des médecins pour les EHPADs dans quelques années parce qu'actuellement moi je vais jusqu'à (Ville) voir 30

personnes mais c'est pas mon boulot. Ce sont pas mes patients j'y vais parce que j'en ai 2 ou 3 tant qu'à faire comme ils sont coincés ils ont pas de médecins traitants moi j'y vais. Mais ça devrait être les médecins du coin qui devraient y aller.

Chercheur : Parce que vous voyez des patients qui sont pas dans votre patientèle ? Qui ne sont pas déclarés médecin traitant ?

M4 : Si ils sont déclarés médecin traitant mais c'est des familles qui sont désespérées qui me disent « oh vous pourriez pas prendre machin puisque vous y êtes » donc au début j'en avais 2 ou 3 puis maintenant j'en ai 30 ou 35. Ça devient un peu impossible. Comme les problèmes des visites c'est pareil, comme mes chers confrères un certain nombre n'en font pas, donc voilà j'sais pas comment ils font parce que les gens, les gens se débrouillent je sais pas. C'est un gros problème.

Chercheur : Vous en faites aussi beaucoup des visites à domicile ?

M4 : Ouais j'en fait... 6 ou 7 cet après-midi, j'en ai déjà fait ce matin. On finit souvent à 1 ou 2 heures du matin. Mais pas dans les EHPADs parce que je me suis fait rabrouer de (nom d'EHPAD) à 1 heure du matin on m'a dit « Oh l'infirmière de nuit son rôle c'est pas de commencer les traitements ». Voilà.

Chercheur : Eh bien merci.

Entretien M5

Chercheur : Merci d'avoir accepté cet entretien, d'abord en quoi sujet vous a t'il incité à répondre à cet entretien ?

M5 : Parce que j'aime bien l'activité en EHPAD et que c'est vrai qu'on a une pratique un peu différente du cabinet donc c'est toujours intéressant de l'évaluer.

Chercheur : D'accord. Est-ce que vous pouvez me dire à quelle fréquence vous allez en EHPAD ?

M5 : Toutes les semaines, tous les jeudis.

Chercheur : Est-ce que ce sont des visites programmées ?

M5 : C'est des visites programmées et après je gère là-bas s'il y a des urgences.

Chercheur : D'accord. Hum et est-ce que vous pouvez me dire par exemple comment vous gérez l'appel d'une infirmière qui justement vous dit qu'il y a une urgence ?

M5 : Comment je fais... alors déjà je lui demande qu'elle m'explique ce qui se passe, après donc en général elle a fait un bilan avant, et je me connecte au dossier médical que j'ai sur ordinateur, du moins que j'ai en ligne, et après ben j'évalue, soit les critères sont alarmants et c' est hospitalisation, soit c'est gérable sans que je vienne et donc c'est prescription, soit ça demande ma visite et on temporise jusqu'à ce que j'arrive.

Chercheur : D'accord. Vous avez parlé de bilan avant, c'est des bilans parce qu'il y a un protocole établi ?

M5 : Non c'est des bilans traditionnels en général, c'est fièvre, bandelette urinaire, tension.

Chercheur : Donc ça reste clinique ?

M5 : Ouai.

Chercheur : D'accord. Quelles différences vous voyez entre vos prescriptions en EHPAD et celles au cabinet concernant des antibiotiques ?

M5 : On prescrit plus facilement en EHPAD, alors premièrement parce qu'ils, parce que les patients sont plus âgés, plus fragiles et après, après c'est vrai que d'y aller qu'une fois par semaine parfois je prescris si j'estime que, si j'estime que je ne le verrai pas avant trois quatre jours et qu'il y a un risque. Donc je pense que je dois prescrire plus facilement un antibiotique en EHPAD. Après il y a aussi une pression familiale. Les familles des patients sont très demandeur d'antibiotiques.

Chercheur : Et cette pression elle, elle s'exprime comment ? Ils vous appellent ?

M5 : Ils appellent, ils harcèlent l'infirmière **rires**, ils repassent peu de temps après et demande si la personne a eu les antibiotiques donc il y a quand même vis-à-vis des personnes âgées une pression plus importante qu'au cabinet. Et vu qu'on ne les voit pas systématiquement on peut du coup se protéger plus facilement par une prescription.

Chercheur : Donc du coup vous avez des fois l'impression de prescrire des antibiotiques parce que la famille insiste ?

M5 : Alors non si je suis sûre qu'il y en a pas besoin je le ferai pas **rires**. Quand même.

Chercheur : D'accord.

M5 : Après il y a certaines familles qui sont très très désagréables et dans ce cas si je suis sûre qu'il n'y en a pas besoin je vais faire un bilan pour avoir la preuve que ce que j'avance est vrai, par exemple ECBU ou bio. Voilà ce qui se fait en général au cabinet je fais rarement des radios pulmonaires si... parce que bon faire sortir une personne âgée de l'EHPAD c'est compliqué puis on ne les a pas en urgence. Donc si j'estime qu'on a besoin d'une RP c'est qu'on est sûr quelque chose de grave donc en général j'hospitalise.

Chercheur : D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres différences en termes de structure par rapport, qui pourraient jouer sur votre prescription antibiotique entre l'EHPAD et le cabinet ?

M5 : Non.

Chercheur : Hmm, comment examinez-vous le patient dépendant ?

M5 : Euh, avec de l'aide déjà **rires**, j'ai l'infirmière qui fait la visite avec moi.

Chercheur : Elle fait toujours la visite avec vous ?

M5 : Pas toujours non mais quand c'est des patients dépendants en général elle vient avec moi.

Chercheur : Et en termes d'examen à proprement parlé ?

M5 : En général moi je fais de la tête aux pieds donc je regarde les jambes pour être sûr qu'il n'y ait pas... si c'est une fièvre par exemple qu'il n'y ait pas un érysipèle, parce que c'est fréquent ensuite je monte, le ventre, les reins, bronchite pulmonaire, la bouche, les oreilles. Donc je fais systématiquement dans ce sens-là pour ne pas passer à côté de quelque chose.

Chercheur : Et le patient dément est-ce qu'il y a plus de difficultés avec lui ?

M5 : Non je n'ai pas trop de souci sauf s'il refuse d'être approché. J'ai une petite mamie qui...elle c'est très compliqué quand elle veut pas, ben dans ce cas on essaie une fois, deux fois puis on la laisse tranquille, puis on y retourne et vraiment si je ne peux pas l'approcher, ben on essaie l'ECBU quand elle est d'accord. C'est pas facile et si vraiment elle... C'est parce que quand elle n'est pas bien c'est qu'il y a une infection urinaire, soit bronchite donc si elle tousse je traite à l'aveugle.

Chercheur : D'accord et quand vous avez un doute diagnostique, justement par exemple dans ce cas-là du coup quelle est votre conduite ?

M5 : On a toujours des choses qui orientent. On a les protections qui sont très fortes, qui sentent mauvais qui ont des traces de sang. Bah voilà on sait que c'est en bas, ben voilà mais si elle tousse on sait que c'est plutôt ORL c'est quand même les principales pathologies à cet âge-là, diarrhée... dans ce cas-là on n'a pas besoin d'antibio.

Chercheur : Vous m'avez dit rarement de radio pulmonaire ?

M5 : Non c'est compliqué, déjà une démente si elle ne veut pas qu'on l'examine, la radio c'est ingérable.

Chercheur : Vous avez déjà fait des examens sous traitement pour justement faire les ...

M5 : Non si vraiment ils ne sont pas bien avec des troubles cognitifs qui sont trop aggravés, je fais hospitaliser.

Chercheur : D'accord.

M5 : Parce que de toute façon ils ne prendraient pas leur traitement donc ça ne sert à rien et puis traiter comme ça, ils sont mieux en structure hospitalière.

Chercheur : Et donc quand est-ce que vous demandez des examens complémentaires sur une infection ? Donc vous m'avez dit vous voyez les urines vous faite l'ECBU, est-ce qu'il y a d'autres critères infectieux qui vous font demander des examens complémentaires et lesquels ?

M5 : Soit c'est récidivant donc par exemple une infection urinaire qui récidive et je fais assez systématiquement l'ECBU. Ça peut être s'il y a un fébricule, voilà une fièvre qui vient qui repart et dans ce cas je fais la bio.

Chercheur : Vous mettez quoi dans votre biologie ?

M5 : NFS CRP en général, j'en profite pour faire un bilan complet parce que je fais pas beaucoup de biologie à l'EHPAD, je les embête quand même pas trop donc quand j'en fais une du coup je fais un peu systématique, donc la thyroïde, je refais les glycémies, les reins, le foie, la vésicule et j'en profite pour faire un bilan nutrition, donc albumine, les vitamines B9 B12, D, pré albumine.

Chercheur : Et donc pas de radio pulmonaire ?

M5 : Si je pouvais l'avoir facilement je la ferai. J'ai eu le cas il n'y a pas très longtemps et on m'a donné un délai de dix jours pour avoir la radio pulmonaire. Donc c'est un jour où j'étais retournée un samedi après-midi pour voir le patient et du coup et du coup c'était soit je le faisais hospitaliser pour avoir ma radio pulmonaire soit je traitais et je faisais la radio après. Du coup j'ai traité, on a quand même pris le rendez-vous de radio puis le jeudi quand je l'ai revue à l'auscultation c'était mieux donc j'ai annulé.

Chercheur : D'accord. Alors vous m'avez donné là un exemple de situation récente est-ce que vous auriez une autre situation récente où vous avez prescrit des antibiotiques en EHPAD ?

M5 : Hier, une patiente qui fait des cystites à répétition et donc là, brûlures en urinant, j'ai fait une ECBU du moins j'avais prescrit une ECBU mardi suite à un appel téléphonique et vu que l'EHPAD n'avait plus de pots à ECBU du coup il ne pouvait pas faire d'ECBU avant demain. Et vu que le samedi y a pas d'ECBU, j'ai traité à l'aveugle parce que je pouvais pas la laisser jusqu'à mardi sans traitement alors qu'elle avait les symptômes. C'est encore des circonstances un peu particulières mais ça arrive qu'on n'ait pas.

Chercheur : Ça arrive souvent que vous ayez pas le matériel en EHPAD ?

M5 : Ouais. Alors pas toujours pour des biologies. Mais ça peut être au niveau des pansements, ça peut être au niveau des traitements. Elles n'ont pas le droit d'avoir, au niveau médicament, elles ont droit d'avoir des antibio habituels sous la main pour une journée ou deux mais après tout ce qui est traitement autres, elles n'ont pas le droit d'avoir d'avance, donc ça arrive qu'en urgence on attende un jour ou deux pour avoir un médicament.

Chercheur : Et ces problèmes de logistique ils sont dus à quoi ?

M5 : Parce que je pense qu'il n'y a pas assez de personnel et que ça a été très compliqué à (ville) mais là ça va un petit peu mieux, ce sont des nouvelles équipes, des nouvelles infirmières donc à mon avis il a eu un raté au niveau commande qui fait qu'il n'y a pas eu de commande de pot à ECBU tout bêtement.

Chercheur : Vous allez dans plusieurs EHPAD ?

M5 : Oui (nom d'EHPAD) où j'ai deux résidents et (ville) où j'en ai entre vingt vingt-cinq ?

Chercheur : Est-ce qu'il y a des médecins coordonnateurs dans ces EHPAD ?

M5 : Oui (nom d'EHPAD) c'est le docteur (nom du médecin), et à (ville) non il y a plus.

Chercheur : Est-ce qu'il y a des protocoles préétablis dans les EHPAD où vous allez, notamment sur la gestion de la fièvre ou en tout cas dans la gestion de problèmes infectieux ?

M5 : Je sais pas. Probablement je pense aux (nom d'EHPAD) (nom du médecin) il a dû faire ça et (nom du médecin précédent) qui était à (nom d'EHPAD) il me semble qu'elle avait fait des protocoles, alors après je sais même pas, en tout cas il n'y a pas de protocole de prescription systématique. Ça c'est sûr.

Chercheur : Les infirmières quand elles vous appellent ne vous disent pas : « je fais le protocole », c'est vous qui dites ?

M5 : A mon avis le protocole c'est bilan clinique et après contacter le médecin. Et si c'est un weekend, elles appellent le SMUR, le 15 qui leur dit quoi faire.

Chercheur : Est-ce que vous faites des déplacements en dehors de votre jour de....

M5 : Si besoin ouais ...

Chercheur : Et ces déplacements sont faits du coup ...

M5 : Sur mon temps personnel **rires**.

Chercheur : Que pensez-vous des recommandations et ressources actuelles concernant l'antibiothérapie en EHPAD notamment ?

M5 : Je ne les connais pas. Je sais pas si il y en a notamment des précises, si y en a, je ne les connais pas.

Chercheur : Et sur l'antibiothérapie, en général sur quoi vous vous basez ?

M5 : Sur quoi je me base ? Les recommandations (infectiologue CH) qui par exemple pour l'infection urinaire, ils nous ont envoyé un protocole il y a pas longtemps, donc c'est vrai que j'essaye de le mettre le plus possible en pratique. Après euh, vraiment dans des conditions particulières je regarde Antibioclic.

Chercheur : Voilà, essentiellement ces deux-là ?

M5 : Les recommandations aussi les dernières qui ont lieu sur la durée de prescription, c'était un des derniers colloques d'infectieux où on a diminué les temps de prescription antibiotique. Je ne me souviens plus qui c'est... ça doit être... ce sont les recommandations officielles d'infectieux.

Chercheur : Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ? Qu'est-ce qu'il manque dans votre pratique ?

M5 : Quand on a des patients allergiques c'est surtout là que c'est compliqué, entre autres l'allergie à la pénicilline. Les résistances on est vite pénalisé si... on est vite coincé au niveau des traitements. Si en plus c'est un patient qui est allergique et que l'analyse montre une résistance c'est compliqué... on ne peut pas tout prescrire, donc là c'est souvent...moi j'hospitalise quand c'est comme ça.

Chercheur : Vous avez souvent des résistances dans les...

M5 : Ça arrive, là j'ai un patient qui est allergique à la pénicilline qui a été hospitalisé au (nom hôpital) pour une lésion cutanée, il a eu un traitement antibiotique ensuite ré hospitalisé pour une fausse route avec pneumopathie d' inhalation, il a eu un nouveau traitement antibiotique et ensuite il est rentré à l' EHPAD, il a fait une bronchite et là j'avoue qu'avec tout ce qu'il a eu en un mois avant, là c'était compliqué... donc il rentrait de l'hôpital et il avait en plus un début d'érysipèle. Donc là c'est des situations pour moi à l'EHPAD c'est ingérable.

Chercheur : Où il y a déjà eu des antibiotiques...

M5 : Il y en avait eu deux si ce n'est pas trois en un mois, et de nouveau fièvre, lésion cutanée malodorante et surinfection bronchique.

Chercheur : D'accord, tout ça.

M5 : Alors là, j'avoue qu'on aimerait bien avoir un infectiologue sous la main mais on en a pas, et puis de toute façon l'EHPAD, il n'y a qu'une seule infirmière pour beaucoup de patients, résidents donc quand c'est des patients trop lourds, on ne peut pas lui dire qu'elle soit avec lui toute la journée c'est aussi ce qui peut limiter les soins en EHPAD.

Chercheur : Quel est le lien que vous avez avec les infirmières ?

M5 : Excellent, déjà je leur fais confiance. Là, on a une équipe qui est sérieuse, qui a travaillé déjà dans le milieu. Voilà donc j'ai un bon contact on travaille bien ensemble je sais que quand elles me disent quelque chose, je n'ai pas de doute si elles me disent que cliniquement elles sont inquiètes, je sais qu'il ne faut pas que je prenne de risques et que quand elles me disent ben non c'est gérable.

Chercheur : Vous avez le dossier du patient sur votre ordinateur, le dossier EHPAD c'est le même ?

M5 : En fait je peux me connecter à la centrale de l'EHPAD et donc j'ai accès au même dossier qu'à l'EHPAD donc j'essaye de bien le remplir quand j'ai un nouveau résident, en marquant les antécédents, les allergies, les vaccins, pour que justement où que je sois je puisse me connecter.

Chercheur : Et donc vous pouvez faire des prescriptions, mettre des notes depuis le cabinet sur le...Ça vous arrive souvent de faire des prescriptions en urgence depuis le cabinet ?

M5 : Tous les jours, presque, un jour sur deux.

Chercheur : Sur les dires du coup de l'infirmière vous pouvez prendre une décision un examen complémentaire ou d'une prescription ?

M5 : Parfois ce n'est pas toujours en urgence en ça peut-être tout bêtement un renouvellement de somnifère faut pas qu'on attende trop tard pour prescrire pour que la pharmacie puisse le livrer. Des fois c'est juste ça hein, globalement. Mais sinon oui je peux prescrire un bilan ou même un traitement comme ça.

Chercheur : Par semaine, vous voyez combien de patients en EHPAD en moyenne ?

M5 : Au moins une dizaine.

Chercheur : Et donc c'est sur vos programmés ?

M5 : Oui on va dire qu'elles en programment sept, huit après le fait que je sois dans l'EHPAD les gens m'attrapent où il y a toujours un truc en plus.

Chercheur : Est-ce que vous avez une liste des tâches quand vous arrivez à l'EHPAD ?

M5 : Ouais, voir un tel parce que... Ben "tousse", "renouvellement", "renouvellement kiné", "a été agité".

Chercheur : C'est quelque chose d'écrit à un endroit que vous connaissez ?

M5 : Ouais.

Chercheur : Donc c'est souvent en plus des patients ?

M5 : Donc ça, c'est ce qui est programmé, puis après en plus ça peut être...

Qu'est-ce que j'ai eu en plus hier ? J'ai croisé une famille qui m'a dit de voir un tel et ensuite la famille à une, à une cousine que vous pouvez voir, donc je l'ai vu, ensuite qu'est-ce qui est rajouté ? Quelqu'un qui avait mal au ventre, le certificat de décès, voilà donc ça peut... c'est souvent qu'il y en a un qui va avoir de la fièvre, par chance le jeudi après-midi *rires*.

Chercheur : Que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M5 : Qu'est-ce que ça représente ? Ben ça ne me rassure pas déjà. Je suis plutôt inquiète par rapport à ça. Donc du coup j'essaie quand même de ne pas favoriser. Je pense que je ne prescris pas trop d'antibiotiques. J'évite vraiment d'utiliser les antibiotiques à large spectre, où ceux où il y a un risque de résistance. Donc j'ai quand même une prescription essentiellement amox., et au niveau infection urinaire, ça dépend mais je suis vraiment sur du classique le plus simple possible sauf si après l'ECBU il y a un contexte particulier. Et puis j'utilise à l'EHPAD un petit peu moins qu'en ville j'utilise de l'aroma quand je peux me passer d'antibiotiques.

Chercheur : Vous avez une formation sur l'aromathérapie ?

M5 : Oui j'ai fait une année de formation.

Chercheur : Et donc la fréquence de l'aromathérapie dans le contexte infectieux ?

M5 : A l'EHPAD ?

Chercheur : Ouais.

M5 : C'est quand même pas souvent à l'EHPAD. Ça va être déjà quand c'est quelque chose de débutant et puis quand c'est local.

Chercheur : Est-ce que vous avez un exemple dernièrement ?

M5 : Une plaie au niveau d'un pied et donc j'ai prescrit du tea tree. Après, si, les sprays d'aromathérapie sur les maux de gorge il y a quinze jours et donc du coup il n'y a pas eu d'antibiotique pourtant c'est un patient très à risques. On va dire une fois par mois pas plus.

Chercheur : Cette formation vous l'aviez eu dans quel cadre ?

M5 : C'est une formation que je me suis payée. J'ai fait une première, une journée d'initiation, j'ai adhéré donc je me suis payée sur une année, je sais plus on avait fait huit ou dix jours avec un contrôle, un examen final.

Chercheur : Ce sont des traitements qui sont remboursés ?

M5 : Non.

Chercheur : Et donc par rapport au remboursement vous voyez avec le patient vous voyez avec la famille ?

M5 : La famille en général me fait confiance donc si je prescris après ils payent à la pharmacie. Après j'ai des familles qui refusent dans ce cas ben j'en prescris pas **rires**.

Chercheur : D'accord ça marche est-ce que vous voyez d'autres choses à dire sur l'antibiothérapie en EHPAD ? Est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas évoquées ?

M5 : Non je n'ai pas regardé les statistiques en moyenne des patients combien de fois ils ont des antibiotiques, ça pourrait être sympa mais je pense qu'ils en ont pas beaucoup.

Chercheur : Et ben écoutez je vous remercie.

M5 : De rien.

Entretien M6

Chercheur : Merci d'avoir accepté cet entretien. En quoi le sujet vous est-il incité à accepter cet entretien ?

M6 : Je travaille beaucoup dans les EHPAD. J'ai beaucoup de monde dont des personnes âgées qui sont dans des EHPAD aussi bien à (nom d'EHPAD), à (nom d'EHPAD), à (nom d'EHPAD) donc ça me fait pas mal de monde. Je suis confronté pas mal de fois à ce problème d'antibiothérapie. Très récemment on a fait venir une infectiologue de (ville) pour nous parler d'antibiothérapie, voilà elle nous a remis les nouvelles normes actuelles sur les prescriptions.

Chercheur : C'est vous qui l'avez fait venir ?

M6 : C'est moi dans le cadre de mes activités de médecin co à (ville), dans ce cadre-là, on fait des comités de concertation gérontologique, c'est une obligation au médecin coordonnateur d'essayer de faire ça. Comme je ne veux pas qu'il y ait de coquille vide j'essaye de mettre des choses dedans quoi. Donc ils sont presque tous venus pour écouter donc madame je ne sais plus comment elle s'appelle, une infectiologue de (ville).

Chercheur : Il y avait qui d'autre dans ce comité ?

M6 : Et ben il y avait mes collègues de (ville), les collègues de (ville) il y avait (deux nom de médecins)...

Chercheur : Des médecins... d'autres que médecins ?

M6 : Oui oui voilà mais aussi, une infirmière de l'EHPAD, la cadre, et puis une autre pharmacienne celle qui fournit le (nom d'EHPAD).

Chercheur : Donc vous avez une activité à la fois de médecin coordonnateur et de médecin traitant, vous intervenez aussi à ce titre là en tant que médecin traitant ?

M6 : Complètement oui.

Chercheur : Vous avez à peu près combien de patients ?

M6 : Dans les EHPAD ?

Chercheur : Dans les EHPAD tout confondu.

M6 : Alors sur (ville), c'est là où j'en ai plus je pense. Je dirais sur cinquante-huit, je dois bien avoir une vingtaine. Peut-être plus. Cinquante, soixante, je dirai un truc comme ça.

Chercheur : Et comment vous organisez vos visites en EHPAD ?

M6 : Alors sur (ville) c'est le lundi, maintenant j'ai codifié les choses parce que plus j'y vais plus ils me mettent des choses, alors j'y vais moins maintenant. J'y vais tous les lundis matins tous les quinze jours à l'EHPAD de (ville), et puis le mercredi matin tous les quinze jours aussi à l'EHPAD de (ville) et sur le (nom d'EHPAD) souvent ils me sollicitent parce que je suis là-bas deux fois par semaine, mais j'essaye de faire ça en dehors de mes activités de coordonnateur. J'y vais le lundi matin en quinconce, mais j'y vais moins souvent comme je

suis souvent là, je réponds à la demande comme ça sans prendre de consultation. Mais j'essaye d'y aller pour consulter.

Chercheur : Donc vous séparez médecin co de médecin traitant ?

M6 : Voilà c'est ça.

Chercheur : Quand vous me dites, elle me met des missions, comment ça se passe ? Comment ça se traduit ces missions ? C'est par écrit ?

M6 : Ah donc comment ça se passe ? J'ai un grand cahier à (ville et ville) aussi. Ils font aussi la même chose au (nom d'EHPAD), où apparaît le nom de la personne qu'il faut que je voie, la raison, alors ça peut être un renouvellement simplement, une ordonnance, voir le patient dans ce cadre-là comme on fait au cabinet. Et puis sinon ça peut être quelque chose de particulier, une toux, la température tout ce qu'on peut voir en médecine gériatrique en plus.

Chercheur : Comment vous gérez par exemple l'appel d'une infirmière qui vous appelle pour un problème infectieux concernant vos patients ?

M6 : Dans un cadre où je ne suis pas...

Chercheur : Où vous n'êtes pas dans l'EHPAD ?

M6 : A ce moment-là ça se fait par téléphone. Je me fais décrire un petit peu les choses. Je m'appuie beaucoup sur l'infirmière. Si il y a des critères d'hospitalisation je lui donne le blanc simple pour hospitaliser, je lui dis : “ là écoutez c'est pas possible on ne peut pas le garder, il faut faire au moins une expertise aux urgences, ils nous le renvoient, il y a pas de souci je prends le relais. Mais là il doit absolument être vu par un médecin et je ne peux pas venir”. Mais après si ça paraît tout à fait évident que c'est une infection urinaire ou un début d'infection pulmonaire la plupart du temps où un érysipèle pourquoi pas, elles sont capables de nous décrire à peu près les choses et là je peux prescrire par téléphone d'abord, en disant bon bah ne perdez pas de temps mais je vous... je vous valide ça parce que au niveau de (ville) et de (ville) on est sûr....

Chercheur : Le même logiciel ?

M6 : Un logiciel qui est identique. Et ce logiciel est hébergé à l'extérieur et donc on peut de chez moi... je peux prescrire la chose. En général ça se passe comme ça, avec la prise de sang, s'il faut la faire, donc là aussi je prescris ça à distance on va dire. Tout en leur disant que je vais les voir après, que je viens voir les gens et que je me tiens au courant de la chose.

Chercheur : Quelles différences vous voyez entre vos prescriptions d'antibiotiques en EHPAD et en cabinet ?

M6 : Alors c'est une bonne question... le problème c'est que... alors si c'est la même, la même cible ?

Chercheur : Pour une situation similaire.

M6 : C'est-à-dire des gens qui sont...qui ont quatre-vingt-cinq ans, qui ont bien dépassé largement les soixante-cinq ans, qui ont plein de pathologies autour, pour tous ces gens-là, voilà quoi.

Chercheur : Voilà. Tout à fait.

M6 : Fondièrément il n'y a pas une grosse différence. Je dirais que je fais à peu près la même chose.

Chercheur : Est-ce que la structure... quelles différences vous voyez en termes de structure ?

M6 : C'est plus facile en structure parce qu'on peut se permettre en structure de, d'initier une antibiothérapie sur quelqu'un qui nous poserait problème quand même à domicile, s'il est tout seul par exemple, ou si la famille je la sens pas. Je dirais " ben non on hospitalise, il est hors de question qu'on traite là". Tandis qu'en EHPAD j'aurais tendance à aller plus loin : " bon allez on commence les antibiotiques vous me tenez au courant, on se tient sous le coude, si vraiment faut hospitaliser, à ce moment-là, vous m'appellerez à ce moment-là et puis on gère comme ça". Je gère avec l'infirmière parce qu'il y a une infirmière **rires** et qu'on peut se permettre de gérer comme ça.

Chercheur : Donc vous faites pleinement confiance à votre équipe infirmière ?

M6 : Complètement.

Chercheur : Vous m'avez parlé de la famille. Quel rôle à la famille dans la prise de décision sur une antibiothérapie ou dans un contexte infectieux ?

M6 : Oui tout à fait. Je ne suis pas en direct avec les familles, quand je suis à la maison de retraite mais je sais et je demande à l'infirmière d'avertir la famille qu'on a mis un antibiotique en route, que la personne a telles ou telles choses, que je l'ai vue. Souvent elles le font spontanément. Elles appellent les familles. Elles disent que le docteur est passé, qu'on pense que c'est une infection urinaire... Pour l'instant on n'hospitalise pas ...Il y a un lien avec la famille qui est obligatoire.

Chercheur : Et ça c'est à votre demande ? Au départ c'est...

M6 : C'est à ma demande et puis c'est d'une façon globale quelque chose qui me paraît évident. Et qui paraît évident par rapport aux soignants. Celui qui ne fait pas ça et il le sait, il aura derrière les familles qui "pourquoi vous m'avez pas appelé quoi ? moi je veux être au courant de ". Sauf si les gens n'ont pas de famille. Mais si les gens ont des familles c'est clair que l'infirmière va s'en prendre plein la tête si elle ne fait pas cette démarche-là. Elles le savent, moi je le sais. Si elles le font pas je leur dis : "qu'il faut que vous le fassiez" . Mais très généralement je n'ai pas de problème de ce côté-là parce que, parce qu'elles le font d'une façon complètement spontanée.

Chercheur : Et vous avez du coup un retour des familles concernant...

M6 : Alors, en EHPAD c'est compliqué. Parce que je n'y suis pas longtemps, pas souvent, donc les familles m'appellent quand elles veulent avoir des précisions parce qu'elles veulent le médecin. Je donne la consigne aux infirmières de l'EHPAD de leur donner mon numéro de téléphone portable et elles m'appellent là-dessus. Donc voilà ils peuvent le faire il y en a qui le font, il y en a qui le font pas, ou alors ils viennent me voir. Ils disent " je voudrais prendre un rendez-vous auprès du docteur (nom du médecin)". Et je prends les rendez-vous quand je suis sur place. Je dis : " je suis là le lundi " donc ils attendent le lundi où je suis là. À domicile, pour finir, moi je suis en lien complètement avec les familles parce que ce sont eux nos partenaires. Ce qui est très intéressant maintenant, depuis que j'ai repris mes activités libérales, je vois souvent les infirmiers, je suis en lien très étroit avec les infirmiers et j'essaie de faire un petit peu la même chose que je fais en EHPAD avec les infirmiers libéraux. On

peut pas faire ça avec tous, il faut être clair, il y en a qui sont tout à fait performants et en qui on peut avoir super confiance. Je mets ça en place : “ vous me dites si s'il y a des œdèmes dans les jambes” ils ont mon numéro de toute façon et on a fait des hospitalisations avec eux sans que je vois les gens ou pas, où mettre les traitements sans que je les vois, alors là c'est un peu plus compliqué, parce qu' on n'est pas encore avec le même logiciel, mais peut-être que ça va venir, mais je fais des ordonnances et je les envoie par mail. Et ils se débrouillent avec la pharmacie.

Chercheur : Du coup il y a un petit peu, la structure de l'EHPAD qu'on arrive à faire au domicile ?

M6 : Tout à fait, et ça j'ai jamais vécu ça mais je pense qu'on gagne beaucoup à faire ça autant qu'en qualité, qu'en qualité de vie pour le médecin, en qualité du soin, et puis on arrive à faire pas mal de choses comme ça.

Chercheur : On a parlé du patient, comme examinez-vous un patient dépendant dans le cadre d'une maladie infectieuse ?

M6 : D'une façon très pragmatique ?

Chercheur : Oui.

M6 : Heu... auscultation cardiaque, pulmonaire on fait une BU, si on peut, enfin on l'a fait faire. Quand on est sur place, que c'est possible de les allonger, de voir les choses, après on essaie de faire mais ce n'est pas toujours facile mais au moins le poumon, le cœur, les jambes.

Chercheur : Et du coup si vous avez un doute diagnostique ? Donc là vous me dites que l'examen est pas forcément complet ?

M6 : Oui des fois il n'est pas complet.

Chercheur : Comment vous faites quand vous avez un doute diagnostique sur un problème infectieux ?

M6 : Quand j'ai un doute diagnostique, je mets de la biologie déjà, des fois de la radiologie, mais c'est compliqué, compliqué la radiologie. Il faut se déplacer. Tandis que la biologie, on arrive à avoir des choses facilement, qui nous orientent quand même pour dire voilà on est sur un truc vraiment infectieux, c'est pas autre chose. Si sur le plan pulmonaire j'arrive à avoir des signes. Je m'oriente sur un problème pulmonaire. Alors après, bien sûr il faut qu'il y ait un problème de confusion par exemple, de température, plein de choses comme ça qui nous orientent. Souvent dans les EHPAD, je leur demande si les gens ont changé de comportement brutalement même s'il n'y a pas de température. Un changement de comportement avec éventuellement une confusion nouvelle dans leur confusion classique ça oriente vers une infection urinaire par exemple donc on fait une BU, mais “on n'arrive pas à faire une BU docteur”, donc d'accord “ok on fait une biologie pour voir s'il y a une CRP élevée”. J'essaie de ne pas prescrire des choses un peu hard comme les sondages et cetera pour avoir un peu d'urine, c'est compliqué et je n'aime pas trop en fait. Après si on a une CRP très élevée si on a de la toux, de l'encombrement, de la confusion et cetera voilà ça oriente vers un antibiotique direct et assez rapide si ça peut attendre, ça peut attendre, si ça peut pas attendre je prescris dans l'idée que si je ne prescris pas il va faire une septicémie et ça ne sera pas mieux pour lui. C'est un peu ça l'idée.

Chercheur : Vous avez parlé que la radiologie c'était compliqué est-ce que vous pouvez développer un petit peu ?

M6 : Le problème aussi bien à domicile qu'à l'EHPAD, bien sûr que ça peut se faire c'est déjà le rendez-vous qu'il faut avoir. Souvent on n'a pas le rendez-vous tout de suite, il faut deux ou trois jours auquel cas si on veut une radio j'envoie aux urgences. Je peux pas faire autrement, c'est ça, soit je suis au téléphone ou soit je suis sur place," moi il me faut ça, je ne peux pas statuer là-dessus, vous envoyez aux urgences ils feront tout : la prise de sang etcetera". C'est ça et puis c'est aussi le déplacement de la personne si on déplace une personne grabataire ou démente avec des troubles du comportement c'est assez compliqué à faire pour le transporteur, pour l'effecteur qui va faire la radio si la personne bouge etcetera, c'est un petit peu compliqué. C'est un petit peu comme si je prescris un scanner ou une IRM sur quelqu'un qui est dément et qui bouge beaucoup on va peut-être faire le scanner alors qu'on aimerait bien une IRM mais bon que faire **rires**.

Chercheur : Est-ce que vous avez un exemple d'une situation récente où vous avez prescrit des antibiotiques en EHPAD ?

M6 : En EHPAD, le dernier antibiotique c'était... C'était à (ville), j'ai dû mettre de l'Augmentin® sur une suspicion... il y avait une CRP élevée. J'ai mis l'antibiotique mais je n'étais pas bien sûr de ce que je faisais. C'est une dame qui avait des troubles, qui avait...qui a commencé à faire des confusions alors qu'elle n'était pas confuse, c'est une démente bien sûr mais elle n'était pas confuse. Elle est devenue confuse etcetera, je ne voyais pas bien, le poumon ça allait, le pipi ça allait, pas de BU positive et puis la CRP est revenue à 250, c'était le weekend en plus. L'hospitaliser pour ça, ça m'embête un peu aussi, donc j'ai mis un antibiotique. La CRP est redescendue tout seule. Alors je ne savais pas si elle était infectée ou pas **rires**. C'est un peu le problème **rires**. Ou sinon récemment récemment... à l'EHPAD j'ai pas trop l'impression, ils ne sont pas infectés en ce moment. J'ai pas en tête, j'ai juste celle-là, c'était la semaine dernière.

Chercheur : Et l'Augmentin® pourquoi l'Augmentin® ?

M6 : Alors l'Augmentin® c'est une bonne question, ça. **Rires** Je mettais assez l'amoxicilline, pour tout te dire. Mais là on a eu de nouveau cette information sur les infections pulmonaires, infection de la peau et des urines et où il est acté que les gens au-delà d'un certain âge... moi j'ai dit à (nom infectiologue de la formation): " j'ai plus de soixante-cinq ans vous allez me donner de l'Augmentin® parce que j'ai une pneumopathie " **rires**. Elle m'a dit oui peut-être que ça se discute quand même **rires** mais bon voilà.

Chercheur : Les recommandations, oui, Augmentin® si on a plus de 65 ans. D'ailleurs on parle de recommandations, qu'est-ce que vous pensez des recommandations et des ressources actuelles en matière d'antibiothérapie en EHPAD justement ?

M6 : Alors faut répéter la question que je comprenne bien **rires**.

Chercheur : Que pensez-vous des recommandations ou des ressources actuelles en matière d'antibiothérapie en EHPAD ?

M6 : Des ressources... du fait que c'est en EHPAD, qu'est-ce qu'on peut faire ?

Chercheur : Est-ce qu'il y a des recommandations, est-ce que vous vous servez de ces recommandations, si il y en a quelles sont-elles ?

M6 : Des recommandations, pour le poumon je viens de le dire, c'est l'Augmentin®. Pour des gens qui ne peuvent pas avaler quoi que ce soit ou si on est en deuxième intention, on est sûr de la Rocephine®, moi je la fais en sous-cutané malgré tout. Ça marche très bien même si on

dit pas tout à fait la même chose actuellement. Si on prend de l'Augmentin® en IV... je parle de la ROCEPHINE® pardon, IV et pas IM, et qu'on la met dans une petite fiole de cinquante CC, passée en sous-cutanée.

Chercheur : Et ces recommandations-là vous les puisez où ?

M6 : Moi j'ai AntibioGARDE là-dessus (téléphone). Il y a AntibioCLIC aussi. Et puis en gros c'est ça. Et puis il a les sociétés savantes. Je vais dans ces endroits là pour retrouver tout de suite des informations.

Chercheur : Et vous êtes satisfait des informations que vous y trouvez ?

M6 : Ouais. Oui oui je pense oui.

Chercheur : Est-ce que vous voyez des choses qu'on pourrait améliorer concernant ces recommandations sur la prescription antibiotique en EHPAD ?

M6 : Qu'il y ait quelque chose qui réponde, qui fait qu'on est en EHPAD et qu'on pourrait utiliser un petit peu plus les professionnels de l'EHPAD pour améliorer les choses.

Chercheur : Optimiser tout le personnel ?

M6 : Oui ça serait possible, surtout (nom de ministre), a lancé l'idée qu'il y ait des infirmières de nuit dans les EHPAD. Ce serait peut-être intéressant de travailler avec ces gens-là pour éviter des hospitalisations. Si on pouvait dire, "bon bah voilà quoi on met tel antibiotique en route, il faudrait qu'à J trois, même plus vite, voir si les gens s'améliorent ou s'améliorent pas assez rapidement pour avoir l'information pour... ". Une infirmière c'est quand même intéressant si on l'a la nuit, si on a un suivi, si tu veux de la prescription puis de l'état du malade.

Chercheur : D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres choses qu'on pourrait faire pour améliorer cette antibiothérapie, la prescription ?

M6 : Je sais pas, après il est pas profitable de faire de l'IV à mon avis, en EHPAD ça me paraît des lieux de vie pas trop des lieux de soins. Si on a une obligation de faire de l'IV ou des choses un peu hard je crois qu'il faut aller à l'hôpital. Donc qu'on reprenne quelqu'un après avec l'aide de l'HAD quelque chose comme ça pourquoi pas parce que l'EHPAD s'y prête plus qu'à domicile peut-être, mais non je vois pas trop d'autres, après pour les diagnostics tu veux peut-être ?

Chercheur : Aussi. Dans un cadre infectieux, la prescription à la fois des examens complémentaires et à la fois d'antibiotiques.

M6 : Pour la prescription d'examens complémentaires une NFS CRP ça peut être intéressant en urgence.

Chercheur : Améliorer la logistique de l'établissement ?

M6 : Plus la logistique pour la prise de décision. Pour la prise de décision qu'on ne soit pas trop trop dans le vague et qu'on ait de la biologie assez rapidement, c'est un peu compliqué des fois. Par exemple à (nom d'EHPAD), si je demande une biologie je l'ai deux jours plus tard. C'est le jeudi et le mardi, je crois. Et puis c'est tout.

Chercheur : Ça vous arrive de prescrire, parce que la biologie n'est pas là. Il faut prendre une décision donc la prescription est...

M6 : Soit sur le plan clinique, j'ai beaucoup de suspicions sur la pathologie soit je suis trop dans l'interrogation, et je les envoie aux urgences à ce moment-là.

Chercheur : Et en tant que médecin coordonnateur donc vous m'avez parlé des formations que vous avez organisées, qu'est-ce que vous faites d'autres, dans ses fonctions de médecin co par rapport à l'antibiothérapie en EHPAD ? Par exemple est-ce qu'il y a des protocoles que vous faites ?

M6 : Non. Sur les infections urinaires, et pneumopathie, il n'y a pas de protocole particulier. Peut-être juste sur la grippe. Peut-être protocole de vaccination. Je pense qu'il faudra qu'on le fasse pour la vaccination pneumococcique. Ce serait pas mal mais ce n'est pas mis en place encore. En tout cas sur cette EHPAD là. Mais ça c'est des choses qu'il faudrait faire ouais. Mais après mettre un protocole d'antibiothérapie je pense que les médecins ils regardent sur antibiogarde. Je pense pas qu'on ait intérêt, enfin je ne crois pas de dire ce qu'il faut faire aux médecins.

Chercheur : Est-ce que vous avez des protocoles même si on est pas sur la prescription antibiotique. Des protocoles en cas de fièvre à prendre telles données.

M6 : Pour les agents ? Oui, ça oui.

Chercheur : Est-ce que vous pouvez m'en expliciter un.

M6 : Sur les soins palliatifs alors... oui (rires) sur les antibiotiques...

Chercheur : Dans le contexte infectieux. Par exemple une fièvre, est-ce qu'elles ont des consignes particulières par exemple si un patient à la température.

M6 : Si le patient à la température, elles ont comme consignes de vérifier les urines.

Chercheur : Par une bandelette urinaire... ou direct un examen ?

M6 : Non non, bandelette. Bien que maintenant ça c'est des nouvelles recommandations de faire l'ECBU s'il y a un doute tout de suite. On ne reste pas sur une BU négative, en tout cas chez l'homme, elle n'est pas signifiante si oui ou non on est en lien avec une infection urinaire. Il peut très bien il y avoir une infection urinaire quand même. Quand il y a une grosse suspicion on est bien obligé d'aller sur l'ECBU. Enfin bon déjà à la BU. Elles font la BU, elles prennent la température, la SAT, et puis elles appellent le médecin.

Chercheur : Et ça ce sont des protocoles qui sont écrits ?

M6 : Oui oui, oui ça c'est écrit ça. Sur l'infection urinaire je les ai pas revus, je ne les ai pas en tête ni revus mais je sais qu'ils existent. Il a le protocole des épidémies aussi. Au niveau de la grippe. Les soins d'hygiène autour de ça. Hein, pour pas que voilà. Le confinement dans la chambre aussi ça c'est écrit quoi. Je ne sais pas si c'est appliqué mais c'est écrit (rires).

Chercheur : Tout à l'heure vous m'aviez dit que vous essayez de séparer le côté médecin traitant et le côté médecin coordonnateur mais que parfois a priori ça avait l'air... vous étiez sollicité en tant que médecin traitant.

M6 : Tout le temps ouais.

Chercheur : Est-ce que ça vous arrive d'être sollicité par les infirmières pour d'autres patients où on vous demande votre avis de médecin généraliste et non de médecin coordonnateur ?

M6 : Bien sûr.

Chercheur : Sur du coup des prescriptions urgentes ?

M6 : C'est bihebdomadaire, **rires** si j'y vais deux fois. Quand c'est urgent je réponds. La dame en question ce n'était pas une de mes patientes hein. Euh, même quand ce n'est pas infectieux, je veux dire bon une autre patiente je me suis investi pour mettre en place un soin palliatif, ce n'est pas une de mes patientes. Après l'infirmière fait le lien avec le médecin. Mais sinon j'essaie de repousser sur le médecin traitant le plus possible et quand il veut pas où il ne peut pas surtout, euh je demande à ce qu'elle lui demande, je ne suis pas en lien direct avec le médecin, je dis : "ben demandez-lui si il veut que j'intervienne ou pas", s'il dit oui, moi j'interviens et voilà. Donc c'est sur demande du médecin sauf si c'est urgent et là à ce moment-là j'interviens en direct quoi.

Chercheur : Vous intervenez très souvent sur des problèmes infectieux ?

M6 : Oui, il n'y a pas que des problèmes infectieux mais souvent c'est ça quand même c'est souvent ça quand même pour le coup. Insuffisance cardiaque, problème infectieux. On est très souvent là-dessus. Les chutes tout ça. Les chutes on ne peut pas faire trop grand-chose sans avoir une radio donc...

Chercheur : Vous arrivez du coup à gérer le côté médecin coordonnateur et ce côté là où on vous demande de...

M6 : Oui alors ça fait partie du médecin coordonnateur de répondre aux interrogations des filles, des infirmières quand elles n'ont pas le médecin traitant. Je pense que ça, ça fait partie de notre rôle propre de médecin coordonnateur. De répondre pour mes patients parce que voilà je suis là ils ont de la température je vais les voir quand même. Je leur dis pas non c'est dans quinze jours **rires**. Ou sinon si c'est le renouvellement et cetera je freine. Je reviendrai pour ça. Je verrai monsieur machin à tel moment. J'essaie de regrouper pour donc je regroupe à ce moment-là en général le lundi entre neuf et onze heures, j'y vais et je vois trois quatre personnes.

Chercheur : D'accord et pour finir que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M6 : La représentation dans ma tête ? **rires**

Chercheur : Votre représentation et tous les jours ?

M6 : La mort, être confronté à ne plus pouvoir soigner les gens. Je sais pas.

Chercheur : Vous êtes confronté à l'antibiorésistance ? Vous avez parfois des antibiogrammes qui reviennent avec de nombreuses résistances ?

M6 : Infection urinaire oui, de toute façon on a que cela. En urinaire oui, c'est assez souvent. Après je n'ai pas vu partir des gens, en tout cas faire des septicémies, à cause de ça. On trouve toujours un antibiotique qui est efficace quand même. Donc je n'ai pas d'expérience négative vraiment par rapport à ça, je pense qu'on en a peut-être plus à l'hôpital. Là effectivement on arrive au bout du bout et quand ça marche pas, ça marche pas.

Chercheur : Et dans les formations vous êtes sensibilisés à l'antibiorésistance ?

M6 : Ben oui moi je fais des formations depuis longtemps pour le coup. **Rires** Donc l'antibiorésistance je connais ça depuis longtemps. Depuis que l'on a commencé à en parler beaucoup. Avec la revue Prescrire par exemple, pas mal de renseignements là-dessus. Je fais partie de MG FORM, on a travaillé sur l'antibiothérapie, on avait des dossiers autour de ça,

autour de infectieux, on en a beaucoup parlé quand même. Je pense qu'effectivement c'est important, dans toutes les formations on en parle quand même. Tout celle que j'ai en tête...

Chercheur : On a évoqué le sujet ?

M6 : Par exemple au moment où les Fluoroquinolones ont commencé à être beaucoup moins efficaces j'avais déjà ça en tête avant qu'on diffuse, quand même. Parce que sur Prescrire ils le disent assez vite quand même, quand cela ne va pas. Et j'ai arrêté, j'en prescrivais un petit peu, je prescrivais assez souvent de la Noroxine® j'ai arrêté complètement. J'ai arrêté complètement de prescrire la Noroxine®. J'ai pris d'autres habitudes. C'est compliqué d'attendre l'antibiogramme et l'ECBU et les gens qui souffrent. On a tendance quand même à prescrire avant d'avoir...

Chercheur : L'antibiogramme.

M6 : Pendant assez longtemps je prescrivais de la Noroxine®. Parce que la fosfomycine j'ai bien mis de la fosfomycine c'est vrai mais ça marche pas chez les vieux, même chez les jeunes d'ailleurs, la dernière fois que j'ai mis ça chez un jeune, c'est chez ma fille qui se plaignait, "tiens tu prends ça c'est super" ça n'a pas marché du tout. Il a fallu que je la mette sous Furadantine® après.

Chercheur : Est-ce que vous voyez d'autres choses à dire sur le sujet d'une façon globale ? Des choses que l'on n'aurait pas abordées, sur l'antibiothérapie en EHPAD ? sur vos fonctions de médecin coordonnateur sur l'antibiothérapie ?

M6 : Heu, on a abordé pas mal de choses pour le coup. Sur les protocoles on pourrait faire plus de choses avec les médecins libéraux, c'est un petit peu pour ça que j'avais fait venir cette infectiologue pour essayer qu'il y ait une harmonisation pour ce que l'on fait tous, tous ceux qui sont là on entendu je pense, et ils ne vont pas faire d'autres choses que ce qui a été dit quoi, je pense hein. Après est-ce qu'il faut aller plus loin et faire vraiment un guide line de l'EHPAD du (nom de l'EHPAD) ? c'est possible peut-être qu'il faut aller dans ce sens-là. Voilà je dis pas, je sais pas. J'ai un peu du mal à faire ça parce que je considère que...

Chercheur : On laisse les libertés à chacun.

M6 : Chacun doit le faire lui-même et puis s'approprier lui-même tous ces outils que l'on nous donne. On a plus d'outils que quand j'ai commencé moi. On a pleins d'outils qu'on a là-dessus (téléphone portable) maintenant qui nous permettent d'avoir une réponse très rapide en dix secondes, ben ouais "qu'est-ce que je fais ? " tac tac tac et ben oui... Le dernier truc qui m'a posé problème, c'était de l'infectieux, un zona. Je découvre un zona chez une personne en EHPAD qui était pas de mon ressort, c'était le zona elle avait mal et cetera "est-ce qu'il faut mettre ou pas l'antiviral " ? Voilà soixante-douze heures, voilà. Voilà j'ai ma réponse j'utilise ACICLOVIR une fois tous les quinze ans, et encore. Voilà c'est ça notre problème, c'est qu'on utilise, autant il y a des antibiotiques qu'on utilise souvent, autant il a des trucs qu'on utilise...

Chercheur : Rarement.

M6 : Rarement donc on oublie **rire**

Chercheur : On a besoin de support donc euh je pense que ça c'est bien. Est-ce que les supports, zona machin, en EHPAD, d'aller chercher dans le... je pense que j'aurais mis plus de temps à faire ça que d'aller regarder bah voilà les recommandations c'est celle-là donc je vais faire ça. Et ça à mon avis c'est une... comment dire ...une responsabilité de chacun de se

dire ben non c'est pas parce qu'il y a des Fluoroquinolones qui existent que je vais planter à chaque fois des fluoroquinolones, non non ça se fait pas, ils disent que non et ils ont raison sûrement **rires**, donc je ne vais pas mettre ça, je vais mettre autre chose. Je pense quand même que nos collègues sont de plus en plus sensibilisés à ça, et ils font de moins en moins ce genre de truc. Ils font attention, je pense mais bon j'ai pas de statistiques et faudrait voir sur l'ensemble de ce que vous avez interviewé, si ils sont dans cet état d'esprit.

Chercheur : Très bien est-ce que vous voyez d'autres choses à rajouter ?

M6 : Encore d'autres choses...

Chercheur : On a fait le tour ? **rires**

M6 : **Rires** Bah je crois, j'ai pas d'autres idées là comme ça tout de suite.

Chercheur : Et ben ça me va, merci.

M6 : Ben il n'y a pas de quoi.

Entretien M7

Chercheur : Alors merci d'avoir accepté cet entretien. En quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?

M7 : Alors le sujet, est un un sujet qui m'intéresse particulièrement, notamment dans l'intervention en EHPAD, qui est une forte partie de ma vie de médecin. Et à la fois je suis intéressé aussi, par la bonne prescription médicamenteuse en général, et d'antibiotique en particulier, et cette synergie-là entre cas particulier/ personnes âgées en institution en collectivité et bonne prescription médicamenteuse, est quelque chose qui m'intéresse. Et donc tous projets visant à améliorer la pratique là-dedans m'intéressent. Et de façon un petit peu plus anecdotique, on a tous galéré pour notre thèse alors, je veux bien donner un coup de main (rires).

Chercheur : C'est sympa. Vous allez en EHPAD combien de fois par semaine, par mois ?

M7 : C'est minimum une fois par semaine. Et c'est rare, c'est très souvent deux à trois fois par semaine, dans quatre EHPAD différentes dans (lieu cité).

Chercheur : Et ce sont des visites programmées ?

M7 : Alors il y a une partie de visites programmées, j'aime bien programmer moi-même les réalisations d'ordonnance des patients, quand je prescris une ordonnance de médicaments pour trois mois pour des médicaments chroniques je prévois déjà la date de mon retour. Ce sont des visites programmées depuis longtemps. Et puis j'accepte des visites en urgence en cas de fièvre, chute, où tout problème intercurrent en urgence.

Chercheur : Et vous avez des jours spécifiques pour vos visites ?

M7 : Oui, les visites programmées notamment dans un EHPAD où j'ai maintenant vingt-quatre patients dont je suis le médecin traitant, sont tous les mercredi matin et j'y passe la matinée, pour voir à la fois les visites programmées et à la fois les urgences ou semi urgences de la semaine. Pareil dans un autre EHPAD, et puis où je passe le jeudi après-midi, mais là, ah oui, plus une semaine sur deux. Parce que j'ai moins de patients et puis les équipes soignantes m'appellent en cas de demandes, en cas d'urgence, de visite urgence. Et là je peux passer tous les jours de la semaine dans la demi-journée où je ne suis pas au cabinet.

Chercheur : Vous avez combien de patients en tout à peu près en EHPAD ?

M7 : **compte** Vingt-quatre... à peu près trente-deux, trente-cinq.

Chercheur : Et quand une infirmière vous appelle pour un problème en urgence. Vous pouvez me dire un petit peu de façon pratique comment vous allez le gérer ?

M7 : De façon très pratique, je demande à l'infirmière l'état général du patient et le niveau de tolérance du patient face à son problème infectieux. Je prends aussi en compte l'état avant la fièvre ou avant le problème infectieux, pour juger de l'urgence. Ensuite si je peux me libérer le jour même, je me libère le jour même. Si jamais c'est difficile et que je juge que je peux passer dans les 24 heures où le lendemain je demande à l'infirmière si ça la choque d'attendre 24 heures. Si elle me dit oui malheureusement je lui dis qu'il faut appeler SOS médecins

parce que ça me semble logique. Sinon j'essaie de répondre dans la grande majorité des cas les 24 heures. Si je ne peux pas je propose à SOS médecins de passer à ma place faire les choses. Voilà.

Chercheur : Et vous avez toute confiance en vos infirmières, en tout cas sur le côté ...pour l'urgence ?

M7 : J'essaie de leur faire confiance, quand elle a un doute j'ai des relations suffisamment bonne je crois avec les médecins coordinateurs et si ils sont présents, pas pour la prescription, parce ce n'est pas le rôle, et j'ai cru comprendre qu'il n'avait pas très envie de rentrer là-dedans, mais par contre pour juger de l'urgence de la situation, je leur propose de monter, d'aller voir le patient et de me rappeler pour me dire “ c'est bon je gère ça “ ou “ il faut que je fasse un premier bilan enfin voilà” . La prescription d'un bilan biologique par exemple peut être fait par un médecin coordonnateur, quand on a un doute avec l'infirmière, mais en fait ce n'est pas souvent, l'infirmière à souvent une vision assez juste de l'affaire.

Chercheur : Vous pouvez prescrire depuis le cabinet des bilans sur un logiciel, le logiciel de l'EHPAD ? C'est possible ?

M7 : J'ai un accès à distance dans l'EHPAD où je vais le plus parce que je l'ai demandé. Là je peux prescrire à distance sur le logiciel de l'EHPAD, faire mon accès à distance. Je... j'aime pas ça. Je vais dire les choses comme c'est. Je déteste prescrire sans avoir vu les choses. Donc j'essaie de le faire le moins possible et de prendre l'avis soit du médecin coordinateur soit d'accepter que ce soit un autre médecin qui voit qui passe voir. Et je trouve que c'est un mauvais entre deux de se rassurer avec une prise de sang. Je trouve ça très difficile d'analyser une CRP sans avoir vu le patient. Voilà, voilà j'aime pas trop ça.

Chercheur : Quelles sont pour vous les différences entre vos prescriptions à l'EHPAD et au cabinet ? est-ce que vous voyez des choses qui diffèrent ?

M7 : Oui quand même.

Chercheur : Notamment sur la prescription antibiotique.

M7 : Antibiotique... heu, alors, très clairement sur la prescription antibiotique, il y a des choses qui diffèrent. Alors, avec, probablement secondaire, alors à différentes choses, la fragilité inhérente au fait que les patients soient alités ou alors en collectivité. Et tout ça j'ai l'impression me fait avoir une prescription pour les infections respiratoires parfois peut-être un peu plus rapide à l'EHPAD que au cabinet. La différence de prescription peut aussi être en lien je l'admets, j'essaie au maximum par exemple pour l'infection pulmonaire de faire une radiographie pulmonaire pour m'assurer qu'il y a bien un foyer et dans certains cas où le patient est difficilement transportable, où c'est très compliqué, j'essaie de peser les arguments et il peut m'arriver de prescrire un antibiotique sans faire de radiographie pulmonaire. Dans ce cas particulier de l'EHPAD, parce que pour le confort du patient, je trouve ça difficile de le transporter juste pour une radio donc ça c'est la différence. Je crois pouvoir dire que je suis un faible prescripteur d'antibiotiques au cabinet avec très souvent un temps de réévaluation ou des examens complémentaires avant la prescription antibiotique. Que parfois, je ne me laisse pas le temps, en raison de la fragilité, de la collectivité et des difficultés à obtenir des examens complémentaires.

Chercheur : Et par exemple, sur ces difficultés à obtenir des examens complémentaires notamment. La radiographie, est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur la pratique sur (citation de la ville d'exercice du médecin) ?

M7 : Alors c'est pas du tout, je ne vais pas critiquer, parce que quand il s'agit d'avoir un rendez-vous j'ai rarement de problème pour obtenir un rendez-vous de radio. Parfois il faut passer dix minutes à négocier un peu mais en règle générale je les ai. Je n'ai pas besoin d'adresser les patients aux urgences pour avoir une radiographie pulmonaire. Ça je ne le fais pas. Par contre c'est plus, notamment pour des patients parfois douloureux, ou difficiles à mobiliser, où je me dis qu'il va falloir deux ambulanciers, une mobilisation, un transfert dans un brancard, quelques minutes de route pour arriver et finalement une radiographie pulmonaire de mauvaise qualité, assez souvent, de médiocre qualité, et donc j'avoue qu'il peut m'arriver de ...en simplifiant les choses de prescrire si je puis dire, l'antibiotique en essayant de pas me tromper au moins dans la molécule. **Rires**

Chercheur : Et sur les différences en termes de structure ? Est-ce que la structure joue sur vos prescriptions antibiotiques ?

M7 : Entre les EHPAD ?

Chercheur : Entre les EHPAD et le cabinet ? Le fait qu'il y ait...

M7 : Alors, très clairement, la collectivité me semble être un facteur de risque d'infection plus important est donc probablement que ça joue un peu plus. Je suis toujours frappé du nombre d'infections pulmonaires nosocomiales, à l'hôpital par exemple, et j'avoue que j'ai un peu, même si c'est faux, et que c'est un lieu de vie l'EHPAD, j'ai un peu transféré cette vision là à l'EHPAD et donc je pense que je diagnostique plus facilement une pneumopathie à l'EHPAD au fond de moi, qu'au cabinet. Après la différence de structure en soi, non j'essaye de pas... Coté en collectivité oui, sur plus que structure

Chercheur : Est-ce que vous pouvez me dire comment vous examiner un patient dépendant ?

M7 : Honnêtement ?

Chercheur : Honnêtement.

M7 : Honnêtement, mal.

Chercheur : C'est-à-dire ? **Rires**

M7 : Alors, euh, très honnêtement examiner un patient dépendant est quelque chose de très complexe et très long. J'essaye au moins de m'attacher à mon hypothèse principale en me disant que je ne me trompe pas sur mon hypothèse principale. Alors je dis n'importe quoi, une infection urinaire, au moins faire un ébranlement lombaire qui ai l'air d'un ébranlement lombaire et dans une suspicion de pneumopathie d'ausculter le patient assis et déshabillé. Et dans la mesure du possible, j'essaie d'appeler dans un couloir, demander de l'aide à quelqu'un pour m'aider à relever le ou la patiente. N'empêche que l'auscultation pulmonaire chez un patient dépendant ou qui a du mal à respirer fort qui a du mal à comprendre, j'ai plein de doutes j'en sors souvent avec plus de doutes que de certitudes et donc pour l'enlever, j'essaie vraiment d'enlever le doute supplémentaire de l'auscultation par-dessus la blouse ou par-dessus la chemise quoi. Quand j'ai pas, alors là on part de l'infection aiguë, je vais être ...ah

c'est clair et honnête quand j'ai pas de suspicion d'infection aiguë et que je passe les voir pour un renouvellement de traitement ou quelque chose comme ça, je ne fais pas forcément tous ces efforts, je vais être très honnête. C'est impossible.

Chercheur : Et vous avez souvent de l'aide quand vous allez en EHPAD ? est-ce que les infirmières sont disponibles quand vous les sollicitez ?

M7 : Oui, en règle générale, je peux dire que je n'ai pas de problème par rapport à ça alors faut accepter de passer quelques minutes à fouiller dans un couloir mais quelques réflexes que j'ai appris s'avèrent utiles, regarder dans quelle chambre il y a une lumière c'est vrai que c'est bête mais des fois on n'y pense pas, et puis en fait c'est vrai que je l'ai remarqué depuis que je suis installé, chronométrer le temps que ça nous prend c'est parfois un peu énervant de trouver personne, et en fait quand on chronomètre le vrai temps qu'on met, et ben je me rendais compte que ce n'était pas tant de temps que ça. Que même s'il fallait descendre remonter ça mettait 2 minutes, voyez ce que je veux dire. Donc j'essaie de m'apaiser le plus possible, il peut m'arriver comme tout le monde d'avoir des jours un peu moins faciles que d'autres, où je sais que j'ai encore trois visites à faire derrière et que ça m'embête un peu plus mais je suis pas très énervé par ça. Et par contre si je n'ai pas l'infirmière j'essaie de me débrouiller un peu tout seul je chope la personne qui est là. J'essaie de demander gentiment aux gens. J'ai peu de refus par rapport à ça.

Chercheur : Tant mieux. Et quand vous avez un doute diagnostic sur une infection quelle est votre conduite dans ce cas-là ?

M7 : Et ben... Là c'est là qu'on rentre dans la difficulté de, de l'EHPAD. Si j'ai un doute diagnostic et que la patiente a l'air mal et qu'il n'y a pas eu de directives anticipées faites, j'ai tendance à proposer une hospitalisation pour bilan et examens complémentaires si c'est mal toléré pour surveillance et bilan. Si ce n'est pas mal toléré, j'essaie au maximum d'agir comme si le patient était dans sur le lieu de vie et que j'étais en médecine générale de ville et donc de faire les examens complémentaires nécessaires si si j'estime que j'ai besoin d'une prise de sang je fais une prise de sang, une radio pulmonaire, une radio pulmonaire et puis revenir voir les résultats 24-48 heures après. Et la vérité me doit de dire que parfois sur un doute diagnostic sur une pneumonie il peut m'arriver de décider à fois que l'hospitalisation est pas justifiée parce que pas mal toléré que le patient a des douleurs à la mobilisation et que du coup j'essaie de prescrire une antibiothérapie adaptée même si j'ai pas ce diagnostic de la pneumonie. C'est peut-être ça la différence, un patient qui vient au cabinet il aura, si il est venu au cabinet c'est qu'il aura pas de difficulté particulière à aller faire sa radio, ils ont tous leur radio. C'est ça la différence avec l'EHPAD.

Chercheur : Et les prises de sang elle est pas... c'est facile ?

M7 : Alors là ça dépend de l'organisation de l'EHPAD. Il y a des EHPAD qui n'ont pas de prise de sang possible tous les jours, ou alors en urgence. Auquel cas il faut parfois argumenter. Il m'est arrivé d'avoir des... une infirmière qui entre guillemets me challenge un peu en me disant : « vous êtes vraiment sûr qu'il faut une prise de sang ? » bon ben si mes arguments sont bons, mes arguments sont bons. S'ils ne sont pas bons elle va me mettre le doute et peut-être qu'elle aura raison **rises**.

Mais a priori quand on veut une prise de sang, on la fait en EHPAD. Enfin, peut-être le plus de difficultés que j'ai eu c'est des choix de prélèvements d'urines pour des suspicions d'infections urinaires ou des fièvres inexplicables où parfois un sondage aller-retour peut être fait, mais je trouve que c'est un geste invasif, pour laquelle la décision est difficile à prendre. Euh, on n'a pas d'autres moyens de récupérer des urines correctement et à la fois est-ce qu'on doit seulement les récupérer où est-ce qu'on peut traiter à l'aveugle ou avec une molécule un peu plus large etcetera. Hum hum, je me rappelle d'un cas comme ça où j'avais appelé les infectiologues (ville citée) pour leur demander, demander quelle molécule ils prescriraient dans cette situation, parce qu'on était un petit peu perdu. C'est la grosse difficulté avec la radio pulmonaire et pareil pour le prélèvement d'urine.

Chercheur : Si on fait, ou si on ne fait pas ?

M7 : Oui voilà est-ce que parfois on ne peut pas se passer de ça. Et agir un peu en probabiliste quoi. Un peu à l'aveugle avec le danger que ça comporte mais on en assumant, enfin le danger entre guillemets, le danger de se tromper ou le danger d'avoir un antibiotique non adapté, une infection décapitée mais mais est-ce que l'on ne prendrait pas ce risque pour ne pas faire ce geste qui est le sondage qui pour moi est très invasif.

Chercheur : et dans ces situations compliquées est-ce que la famille du patient...

M7 : A son avis ?

Chercheur : A son avis où est-ce que vous laissez la place à son avis ? Comment ça se passe avec la famille ?

M7 : Euh, j'essaie au maximum de laisser la place à la famille le plus souvent c'est si je dois hospitaliser un patient ça ne m'est jamais arrivé d'hospitaliser sans la famille et en laissant la porte ouverte au choix de ne pas hospitaliser. Et de dire que l'on prenait un risque de moins bien traité et donc un risque de peut-être de mort mais sans le désagrément du passage aux urgences. J'essaie, alors ça c'est un truc que je fais beaucoup en EHPAD, j'essaie qu'il y ait des directives anticipées au maximum, que les patients qui souhaitent être hospitalisé ou non, au maximum. Et ça ça fait faire des choses un petit peu limite en termes de recommandation, il y a des infections quand on regarde les recommandations il y a trois critères d'hospitalisation majeur et pourtant on ne le fait pas et on traite à l'EHPAD voilà. Mais souvent c'est que ça a été discuté avant et qu'on assume ce risque supplémentaire j'essaie au maximum de laisser la place à la famille, première chose et j'essaie au maximum de passer par des hospitalisations directes et en évitant absolument le passage aux urgences. Notamment des patients souffrant de troubles cognitifs sévères parce qu'en fait on les déstabilise complètement et c'est compliqué. Ça m'arrive assez souvent en gériatrie en direct, quitte à retarder de 24-48 heures l'hospitalisation et commencer l'antibiothérapie à l'EHPAD. Le dernier exemple qui me vient c'était il n'y a pas très longtemps en octobre ou novembre une patiente qui avait une pyélonéphrite aiguë, elle a perdu 12 kilos et j'avais appelé en gériatrie le mercredi matin et il l'avait prise le vendredi après-midi après 48 heures d'antibiothérapie à l'EHPAD elle était restée dix jours voilà ça c'était plutôt bien passé. Ça avait été un juste milieu qui m'avait paru intéressant et à la famille aussi d'agir mais à la fois de ne pas se précipiter aux urgences car elle aurait passé la nuit aux urgences c'est certain. J'essaie au maximum de faire ça et la famille est toujours on va dire au moins au courant.

Chercheur : Est-ce que vous avez une situation récente où vous avez prescrit des antibiotiques en EHPAD ?

M7 : Euh, oui mais ils n'ont pas été pris.

Chercheur : Pour quelle raison, ils n'ont pas été pris ? **Rires**

M7 : Parce que c'était une prescription anticipée, d'un patient, petite épidémie de grippe dans l'EHPAD. Test de grippe négatif pour lui, une bronchite aiguë très clairement et on a décidé parce que on est passé à deux, mon collègue y est allé, euh de, c'était vendredi, de faire une prescription anticipée amoxicilline-acide clavulanique en cas de fièvre sur le weekend. Il n'en a pas eu, je suis passé le voir mercredi, il avait toujours sa bonne bronchite mais toujours pas de fièvre donc il a toujours pas eu à mon sens d'antibiotiques, parce que normalement les infirmières m'envoient un mail volontairement quand elles commencent l'antibiotique pour que je puisse passer jeter un coup d'œil.

Chercheur : Vous communiquez par mail ?

M7 : Ouais par mail beaucoup, elles m'appellent s'il y a un truc d'urgent vraiment urgent si elles ont besoin d'une réponse rapide, soit par mail tout le temps, « genre on a commencé voilà ».

Chercheur : Qu'est-ce que vous pensez des recommandations et ressources actuelles de l'antibiothérapie en EHPAD ?

M7 : Euh, j'utilise, alors j'utilise pas beaucoup les ressources spécialisées dans les... en EHPAD. J'utilise une ressource que tout le monde connaît, qui s'appelle Antibioclic, tout le temps. Une angine chez un enfant je l'utilise encore. Euh euh, dans Antibioclic j'essaie de trier du coup pneumopathie d'inhalation et de faire le choix en fonction de ça. Je n'ai pas de ressources en effet typique, fin spécialisées dans les EHPAD en prise antibiotique. Les quelques choses qui sont maintenant bien connues et bien notées je sais même plus très bien d'où je sors ça même si je sors ça de façon certaine c'est pas d'analyse d'urine si pas de symptôme, si pas de symptômes, pas de traitement d'une bactériurie asymptomatique. Voilà il y a des choses que j'ai comme ça et qui sont sur Antibioclic d'ailleurs donc j'utilise beaucoup Antibioclic. J'ai pas de choses particulières que j'utilise de façon régulière. Pour tout pour tout vous avouer, j'ai sur mon ordinateur un livret thérapeutique, un livret de recommandation du bon usage des médicaments en EHPAD, dont les antibiotiques. Il fait 90 pages, je l'ai sur mon ordinateur.

Chercheur : Qui c'est qui l'a écrit ?

M7 : Alors ça c'est... je l'ai, je cherche du coup...

Chercheur : Oui oui allez-y.

M7 : Gériatrie, fiche pratique, gériatrie, (à voix basse) dénutrition, dépistage... Geriamed.

Chercheur : Geriamed d'accord. (Lecture du titre du livret) Adapter la prescription et l'administration des médicaments de la personne âgée.

M7 : 179 pages, pardon je me suis trompé. Il y a toute une partie antibiotique là-dedans, je l'ai déjà vue, mais j'avoue que ce n'est pas suffisamment pratique pour que je l'utilise de façon de façon, de routine. C'est ça mon problème en fait. Alors, si jamais un jour j'avais vraiment un problème aigu, franchement, je ne sais pas si je perdrais plus de temps à regarder là-dedans, où a appelé un infectiologue, et j'avoue que j'ai le téléphone assez facile.

Chercheur : Et quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ? est-ce que vous auriez des choses à proposer ?

M7 : Heu... Est-ce que j'aurais des choses à proposer sur l'amélioration ?

Chercheur : Qu'est-ce qui vous manque dans votre pratique qui pourrait améliorer... pour vous aider dans la pratique en EHPAD ? sur les antibiotiques.

M7 : Ouais ouais. Je trouve par exemple que le site Antibioclic hyper bien, et si il pouvait avoir une sorte de truc d'Antibioclic EHPAD, avec différents choix, et puis une argumentation. Parce que ce que j'aime dans Antibioclic, c'est que, d'accord ou pas d'accord avec ce qu'ils disent mais au moins je sais d'où ils sortent l'information. Heu... ça me permet aussi quand j'ai un doute d'aller lire la recommandation, voilà, officielle, les dernières recommandations sur l'infection urinaire à un moment que ça avait changé. Ça permettait de repartir. Moi, ce genre d'outils très pratique, ça m'intéresserait, heu et de l'adapter à la... au côté un peu particulier de la personne âgée en institution, en collectivité. Après, heu... Ça je ne sais même pas comment on peut l'améliorer, je pense et j'en fais partie que on croit aux antibiotiques, je ne sais pas comment dire, c'est encore, et pourtant j'essaie d'être critique c'est encore un médicament on est en faute si on ne prescrit pas dans une fièvre voilà. Et ça je pense, hum, s'il y avait des outils qui pouvaient nous mettre noir sur blanc des recommandations, ça me permettrait d'assumer un petit peu mieux. Le jour où le fait de ne pas traiter une bactérie asymptomatique, même si la leucocyturie est supérieure ça m'a permis de poser d'assumer ça. Je trouve que c'est difficile à écrire noir sur blanc. Est-ce que ça pourrait être fait, moi j'adorerais si jamais il y a une fac qui est prête à engager un peu d'argent et d'internes là-dedans **rires**. Moi je pense que ce serait ça, parce que je me rends compte... Après il y a bien sur les formations continues, heu, moi je pense, c'est un avis personnel, qu'on devrait être obligé de faire des formations continues. C'est pas le cas, enfin, voilà. Des formations continues, des études pratiques, parce que tout ce qui est papier, tout ce qui est livret, c'est dans un tiroir tout ça. Je trouve que c'est compliqué à faire adopter.

Chercheur : Et quand on en a besoin, comme vous me disiez en urgence finalement on ne va pas sortir le livret ?

M7 : Le livret par exemple Geriamed, je l'ai sur mon téléphone je l'ai sur mon ordinateur portable je l'ai à l'EHPAD. Donc... maintenant grâce à l'informatique, quand même moi je trouve, et puis je ne suis pas le seul, je ne suis pas un fou d'informatique et tous les médecins qui ont moins de 50 ans maintenant, ils sont, ils utilisent l'informatique correctement, il n'y a pas de problème. Je pense que c'est un peu chiant l'informatique des fois mais il y a quand même des trucs qui sont intéressants et Antibioclic pour moi en fait vraiment partie.

Chercheur : Hum... je voulais revenir sur quelque chose, vous m'avez parlé du médecin coordinateur.... Quels sont les liens que vous avez avec le médecin coordinateur ? Donc vous m'avez dit que parfois vous lui demandez d'aller voir un patient ?

M7 : Lui aussi.

Chercheur : Ouai, est-ce qu'il y a d'autres...

M7 : Alors, ouais plus sur la politique en fait de l'EHPAD en règle générale. Il y a des protocoles dans les EHPAD. Il y a toujours des protocoles du genre fièvre... L'infirmière elle a un protocole. Appeler le médecin traitant ou alors faire un ECBU systématique je sais pas je dis n'importe quoi voilà il y a un protocole. Ça m'est arrivé une fois de devoir changer, alors je sais pas si c'était un protocole ou une habitude, une habitude de ECBU systématique dès que les urines sentaient mauvais. Voilà, et après discussion avec le médecin coordinateur on s'est rendu compte que c'était vraiment trop fait donc on a on a dû reprendre. Ça c'est un rapport que j'ai avec eux. Et en retour ils me disent, bah il me donne aussi leur connaissance en gériatrie en me disant que l'antibiotique n'est pas adapté. Il y a quand même, j'essaie d'avoir un rapport avec eux. Quand j'ai un conseil, je leur demande. Là où j'ai pas de chance ou de la chance j'en sais rien, mais c'est que le mercredi, dans l'EHPAD où je vais tous les mercredis la médecin coordinateur c'est son jour de congé donc, je la vois rarement on s'écrit des mails on se tient au courant des changements des choses principales mais on se voit pas beaucoup.

Chercheur : Il n'y a pas d'échange direct ?

M7 : Sur les protocoles des EHPAD, sur l'antibiothérapie j'en n'ai jamais vu. Et je sais pas comment ça serait pris par les médecins généralistes comme moi en gros de ne pas avoir la liberté de prescrire. D'avoir une chance de dire, si vous trouvez une pneumopathie c'est ça. Je ne sais pas comment ça serait pris par les médecins généralistes.

Chercheur : D'accord. Et que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M7 : Heu, je pense... En fait c'est marrant parce que quand on me pose la question calmement je suis capable de dire c'est une bombe à retardement. Voilà. Ça c'est vraiment un truc dont je peux dire et calmement. Et à la fois je pense que je suis très très loin de l'inquiétude réelle, fin, dans la vie de tous les jours et devant les patients c'est pareil et il peut m'arriver parfois de dire à un patient parmi les arguments pour lesquels je ne mettrai pas d'antibiotique le phénomène de l'antibiorésistance. Parce qu'il y a toujours pire, il y a toujours, exactement comme ma voiture diesel pollue mais toujours moins que le gros camion à côté, et en gros on a tous l'impression d'être la petite voiture et que personne ne soit le gros camion. Et je me rends compte que ça ne rentre pas dans mes arguments pour convaincre, ni moi me convaincre. Prescrire ou pas un antibiotique je me rends compte que l'antibiorésistance ne rentre pas tellement dans mon raisonnement naturel, mais pourtant dans ce que je vis voilà il y a des articles tous les mois qui parle de l'antibiorésistance, des microbes, de la gravité du phénomène, dans les années à venir quoi. Surtout que les laboratoires ont lâché complètement le développement des antibiotiques dans leurs projets et du coup, voilà. On verra bien. Ouais ouais ça c'est un peu un paradoxe je trouve.

Chercheur : Vous êtes confronté dans la... vous avez déjà eu des situations avec des ECBU qui reviennent multirésistantes ?

M7 : Oui ça de façon, de façon... oui oui plusieurs fois et notamment en EHPAD avec des ECBU multirésistants avec des choix d'antibiothérapies vraiment limitées, limitées avec pour lesquels il m'est arrivé une fois d'appeler les infectiologues en leur disant : « qu'est-ce que je fais ? » mais d'où l'intérêt de ne pas, pas surprescrire nos antibiotiques. Et d'arrêter de prescrire des fluoroquinolones à tout le monde mais ça je crois... **rires**

Chercheur : que ça commence à rentrer. **rires** Est-ce que vous voyez d'autres choses à dire sur le sujet ? Des choses qu'on n'aurait pas évoquées ?

M7 : Hum, je suis en train de réfléchir je crois que j'ai fait le tour de ma pratique d'antibiothérapie en EHPAD. J'essaie de ...de ... j'espère que, que petit à petit on va réussir, enfin que ça réussisse, nous médecins généralistes comprendre que l'antibiothérapie ne doit pas être un réflexe. Même moi que j'ai. J'ai même raconté que parfois je prescris pour une pneumopathie qui n'est pas prouvée, un antibiotique, par prudence. Mais je pense que l'antibiothérapie préventive ça marche pas mieux. On n'en prescrit bien moins qu'avant.

Chercheur : Mais ça permet de se couvrir ?

M7 : Ben un peu enfin. Pour dire la vérité forcément. **Rires**

Chercheur : Et ben merci.

M7 : Et je sais pas, dernière chose.

Chercheur : ouais ?

M7 : Je sais pas et si... ça on est tous pareils. On se rappelle jamais de l'antibiotique qu'on a prescrit pour rien. Voilà ça ou autre chose. Par contre le jour où on n'a pas mis l'antibiotique et que 48 heures après on nous dit « il est mal ton patient » ben voilà ça ça nous reste au fond du bide et ça aussi du coup c'est un truc je sais pas comment on pourrait le travailler comment les psychothérapeutes pourraient nous aider (rires) mais on a tous quand même cette question-là au fond du vide de dire “punaise je me suis fait avoir j'ai pas été ...” alors que c'est le hasard mais c'est comme ça. Et donc ce jeu-là il est important.

Chercheur : Difficile.

M7 : Voilà c'était la dernière chose dans les déterminants de la prescription antibiotique il y a ça. On a tous une expérience un jour de pas prescrire d'antibiotique et 48 heures plus tard d'avoir la personne...

Chercheur : Et vous l'avez vu derrière dans vos prescriptions ? Ça vous...

M7 : Non je crois pas que j'ai pu le voir mais, je pense pas que ce soit aussi marquant que ça, mais dans mon cerveau j'ai réfléchi et puis...

Chercheur : Sur une situation similaire ?

M7 : Je vais pas le cacher je suis sûr que je suis sensible à ça, tout à chacun là-dessus je pense qu'on est tous pareils si on ne le reconnaît pas on perd un moyen d'y travailler quoi, parce que

le but c'est d'y travailler et de se dire que le nombre de fois où j'ai prescrit un antibiotique où il y a eu un effet indésirable que j'ai jamais mis en rapport avec la prescription antibiotique parce que c'est autre chose voilà et ça peut être parfois grave, des troubles du comportement chez les patients âgés quelque chose comme ça et ça par contre je ne le remets pas en cause parce que l'antibiotique était forcément utile alors que je me remets en cause quand un patient est plus mal pour une raison x ou y après ça donc je pense que ça c'est vraiment un truc qui pourrait aussi expliquer. Moi je pense pendant les études cette différence d'approche, la prescription c'est un geste assez facile pour lequel on est éduqué, on apprend à prescrire des médicaments et on n'apprend pas beaucoup à ne pas prescrire et à l'assumer. Et moi le premier. Ça je pense que ce serait vraiment quelque chose qui serait intéressant pour les étudiants de leur expliquer les mécanismes, voilà apprendre à mieux pas prescrire ou déprescrire aussi les choses éventuellement. Mais c'est des choses qui sont importantes dans la vie du médecin généraliste.

Chercheur : Et vivre avec le fait de ne pas avoir prescrit.

M7 : Voilà c'est ça, en se disant qu'on a bien des risques d'effets indésirables quand on prescrit aussi important que le risque de passer à côté quand on ne prescrit pas on essaie d'éviter l'un et l'autre. Le mieux c'est de trouver les bonnes indications de prescription et de les mettre en application mais quand on a un doute de ne pas forcément tomber dans la prescription, si on a un doute, souvent on choisit prescription alors que quand on a un doute on pourra choisir pas prescription. Et là on parle des antibiotiques pour la pneumonie on peut parler des statines pour les risques cardiovasculaires, en attendant voilà, "voilà les statines je sais pas trop si vous en avez besoin", les antibiotiques c'est un peu pareil et je pense que que ça ça serait dans les déterminants de la prescription antibiotique. Ça c'est un truc à rajouter.

Chercheur : C'est un truc à rajouter, ça marche.

M7 : Est-ce que vous voyez d'autres des choses à rajouter ?

Chercheur : Non ça va j'arrête.

M7 : Ben merci en tout cas

Chercheur : De rien.

Entretien M8

Chercheur : Alors en quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?

M8 : Bah là c'était difficile de ne pas accepter hormis le sujet lui-même. Mais l'antibiothérapie en EHPAD c'est un problème c'est pas le quotidien mais presque... en tout cas l'hiver.

Chercheur : C'est un problème c'est-à-dire ?

M8 : Bof c'est enfin un problème, c'est en tout cas des prescriptions qui reviennent souvent et sur lequel, qui sont pas anodines euh, dans cette population enfin comme dans les autres d'ailleurs... **silence**

Chercheur : Quand vous dites des prescriptions pas anodines, qu'est-ce que vous entendez par là ?

M8 : Pas anodine parce qu'on, c'est des gens fragiles, des des gens qui vont en avoir plusieurs fois sur une saison hivernale, et pis une population où on a quand même pas mal de résistance bactérienne, en particulier urinaire.

Chercheur : D'accord, là vous en avez combien des patients à l'EHPAD ?

M8 : Bah je dirais entre... une trentaine

Chercheur : Une trentaine ? Toujours sur une seule EHPAD ou plusieurs EHPAD ?

M8 : Une seule EHPAD. J'ai une patiente sur une deuxième EHPAD et je n'y vais même pas **rires**

Chercheur : Vous faites comment alors ?

M8 : Je renouvelle à la demande, c'est la famille qui récupère les ordonnances. Pour les problèmes aigus bah ils se débrouillent

Chercheur : Avec d'autres médecins ?

M8 : Je crois qu'ils vont aux urgences en fait. Il y a plus de médecins qui passent à (Ville).

Chercheur : Ah oui d'accord. Ok. Donc vous allez à l'EHPAD deux fois par semaine vous m'avez dit, hum comment ça se passe est-ce qu'il y a des choses qui sont programmées des choses qui ne sont pas programmées ?

M8 : Donc comme sur le nombre de résidents plutôt que d'être appelé j'ai programmé cette double consultation par semaine, le lundi et le mercredi que je vais consacrer d'une part à tout ce qui est renouvellement d'ordonnance, visite systématique, et puis des pathologies aiguës qui essaient d'être regroupées sur mes passages et puis donc je peux être aussi sollicité par téléphone ou alors les résidents sont vus par d'autres médecins, puisqu'il y a quand même régulièrement un médecin qui passe dans l'EHPAD.

Chercheur : Les sollicitations par téléphone ça concerne quel genre de situation ?

M8 : Oh ça peut être la chute, ça peut être les troubles du comportement, ça peut être bah une fièvre, un résultat biologique.

Chercheur : Par exemple une fièvre, vous avez un coup de téléphone, comment vous gérez ?

M8 : Une fièvre euh...bah ça peut être lancer le premier bilan, le premier bilan infectieux, ça peut être de donner la consigne d'hospitaliser s'il y a pas de consultation médicale et que les critères cliniques donnés par l'infirmière sont suffisamment préoccupants pour que la personne soit examinée rapidement, ou ait un bilan rapidement. Euh c'est parfois, ça peut aller jusqu'à l'antibiothérapie prescrite par téléphone dans certaines circonstances par exemple des patients pour lesquels on a décidé de ne pas réhospitaliser parce que quand même essentiellement des gens qu'ont des troubles cognitifs très sévères pour lesquels l'hospitalisation est pas toujours judicieuse, ou plusieurs hospitalisations répétées, et avec la famille, en accord avec la famille en général, décider d'arrêter les hospitalisations itératives et pareil sur des critères cliniques décrits par l'infirmière ça peut arriver.

Chercheur : Et hum... est-ce que vous effectuez une réévaluation après un coup de téléphone comme ça ?

M8 : Alors comme je passe le lundi et le mercredi, à part les appels du jeudi ou du vendredi qui sont plus problématiques de toute façon je vais repasser deux jours après. Systématiquement quand je passe je réévalue, je réévalue la prescription. Puis encore une fois c'est un EHPAD où on a la chance d'avoir le médecin co présent, plusieurs médecins qui passent régulièrement donc il y a toujours les collègues quand pour les réévaluations cliniques. C'est quand même en général des appels de soirée, en journée elles arrivent toujours à attraper un médecin pour faire une évaluation clinique complémentaire.

Chercheur : Et quand vous disiez par téléphone, lancer le premier bilan infectieux, qu'est que vous faites comme bilan ?

M8 : Oh ça peut être une bio simple, num CRP créat, euh si la personne tousse beaucoup je vais demander une radio pulm pour gagner du temps. Une BU... ça va pas bien au-delà.

Chercheur : Des radio pulm vous en demander alors ?

M8 : J'en demande.

Chercheur : Pour quel type de situation ? Dans le cadre de l'infectiologie.

M8 : Euh comme je disais c'est surtout des patients très dégradés mais pas seulement quand même, des gens qui ont des profils cliniques qui font faire des bilans standards infectieux donc forte fièvre, toux intense, euh voilà. Chez des gens qui sont quand même fragiles, justement pour éviter de prescrire après, uniquement sur l'auscultation une antibiothérapie.

Chercheur : Et ça vous les avez dans quels délais en moyenne une radio pulmonaire en EHPAD ?

M8 : Assez vite, je dirais ente le jour même et le lendemain, elles y arrivent quand même.

Chercheur : Et ils y vont comment les patients à l'examen ?

M8 : VSL ou ambulance

Chercheur : D'accord, transport... ok. Très bien. Hum... vous avez parlé de la famille, quel est le rôle de la famille dans vos prescriptions ?

M8 : Donc euh... dans toutes les EHPAD normalement maintenant il y a des directives anticipées, donc les patients qui ont pu s'exprimer bah ont établi leurs directives anticipées, ce qui n'est pas toujours le cas malheureusement. Et puis si les patients ne peuvent plus s'exprimer on essaie de faire avec les familles, donc quelle pertinence d'une hospitalisation, oui/non pour un syndrome infectieux chez un patient dément... donc c'est un petit peu plus dans ce sens-là que de, qu'une participation de décision d'une antibiothérapie ou pas.

Chercheur : Ça c'est pas une requête que ferait les familles sur une fièvre de demander ces antibiotiques ?

M8 : Si

Chercheur : Ça peut ?

M8 : Ça peut.

Chercheur : Comment vous gérez alors ?

M8 : C'est un petit peu au coup par coup, selon ouais, selon ce qui a pu être mis en place avec la famille, c'est vrai que c'est, sortie de son contexte ça peut paraître un peu curieux, mais c'est vrai que sur des gens déjà avec une longue histoire d'accompagnement dans l'EHPAD, on peut expliquer on peut renoncer à une antibiothérapie parce que le projet de vie n'a plus beaucoup d'intérêt et que on se contente d'hydrater a minima, de soulager les douleurs, de faire baisser un peu la température, de faire des soins de bouche. Ça peut arriver. C'est pas la situation la plus fréquente... mais quand même des gens qui sont épuisés, qui n'en peuvent plus, la énième fausse route avec pneumopathie d'inhalation, on peut admettre que ça n'a plus grand sens que de prescrire une antibiothérapie.

Chercheur : Ça c'est des choses que la famille arrive à entendre ?

M8 : Bah c'est... faut un peu de pédagogie **rires**. Faut un petit peu de pédagogie en amont. Le résident qui vient de rentrer depuis deux mois ça va être quand même très difficile à avancer. Les gens qu'on suit, moi ça fait une dizaine d'années puisqu'il a ouvert en 2009 cet EHPAD, que j'y passe, il y a des gens qui sont là depuis le début, on a quand même un dialogue avec la famille assez respectueux, donc on peut aborder ces questions oui.

Chercheur : Et avec l'équipe soignante notamment les infirmières comment est-ce que ça se passe ?

M8 : Alors les infirmières sont assez bien formatées de ce point de vue-là. **rire** Elles, parce que bah pareil on a eu pleins de situations et on a pu en discuter à nombreuses reprises. C'est plus difficile pour les aides-soignantes, qui ont parfois l'impression qu'on abandonne un petit peu les gens parce qu'on traite pas, parce qu'on donne juste une hydratation, l'antalgie. Alors probablement parce que bah l'effort de, voilà pédagogique n'est pas aussi important qu'avec les infirmières pour pleins de raisons, elles sont moins intégrées à la prise de décision, donc certaines c'est évident le vive pas forcément très bien. Euh bon... moi je suis plus médecin co dans cet établissement, c'est quand même le travail du médecin co, la cadre de, de voir comment elles veulent travailler là-dessus. Nous on peut pas non plus se charger de... voilà,

si au moment où ça se produit l'aide-soignante est là on peut expliquer le projet de soin, mais après c'est plus de l'ordre de la formation générale de l'établissement que du médecin prescripteur. Parce que faudrait des heures et des heures **rire**

Chercheur : Et ça c'est quelque chose qui est fait par le... donc il y a un médecin coordonnateur dans cet EHPAD ?

M8 : Ouais

Chercheur : Et c'est quelque chose que lui ou elle fait ?

M8 : Alors sur l'antibiothérapie je suis pas sûr qu'il y a un travail de fait, en revanche il y a quand même un travail sur la bienveillance et puis sur le soin palliatif qui est faite. Donc indirectement. Encore une fois, c'est plus difficile de vendre à un public aide-soignant, avec des, qui sont parfois pas des aides-soignants, qui sont des faisant fonction d'aide-soignant, avec des niveaux d'étude et de connaissance médicales pas toujours très étayées. C'est pas comme pour une infirmière où on peut quand même argumenter sur des faits peut être plus objectifs. Là avec les aides-soignants il y a parfois quand même des difficultés à faire passer les messages, sur des, sur de la connaissance oui, basés sur de la connaissance. Mais oui je pense que certaines en souffrent. C'est clair. Beaucoup de gens très jeunes aussi qui peuvent projeter « ma grand-mère, mon grand-père s'il était dans cette situation est-ce qu'on l'abandonnerait de la même façon ? ». Je pense qu'il y a des choses un peu comme ça aussi.

Chercheur : C'est du personnel qui change souvent ou qui est assez stable ?

M8 : Non ça change pas mal.

Chercheur : D'accord. Est-ce qu'il y a du manque de personnel ?

M8 : **rire** Selon le personnel oui ! Selon l'ARS, non ! Moi je dirais qu'il est peut-être pas toujours utilisé de façon optimum, mais je pense pas que ce soit une EHPAD qu'est particulièrement maltraitée.

Chercheur : Ok. D'accord. Hum... est-ce que vous pouvez me dire, comment examinez-vous un patient dépendant ?

M8 : Donc bah je, j'ai eu la chance d'être médecin coordonnateur au départ donc j'ai motivé les infirmières pour que le médecin en aucune façon ne doit voir seul un patient dépendant. Donc moi je vois toujours les gens accompagnés au minimum de l'infirmière, parfois d'une aide-soignante. Et donc c'est d'être au fauteuil, c'est d'être au lit, mais en tout cas toujours avec une aide minimale pour faire un examen clinique qui, alors qui n'est pas l'examen clinique sur la table d'examen du cabinet médical c'est évident, mais quand même qui soit, qui tienne la route quoi.

Chercheur : Parce que l'accompagnement c'est pour la mobilisation du patient ?

M8 : Bah entre autres, l'aide au déshabillage, la mobilisation, voilà, ausculter les champs pulmonaires chez quelqu'un qui se mobilise pas ça peut être un petit peu compliqué. Donc déjà chez un dément non communiquant demander une inspiration profonde **rire** ça peut être déjà assez compliqué alors si en plus on le tient d'une main tout en évitant qu'il se débatte, avec le stétho vaguement glissé, entre un t-shirt et puis un pull **rire**. C'est déjà

assez compliqué comme ça. On n'a pas beaucoup de moyen j'ai parlé de la radio pulm mais tous n'y vont pas hein donc il y a quand même beaucoup de prise de décision qui se font sur le stéthoscope et la palpation. Donc moi je, fin il me semble que seul il y a quand même un examen qui est très vite de bien moins bonne qualité. Pis c'est aussi le moment où ça permet le dialogue avec l'infirmière qui connaît quand même mieux les gens que nous ; et qui... nous on peut avoir l'impression que ça va, pis souvent elles nous rappellent « mais quand même là c'est pas comme d'habitude, je la trouve encombrée, pis là vous la trouver bien mais je vous assure qu'elle toussait c'était pas très propre, elle était beaucoup plus encombrée, là elle a toussé elle paraît beaucoup moins encombrée mais tout à l'heure elle l'était beaucoup »... donc il y a aussi beaucoup d'informations qui se délivrent dans ce temps-là.

Chercheur : Et ces informations rapportées par l'infirmière mais que vous vous avez pas constatées directement elles vont moduler votre prise en charge ?

M8 : **sans hésiter** Oui, ouais. Moi je crois beaucoup quand même à, à l'avenir de l'infirmière clinicienne, qui bah c'est quand même le, en EHPAD, c'est, là c'est, elles font je sais plus c'est 10 ou 12 heures, quand même avoir un professionnel avec une vision clinique pendant un tel laps de temps ça donne quand même beaucoup de renseignements, alors que nous on passe on va voire les gens 10 minutes quand on passe du temps...c'est quand même difficile de, souvent on dit « oh bah ça va bien », effectivement, mais c'est 10 minutes dans la journée **rire**, ça peut aller beaucoup moins bien, donc moi je, je crois beaucoup à ce binôme pour améliorer quand même la prise en charge.

Chercheur : Ok. Hum, est-ce que vous pouvez me donner une situation récente, un exemple de situation où vous avez prescrit des antibiotiques à l'EHPAD ?

M8 : Eh bah pas plus tard qu'il y a deux jours, donc là c'est une situation voilà, un petit peu difficile, c'est un monsieur qui doit avoir je sais pas 81 ans, qui a une maladie de Parkinson déjà un peu évoluée, qui a une myocardiopathie évoluée, et qui est maintenant dépendant de l'oxygène plus je pense par rapport à son cœur que ses poumons et donc on a pu faire le point en disant que dorénavant sauf fracture il ne serait pas réhospitalisé, parce qu'il a fait plusieurs aller-retours, ça le perturbe, ça le fatigue, il en assez, lui-même me dit « j'en ai assez ». C'est pas un type qui est, déficient cognitivement, il peut s'exprimer, on a décidé qu'il serait pas réhospitalisé. Là depuis une semaine, il était en, pour moi c'était plutôt une poussé d'insuffisance cardiaque puisqu'il y avait des crépitants dans les 2 champs, dans les 2 champs pulmonaires, donc j'avais augmenté la diurétisation qui a elle-même encore été augmentée vendredi, et là hier c'était tout sec à droite, il toussait toujours avec des expectorations et l'auscultation à gauche restait quand même vraiment sale et... voilà, bien qu'il y ai pas de fièvre j'ai pris la décision quand même de rajouter une antibiothérapie parce que ça faisait quand même foyer de pneumopathie à l'auscultation, et il comme il est décidé de pas l'hospitaliser, j'ai pas voulu le trimballer pour faire une radio pulm. J'ai pris la décision de l'antibiothérapie.

Chercheur : Et vous avez choisi quel antibiotique ?

M8 : J'ai choisi l'Augmentin.

Chercheur : D'accord. Hum, et vous avez fait un bilan biologique chez ce patient ?

M8 : Euh non, non.

Chercheur : D'accord. Ça aurait pu changer votre attitude clinique ou... ? Plutôt thérapeutique ?

M8 : Non. Je crois que seule la radio pulm m'aurait changé. Là aussi l'expérience de 10 ans d'EHPAD, la CRP, je prends pas mal de recul sur la CRP. Bon c'est évident que quand on a un foyer auscultation, une CRP qui s'élève en même temps que la température, on a envie d'en faire quelque chose, on a des CRP à 150 chez des gens qu'ont pas de fièvre, puis on fait rien puis la CRP se normalise. **rire**. Et inversement parfois des choses, des CRP qui sont moyennement augmentées et, et puis ça se dégrade très vite. Donc tout à l'heure je l'ai dit, je prescris des bio en particulier sur des coups de fil pour essayer d'avancer le, mais c'est qu'un, c'est un petit argument parmi d'autre pour la prise de décision.

Chercheur : hum vous gérez...comment est-ce que vous gérez s'il y a un doute diagnostic ?

M8 : Euh, doute diagnostic sur ?

Chercheur : Sur une situation un peu, infectieuse, antibiotique pas antibiotique ?

M8 : Donc là on en a parlé tout à l'heure il y a les directives anticipées des fois qui peuvent nous aider, euh... bah j'ai quelques situations BLSE, un peu compliquées, où là je vais appeler le service d'infectieux, en général j'appelle au (nom d'hôpital). Pour le respiratoire j'avoue que, c'est un petit peu comme pour le monsieur c'est une prise de décision dans l'instant sur une impression clinique, qui peut être de l'ordre de l'évolution...

Chercheur : Vous avez parlé là de BLSE, donc, vous m'en aviez parlé au début de la résistance, ça c'est une situation que vous rencontrez fréquemment en EHPAD ?

M8 : Bah je pense pas dire de bêtise, qu'il doit y avoir, allez, une dizaine de résidents sur une EHPAD de 80 qui ont des urines quand même pas forcément faciles à traiter.

Chercheur : Il y a des patients à vous dans ces résidents ?

M8 : Oui

Chercheur : Et c'est des portages urinaires vous disiez surtout ?

M8 : Portage urinaire ouais essentiellement ouais. Il y a une dame qui avait un portage cutané sur un escarre, ça fait deux ans qu'elle a ce trou dans les fesses.

Chercheur : Elle est toujours vivante ?

M8 : Le trou s'est comblé partiellement mais il se comblera jamais totalement.

Chercheur : Donc elle a toujours ses soins de pansement ?

M8 : Ouais, assuré uniquement par les infirmières de l'EHPAD, bah là du coup on l'a un petit peu oublié, ce, parce que je pense que de toute manière ça a dû un petit peu se mélanger avec des autres germes. Il y a surtout, surtout urinaire ouais.

Chercheur : Et, si il y a des symptômes urinaires chez ces patients porteurs de résistance connus, qu'est-ce que vous faites alors ?

M8 : Alors les symptômes il faut déjà s'entendre ce qui est la première difficulté en EHPAD. Donc je refuse que soit fait une CBU sur des urines qui sentent mauvais. Sur les troubles du comportement faut vraiment qu'il y ai aucune autre cause qui explique le trouble du comportement, parce que la CBU a souvent été je trouve le moyen paresseux de résoudre le problème en disant « oh bah il y a sûrement une petite infection », et puis allez faite une BU oh bah elle est positive, bah évidemment il y a en a aucune qu'est négative. Et puis « ah bah il y a une infection urinaire c'est pour ça qu'il est perturbé » et hop on traite. Je réserve ça à des accès fébriles sans identifier de foyer respiratoire, la pratique de la CBU. Essentiellement. Et donc là oui en général je refais quand même une CBU, puis bah là bah c'est l'antibiogramme plus ou moins l'appel, donc c'est vrai qu'il y a eu parfois de façon très exceptionnelle parfois des antibiothérapies IV, alors là c'est un petit peu compliqué on est obligé de se faire aider par l'HAD parce que c'est pas forcément disponible en ville, etc. Donc c'est vite un petit peu le cheni, mais bon, on y arrive.

Chercheur : Est-ce que vous avez eu des cas de patients qui ont été porteurs d'une antibiorésistance qui l'ont... ?

M8 : Fait mourir ?

Chercheur : Ouais, qui l'ont guéri entre guillemets ?

M8 : Qui ont ?

Chercheur : Par exemple un ECBU en 2018 qu'était résistant, et puis rien en 2019 on refait l'ECBU et l'antibiotique et redevenu sensible ?

M8 : Oui

Chercheur : Ça ça arrive ?

M8 : Ça j'ai vu. Donc ça vaut le coup de refaire

Chercheur : Hum... Qu'est-ce que vous pensez des recommandations actuelles en matière d'antibiothérapie en EHPAD ?

M8 : Alors moi je, j'ai pas trop vu sur « en EHPAD », j'ai lu la prise en charge des infections respiratoire basses, je suis peut-être pas allé chercher en EHPAD.

Chercheur : Parce que quand vous dite « j'ai lu », qu'est-ce que vous avez lu ?

M8 : Bah le référentiel de la SPILF sur l'infection urinaire, et puis c'est vrai que, alors les services d'infectieux ont pas mal communiqué là-dessus. Donc il y a eu des FMC bah au (nom d'hôpital), il me semble que ça avait été abordé aussi au JEDI, pis là donc dans le cadre de la coordination à l'EHPAD ils ont fait venir (nom de médecin infectiologue) qui est infectiologue de (Ville) qui a parlé antibiothérapie en EHPAD.

Chercheur : Dans l'EHPAD où vous pratiquez c'est ça ?

M8 : Oui

Chercheur : Ça c'est un événement où il y avait ... ?

M8 : Les médecins qui interviennent dans l'EHPAD, la plupart était là. Donc c'est un repas.

Chercheur : Donc ça a bien marché.

M8 : Un repas, ouais les gens sont venus. Donc on a fait classique, respiratoire, urinaire et peau.

Chercheur : Hum donc vous voyez pas spécialement de recommandations particulières sur la pratique en EHPAD.

M8 : Moi si, je trouve qu'il y a des difficultés, bah voilà c'est les pneumopathies à répétition probablement liés à des troubles de déglutition, il y a des gens qui pourraient être sous Augmentin parfois pour trois quatre cinq reprises en quelques mois, on se demande ce qu'on fait quand même. Là pour le coup on n'a pas de réponse, parce que quand on demande aux infectiologues qu'est-ce qu'on fait pour une pneumopathie en EHPAD, la réponse c'est Augmentin, sans discriminer mais quand on est à la troisième suspicion, où là pour les mêmes raisons que je disais tout à l'heure on va pas à chaque fois adresser à l'hôpital ou faire une radio pulm, on va parfois uniquement se baser sur l'auscultation et un tableau clinique un petit peu impressionnant bah c'est vrai que l'on se demande un petit peu ce que l'ont fait et là ils ont pas de réponse à nous donner. Je lui ai posé la question, voilà le dément non communicant un peu agité, comment on fait ? On sait très bien que l'hospitalisations souvent va être plutôt délétère parce qu'il y a plus d'entrée en direct dans un service, donc il va passer en ce moment je sais pas 18 heures, 24 heures sur un brancard. Donc ça, nous on a connus ça il y a 2 hivers quand même, les gens qui avaient suivi ce parcours, d'hospitalisation pour syndrome infectieux pendant la période hivernal sont presque tous revenus avec une escarre. Donc syndrome d'immobilisation aux urgences, retour avec escarre. C'est pas pour critiquer du tout le service des urgences mais ça veut dire que c'est pas un parcours adapté pour ces patients fragiles. Donc là on a des réticences à envoyer, donc et bien on pourrait oui certains les antibiothéraper tous les, toutes les 3 semaines parfois. Il y a des séries, puis d'un seul coup ils font plus. On sait pas pourquoi.

Chercheur : Et donc ça vous les mettez les antibiotiques dans ces cas-là ? Vous les mettez ou des fois vous essayer de pas les mettre ?

M8 : J'essaye de pas les mettre tout le temps et puis bah parfois ça se passe pas si mal que ça c'est ça qui pousse à faire l'essai, on se rend compte que quand même il y a des situations où l'évolution spontanée n'est pas si mauvaise que ça. Alors est-ce que, on peut aussi se poser la question, quand on met l'antibiotique ça évolue bien, mais est-ce que c'est l'antibiotique ou est-ce que c'est l'évolution spontanée... va savoir **rire**

Chercheur : Et ça avec une expérience de 10 ans d'EHPAD, est-ce que vous avez commencé à affiner, à repérer ces situations où on peut se permettre d'attendre, ou est-ce que c'est un peu la roulette russe ... ?

M8 : Là je dirais que c'est un peu mes cheveux gris qui joue un petit peu. Ça revient un peu à ce que je disais les CRP, les CRP maintenant j'en tient compte sans en tenir compte, si ça vient avec un faisceau d'arguments complémentaires oui, sinon c'est plus quand même sur l'impression clinique face au patient, avec beaucoup de modestie parce qu'on a tous vécu à deux heures ça va bien et puis à vingt heures les gens sont en grande détresse. Mais je crois que voilà c'est une population quand même très particulière, toujours le même exemple mais le dément très grabatisé non communicant qui va pas faire les mouvements respiratoires pour

une véritable auscultation, et que on sait que si on l'envoie ça va être pour lui une catastrophe, parce que même avec une bonne prise en charge on le sort de son, de son cadre, et bah voilà, parfois on décide de jouer la montre, de se donner 24 heures pour voir et puis ça va mieux. Alors il y a du coup les prescriptions anticipées aussi qui sont utiles, il m'arrive de laisser une ordonnance et puis sur ces critères soit de fièvre soit de fréquence respiratoire et de tension, de, l'infirmière elle peut aussi attaquer l'antibiothérapie.

Chercheur : Ça ça marche bien de faire ça ?

M8 : Oui ça marche bien, et finalement elle est pas tant donner que ça l'antibiothérapie. Peut-être moins que ce que ferait le médecin.

Chercheur : Et ça cette antibiothérapie, cette ordonnance elle est laissée pour le patient, pour l'infirmière, pour le médecin ?

M8 : Pour l'infirmière.

Chercheur : Dans le sens, quand vous la laissez j'imagine qu'elle a ce côté aussi un petit peu anxiolytique, de savoir qu'il y a cette ordonnance en recours si, quand le médecin il est pas là, pour pouvoir agir. Est-ce que c'est quelque chose qui est fait vraiment pour le patient ou pour essayer de rassurer l'équipe, vous rassurez vous ... ?

M8 : Non moi je, là c'est plutôt personnellement de dire je m'appuie sur une équipe, mais cette équipe il faut pas que je la laisse un moment sans moyen d'apporter un soulagement. Donc si on veut ne pas se griller il faut que, quand on dit par exemple jeudi, ou le vendredi, bah on traitera si ça s'aggrave, il faut que l'infirmière elle puisse joindre quelqu'un pendant le weekend. Alors donc en général elles peuvent me joindre par téléphone même si je peux pas y aller et que là soit elles prennent la décision sur des critères cliniques, soit après avoir téléphoné, mais elles ont une ordonnance pour pouvoir mettre en place. Pas devoir trouver quelqu'un pour leur faire une ordo, à l'arrache, ou solliciter le 15 ce qui est toujours possible, donc c'est plutôt la notion de travail en équipe, l'évaluation en équipe.

Chercheur : Vous avez parlé d'appel le weekend donc c'est sur votre téléphone personnel je pense ?

M8 : Ouais

Chercheur : Ça arrive souvent ?

M8 : Pas tant que ça, pas tant que ça. Non les... Alors c'est pareil ça va dépendre hein il y a eu un gros renouvellement d'infirmières, il y a des jeunes infirmières, donc elles ont peut-être parfois un petit moins d'expérience, elles vont peut-être appeler un peu plus facilement, mais elles sont très respectueuses du cadre dans lequel on a proposé l'usage de ce numéro de téléphone

Chercheur : Ok.

M8 : Puis c'est pas très contraignant, enfin moi ça me contraint pas beaucoup de donner un avis téléphonique, même si je suis loin euh, si ça peut permettre de rester dans un projet thérapeutique de, par exemple de non-hospitalisation, de soulagement, bah ça me convient tout à fait.

Chercheur : Ok. Et est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer la prescription antibiotique et en EHPAD

M8 : Pfff... Bah c'est, c'est la formation et puis la... Alors peut-être, voir, comme je disais tout à l'heure, un infectiologue tout formé qu'il est il a une vision quand même très hospitalière de, et peut être plus discuter peut être entre professionnel de la mise en place pratique de ces fameux référentiels, sur une population qui est quand même, qui est quand même, encore une fois l'EHPAD c'est pas de la personne âgée GIR 5 et GIR 4, c'est plutôt de la personne âgée GIR 2 très très très très vieux, pour lequel peut être que discuter quand même de la pertinence des référentiels plaqués sans discernement. Je pense que c'est plus ça qui peut faire avancer. Parce que là je parle de l'EHPAD que je connais mais il y a peut-être des EHPAD où c'est plutôt EHPAD foyer logement avec gens qui ont un autre profil d'exigence de prise en charge. D'autres où ça va être peut-être des gens avec des GMP encore plus sévères que, où là, peut-être que les choses sont encore différentes, et je pense que là c'est vraiment le travail que les référents locaux, aussi bien gériatre qu'infectiologue je pense qui peuvent faire avancer, il y aurait sans doute hum, ils ont quand même un toit en EHPAD, il y a quand même des infirmières qui certes sont pas là la nuit mais ça va peut-être changer. Peut-être qu'il y aurait moyen de faire des bilans flash, si on peut dire infectieux, on dit bah voilà je te l'adresse et puis en deux heures de temps euh il y a le bilan infectieux minimum, une discussion entre le médecin traitant et puis l'infectiologue ou le gériatre, et puis le retour à l'EHPAD pour la mise en place du traitement.

Chercheur : Un genre de consultation à l'hôpital un peu en urgence ?

M8 : Voilà consultation plateau technique, voilà consultation plateau technique, alors après à voir, screener quel type de gens en relève mais par rapport à ce que je disais tout à l'heure, ce qu'il s'est passé il y a deux hivers lors de l'épidémie de grippe, franchement quand on revient avec une escarre stade IV uniquement parce qu'on est parti pour un bilan de pneumopathie et que ça va impacter toute la fin de vie de cette personne, là on se dit qu'il y a du gâchis, et bah du coup ça peut inhiber aussi les décisions pour les résidents suivants.

Chercheur : Très bien. Est-ce que vous avez des choses à ajouter sur le sujet de l'antibiothérapie en EHPAD ?

M8 : Oh bah je dirai que c'est un sujet, sujet simple mais mise en application finalement pas toujours aussi simple. Et puis bah, c'est notre responsabilité, bon l'EHPAD c'est une institution mais ça reste finalement de la médecine communautaire donc c'est quand même bien les médecins qui prescrivent et que justement tous ces taux d'émergence de résistances c'est bien nous qui l'avons entre les mains principalement. Ça vaut le coup de s'y pencher

Chercheur : Eh bien merci beaucoup !

M8 : Eh bien avec plaisir !

En aparté à la fin de l'entretien, M8 aborde le problème des règles d'hygiène et d'isolement pas toujours connus et respectés des différents intervenant, du problème de l'isolement du patient dément déambulant.

Entretien M9

Chercheur : Alors, merci d'avoir accepté cet entretien. Hum, en quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?

M9 : Hum, parce que c'est un sujet qui me pose problème.

Chercheur : Sur quoi ?

M9 : Ben du coup sur... l'évolution des pratiques pour lesquelles on n'est pas toujours suffisamment informés.

Chercheur : Vous trouvez qu'il y a un manque de formation ?

M9 : Alors oui, ce n'est pas qu'elle n'existe pas, il y en a eu une il y a pas longtemps et moi j'ai absolument pas pu y aller et on m'a envoyé le diaporama, je n'ai encore pas eu le temps de le regarder donc voilà. Ce n'est pas que ça n'existe pas c'est que on enchaîne les trucs les uns après les autres et que voilà mes priorités... mais moi je pense que je manque d'informations récentes.

Chercheur : D'accord. Vous allez en EHPAD combien de fois par, par exemple par semaine par mois par an ?

M9 : En EHPAD, on va dire, j'essaie de grouper, on est en train de mettre en place une répartition des EHPAD et pour pouvoir ne pas aller dans trente-six EHPAD mais en avoir une chacune. Heu donc en gros j'y vais, je vais dire deux fois dans le mois. Et plus si il y a des cas qui sont sur le fil quoi.

Chercheur : Cette répartition vous l'avez avec qui ? C'est entre les médecins du cabinet ou avec les médecins aux alentours ?

M9 : Et ben c'est récent de la semaine dernière, c'est avec les médecins du cabinet, les deux qui sont arrivés là, on a décidé que moi j'allais (nom d'une EHPAD), (Nom d'un médecin du cabinet) allait à (nom d'une EHPAD), que du coup (nom d'un autre médecin) allait à (nom d'une EHPAD) et à (nom d'une EHPAD) et qu'on allait toutes au foyer logement (nom) parce que c'est en face, et pis les domiciles on fait un peu chacun les nôtres où chacun comme on a le temps.

Chercheur : Donc du coup vous allez passer des patients que vous avez en tant que médecin traitant à vos collègues ?

M9 : Voilà. Il est prévu que, ben en mars j'aille passer une heure ou deux à (nom EHPAD) avec (nom d'un nouveau médecin du cabinet) pour qu'elle prenne le relais de mes six patients que j'ai là-bas.

Chercheur : D'accord. Vous avez combien de patients à peu près en tout sur les EHPAD toutes confondues ?

M9 : Alors ça dépend ce qu'on appelle EHPAD parce qu'il y a aussi...

Chercheur : Foyer logement ?

M9 : Oui foyer logement c'est pas compté ?

Chercheur : Non ce serait vraiment la structure EHPAD.

M9 : Alors EHPAD.... Combien j'ai de patients ?

Chercheur : A peu près.

M9 : Dix, on va dire dix, dix.

Chercheur : Dix, d'accord.

M9 : Je dois avoir quatre (à nom d'EHPAD) et six (à nom d'EHPAD).

Chercheur : Et donc ce sont des visites qui sont organisées ? Vous avez un jour défini ?

M9 : Oui alors. À (nom d'EHPAD), c'est super bien parce qu'en fait on a, heu un rendez-vous avec l'infirmière donc elle sait que je vais passer et du coup elle est là très souvent une partie elle me donne bien des nouvelles des gens il a vraiment un vrai travail ensemble. Donc là, là c'est pas mal. On prend rendez-vous en fait. Voilà, sauf s'il y a un truc urgent ou si je dois passer entre deux mais la plupart du temps ça se règle comme ça. Et (nom d'EHPAD) c'est plus difficile je n'arrive pas à le mettre en place ça, à (nom EHPAD).

Chercheur : Pour quelle raison ? La difficulté vient d'où ?

M9 : Des deux je pense que moi (nom d'EHPAD) c'est pas loin de chez moi, je m'arrange pour le faire quand j'ai le temps. **sonnerie de téléphone**

Je m'arrange pour le faire quand j'ai le temps et j'ai du mal à ce que l'on se mette un rendez-vous et à ce que je m'y tienne. Ou, quand on se met un rendez-vous les infirmières ne sont pas là, enfin ça ne marche pas bien quoi. Donc j'ai vu avec le médecin coordonnateur, la nouvelle (médecin du groupe) est venue ici parce que je lui ai dit c'est trop compliqué à (nom d'EHPAD) donc moi j'abandonne. On a posé les trucs ici. Bon en fait je vais garder (nom EHPAD) et je vais essayer d'améliorer ça.

Chercheur : Et vous avez discuté de quoi pour améliorer ?

M9 : Alors, de comment on pouvait faire... ce ne serait qu'un truc tout bête, nous on est des médecins libéraux on n'est pas des médecins salariés, un truc tout bête c'est qu'il n'y avait jamais les cartes vitales. Moi j'ai acheté un lecteur pour pouvoir passer les cartes vitales à l'EHPAD parce que c'est des feuilles de soins en attendant que les familles payent tout ça, il y a presque jamais de retour. Et ben les cartes vitales une fois sur deux elles étaient à la pharmacie. Ça marchait pas, alors ça c'est un problème économique. Après euh, très souvent on a du mal, on se retrouve tout seul donc quand il y a des gens qui sont déments, difficile de savoir si ils ont saigné, si ils mangent. On a accès à l'ordinateur ça c'est bien donc on peut suivre les poids, on peut suivre les constantes, ça s'est à peu près bien fait les mesures. Après des fois quand on se retrouve tout seul, on est un petit peu, c'est un petit peu compliqué. La dernière fois que j'y suis allée, la photocopieuse ne marche pas alors donc impossible de tirer mes ordonnances, c'est des petits trucs mais c'est franchement galère.

Chercheur : La logistique... Ça va pas. D'accord. Vous avez dit que si vous étiez appelée en urgence vous répondiez, par exemple sur un problème infectieux, quand une infirmière vous appelle comment d'une façon pratique vous gérez ça ?

M9 : Alors, couramment ça va être pulmonaire ou urinaire. Urinaire je leur demande de faire une bandelette souvent elles le font déjà à l'avance, euh et après euh souvent bah ça dépend s'il y a de la fièvre ou pas de fièvre, on essaie pour l'urgence et on leur demande de déposer un ECBU et il m'arrive de leur dire de commencer ça, une fois que l'ECBU est prélevé. Pour le pulmonaire il faut quand même aller voir quoi. Je commence pas trop à distance, et en fait elles appellent beaucoup SOS médecin. Ça c'est pour (nom d'EHPAD) et (nom d'EHPAD) quand on ne peut pas y aller. Quand on peut y aller et ben c'est bon, quand on peut pas y aller, on peut pas y aller. Là je suis allée en voir une la semaine dernière qui est très très encombrée bah là j'ai pu y aller ça correspondait à ma visite programmée donc ça allait bien mais sinon ils appellent SOS médecin très souvent.

Chercheur : D'accord. Heu, quelle différence vous voyez entre vos prescriptions au cabinet d'antibiotique et vos prescriptions en EHPAD ?

M9 : Je dirais qu'on les sent plus fragiles donc peut-être qu'on met plus facilement dans les histoires, ben dans les histoires urinaires même s'il n'y a pas de fièvre il arrive souvent qu'on en mette parce qu'ils sont un peu confus en fait très vite quand il y a des...alors qu'ici ici on peut se dire on les fait boire, on prend le temps, on diffère voilà. Alors qu'en EHPAD on met très vite un traitement beaucoup plus vite un traitement antibiotique.

Chercheur : Un traitement avant ?

M9 : Un traitement antibiotique avant d'avoir le résultat si la bandelette est positive. Après, à l'EHPAD ils ont souvent des protections et même pour faire l'ECBU c'est galère quoi. Alors ils peuvent faire un sonde jet pour récupérer un peu d'urines quand on a vraiment besoin. Puis des fois on traite comme ça juste sur la BU qu'ils ont fait comme ils ont pu. **Rires**

Chercheur : Qui n'est pas forcément bien faite.

M9 : Oui c'est ça, ben c'est comme on peut, oui.

Chercheur : Est-ce que la structure va jouer sur votre prescription antibiotique ? Le fait qu'il y ait des infirmières, le fait que...

M9 : Oui ça c'est pas mal parce qu'on peut avoir du coup. Moi elles ont mon mail elles ont mon téléphone portable, on peut suivre quoi au niveau, au niveau de me joindre il n'y a pas de souci elles peuvent, on peut faire la jonction quoi.

Chercheur : D'accord vous avez parlé que des fois les patients sont difficiles à examiner, sans, sans qu'une personne extérieure vous aide, comment vous examinez un patient dépendant ? Concrètement ?

M9 : Et ben, des fois c'est... ben là je suis passée à l'EHPAD, j'en ai trois qui sont au Cantou, une, une c'est c'est quasiment pas possible. C'est-à-dire...

Chercheur : Vous ne pouvez pas l'approcher ?

M9 : Je peux pas l'approcher, à la limite je vais arriver à prendre une tension, je vais un peu l'interroger, je vais arriver avec l'aide, de l'aide-soignante pas toujours mais parfois de l'amener dans sa chambre pour pouvoir l'allonger, mais ce n'est pas ... parce que moi je peux venir qu'à un moment T, l'infirmière par exemple je pense à (patiente) où c'est archi difficile, elle est sous Leponex donc on a des prises de sang à faire tous les mois. L'infirmière elle fait sur la jambe et elle attend un moment où, où l'aide-soignante lui dit là elle est calme, là c'est possible, là elle est encore dans son lit. Moi je vais arriver, ça va être trois heures de l'après-midi quand la dame elle est sur le salon télévision, elle va pas vouloir aller, faire ce que je lui demande de faire c'est évident quoi. Et je peux pas attendre que l'aide-soignante me dise là c'est bon là vous pouvez venir.

Chercheur : L'examen se fait dans ces conditions.

M9 : L'examen se fait avec peu de choses. Ça c'est vraiment au Cantou avec des patients déments qui sont récalcitrants qui vous envoient promener. Là cette dame qui était très encombrée, j'ai pu prendre sa saturation, sa température, sa fréquence respiratoire, l'ausculter prendre sa tension mais il ne fallait pas en demander plus ce n'était pas possible de l'amener en chambre je l'ai fait dans le salon.

Chercheur : Donc plus de difficultés avec les patients déments au final.

M9 : Oui oui.

Chercheur : Sur l'examen clinique.

M9 : Après à (nom d'EHPAD) j'ai trois qui sont déments et trois qui sont infirmes moteur-cérébraux. Euh les infirmes moteur-cérébraux il y en a une qui est psychotique donc c'est compliqué aussi. Mais les infirmes moteurs cérébraux je dirais qu'on y arrive mieux parce qu'en fait il y a du handicap mais ce n'est pas de la démence. C'est-à-dire qu'ils acceptent en général, c'est compliqué parce que si il faut les mettre dans le lit il faut un lève-personne, voilà c'est complexe au niveau pratique...

Chercheur : Logistique.

M9 : Voilà mais sinon si ils peuvent parler... à mais non je suis allée voir (nom d'une patiente), par exemple (nom de la patiente) on ne comprend pas ce qu'elle dit. Ça peut faire par oui ou par non. (Nom d'un patient) c'est moitié. Voilà c'est très compliqué parce qu'il n'y a pas la communication. *Rires*

Chercheur : Quand vous avez un doute diagnostique sur une infection qu'est-ce que vous faites ? Quelle est votre conduite ?

M9 : Et bien une biologie.

Chercheur : Est-ce que la prise de sang arrive facilement ?

M9 : Ah oui, oui très facilement, les examens complémentaires ça va être biologie parce qu'on peut les faire sur place. Déjà la radio c'est plus compliqué. S'il faut les emmener en radio, ça va être difficile. Je pense à celle que j'ai vu qui est encombrée je ne vais pas l'emmener en radio. Ça va être aux urgences.

Chercheur : Donc c'est soit... vous faites comment ?

M9 : Je me débrouille.

Chercheur : C'est soit vous traitez directement ? Soit les urgences ?

M9 : Je traite directement.

Chercheur : Quels sont les critères qui vont vous faire emmener cette patiente du coup aux urgences ?

M9 : Euh la désaturation, si il y a vraiment une altération de l'état général avec une alimentation qui se fait pas, euh si j'ai des critères un peu qui ne me plaisent pas quoi, au niveau de l'allure. Voilà, mais sinon on essaie de traiter sur place le maximum. Les transporter aux urgences c'est déjà compliqué aussi.

Chercheur : Compliqué sur ?

M9 : Ils ne vont pas être accompagnés ben ils ne vont pas pouvoir être accompagnés par du personnel. C'est différent de mes foyers handicapés où ils sont accompagnés par un éducateur. Là, ils vont aller tout seul avec une ambulance aux urgences. Après je sais pas trop, ben je sais pas trop les prises en charge là se font comme il faut. Mais c'est pas facile non plus pour les urgences.

Chercheur : J'imagine.

M9 : Ils partent avec le dossier DLU, le dossier de suivi, de sortie.

Chercheur : Est-ce qu'il y a d'autres examens que vous demandez ? En dehors des prises de sang ?

M9 : Et ben en gros, prise de sang et analyse d'urine. Euh ça c'est pour toujours urgences infectieuses ?

Chercheur : Oui urgences infectieuses.

M9 : Après ça peut arriver une, une radio de poumon, euh après le reste ...une écho abdo mais ce n'est pas trop dans l'urgence infectieuse sauf si y a vraiment une perturbation du bilan hépatique. Euh ...

Chercheur : Vous allez l'envoyer aux urgences ?

M9 : Mais je vais l'envoyer aux urgences soit c'est vraiment infectieux et ça va être numération CRP qui va dicter ce que je fais quoi, soit c'est... soit ça peut attendre il peut y avoir des choses qui peuvent attendre des fois.

Chercheur : Est-ce que la famille à un rôle sur la prise de décision dans les infections ?

M9 : Euh, je dois dire que ce n'est pas moi qui m'en occupe, non. Sauf si y a des familles qu'on connaît qui sont présentes. Si ça peut arriver. Alors, quand je prends une personne en charge en maison de retraite j'essaie dans la mesure du possible de prévoir une visite avec la famille d'une part pour que l'on se cale bien sur ce qu'on veut.

Chercheur : Sur les directives ?

M9 : Sur les directives si il y en a si la personne n'est pas capable de les faire par elle-même et si elle en avait fait avant, aussi la famille du coup me donne des consignes aussi. Donc j'essaie d'avoir quand même vu la famille. Mais je vois à (non d'EHPAD), non si je connais les familles de, de trois sur six on va dire. Mais des fois la famille intervient, parce que la famille de celle que j'ai vu pour son encombrement elle est soignée au cabinet donc quand il y a quelque chose elle nous le dit quoi mais parce qu'elle me connaît personnellement.

Chercheur : D'accord.

M9 : Et du coup les familles elles savent... elle peuvent aussi me joindre, elles peuvent avoir accès au mail par contre elles n'ont pas le téléphone portable ça passe par l'infirmière qui va m'appeler.

Chercheur : Les logiciels à l'EHPAD ça se passe comment ?

M9 : Alors logiciel à l'EHPAD le souci c'est que il y a des logiciels différents dans toutes les EHPAD quasiment fin, donc il y a Titan, Titan c'est le logiciel de (nom d'EHPAD), et puis l'autre à (nom d'EHPAD) comment il s'appelle Esclios je sais pas si tu as vu. C'est un autre logiciel. L'ennui c'est que ce sont des logiciels différents dans des EHPAD différentes.

Chercheur : Vous avez accès depuis votre ordinateur à... du cabinet ?

M9 : Non.

Chercheur : Donc vous ne pouvez pas faire de prescription quand on vous appelle si l'infirmière vous appelle pour quelque chose d'urgent c'est une prescription qui est orale, ce n'est pas une prescription que vous faites...

M9 : Si je la fais mais avec mon dossier que j'ai moi sur Shaman (logiciel du cabinet) ici.

Chercheur : D'accord et vous leur faxez ?

M9 : Et je leur faxe, ouais. Alors ça c'est dommage parce que je vois au (foyer pour handicapés) alors c'est parce que je suis médecin coordonnateur mais c'est peut-être valable aussi pour les médecins traitants, donc ça c'est pour (nom du foyer) c'est le foyer handicapés mentaux vieillissants donc c'est l'EHPAD en fait pour personnes handicapées mentales. Euh, là moi j'ai accès en ligne au logiciel donc s'il y a besoin je peux regarder le dossier j'ai pas doubles dossiers, donc les dossiers ils manquent plein de choses ceux des EHPAD. Parce que je remplis plutôt à l'EHPAD plutôt que le mien. De toute façon quand il y a deux supports, il y a deux erreurs quoi. C'est sûr **rires**. Ça c'est pas pratique.

Chercheur : Est-ce que vous avez une situation récente de prescription antibiotique en EHPAD ?

M9 : Ben c'est quand je suis passée vendredi. Vendredi pour la patiente qui avait l'encombrement respiratoire. Elle n'avait pas de fièvre, elle avait une saturation à quatre-vingt-onze, le reste ça allait elle était très très encombrée avec du coup une grosse conjonctivite purulente aussi. J'ai mis de l'Amoxicilline, du kiné et voilà à suivre. Surveillance rapprochée.

Chercheur : Vous avez pas eu de nouvelles depuis ?

M9 : Non, c'est que vendredi.

Chercheur : Oui, oui. Hum, que pensez-vous des recommandations et ressources actuelles en antibiothérapie en EHPAD ? On en a parlé un petit peu en début.

M9 : Et ben, moi j'utilise Antibioclic ici, comment faire une idée de ce que je dois faire et les recommandations des antibiotiques en EHPAD je ne les ai pas lues.

Chercheur : Essentiellement Antibioclic ?

M9 : Et j'utilise les mêmes recommandations que pour les autres patients ici en fait.

Chercheur : Et alors, et alors quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ? Qu'est-ce que vous voyez ?

M9 : Ben qu'on ait une ressource comme Antibioclic, qu'on ait quelque chose pour lequel on sait qu'il y a une mise à jour. Et que on peut s'y fier.

Chercheur : Spécifique à la personne âgée ?

M9 : Oui ou alors le même Antibioclic mais avec, une référence personne âgée en EHPAD en plus, je sais pas, pour ne pas multiplier les supports non plus quoi.

Chercheur : Ok, et que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M9 : Ben c'est un gros souci.

Chercheur : Ça vous inquiète ?

M9 : Heu, oui. Effectivement c'est inquiétant. J'ai eu, j'ai toujours la bonne surprise de voir par les ROSP que j'ai une prescription antibiotique très très basse. Donc je fais comme, le mieux que je peux, et que j'ai surtout des prescriptions d'Amoxicilline. Enfin c'est vraiment... à priori je suis les recommandations. Mais mais malgré tout on n'est pas à l'abri des résistances.

Chercheur : Vous en avez des résistances, sur des ECBU ?

M9 : Oui oui ça arrive, mais plus sur des patients complexes très lourds qui sortent de l'hôpital. Après en EHPAD je sais pas. J'en ai eu aussi, parce que moi j'interviens aussi dans les foyers handicapés, heu en fait dans ces foyers c'est du handicap neurologique ou déficience mentale avec souvent de lourd traitement neuroleptique donc ils ont des problèmes de vessie qui se vident pas, les... qui sont infectées en permanence ou alors les sondes ou autres. Là, là on a des résistances. Donc là on ne traite plus on fait vraiment boire boire boire. On ne traite plus si il n'y a pas un critère de gravité autre que l'infection. Si il n'y a pas de symptôme quoi.

Chercheur : Et vous prenez des avis infectieux de temps en temps sur ces patients... ?

M9 : Pas beaucoup en fait... Je pense que je n'ai pas le réflexe.

Chercheur : Est-ce que vous voyez d'autres choses sur le sujet ?

M9 : Pour l'urinaire si, j'appelle des fois l'urologue qui me dit non non non, "traitez pas de toute façon il faudra le traiter tout le temps". Voilà l'urologue sinon, mais pas l'infectieux.

Chercheur : L'urologue parce qu'il y a des problèmes sous-jacents. Parce que ce sont des histoires de vessie neurologique ?

M9 : Ce sont des histoires de vessies qui... voilà.

Chercheur : D'accord, ok. Est-ce que vous voyez d'autres choses qu'on n'a pas évoquées sur le sujet de l'antibiothérapie en EHPAD ?

M9 : Alors après pour dire, aussi les urologues, en fait les hospitaliers se rendent pas compte des difficultés des fois. Le dernier urologue nous a dit de faire des sondages six fois par jour dans... et ben ce n'est pas possible (rires). Là c'était pas l'EHPAD, c'est l'EHPAD personnes dépendantes mentales, mais c'est sûr que ce serait super de faire ça mais ce n'est pas envisageable.

Chercheur : Envisageable sur le sur le plan humain ou sur le plan du personnel ?

M9 : Des deux, c'est-à-dire, d'abord la nuit il n'y a que des veilleurs qui ne sont pas du tout... ils peuvent être, faire du gardiennage d'usine le mois d'avant enfin ils ne sont pas médecin, ils ne sont pas infirmiers ne sont même pas aides-soignants.

Chercheur : Ils n'ont pas le droit de faire c'est geste là, ils ne savent pas les faire.

M9 : Et après handicap mental ... ce n'est pas possible de demander de faire six fois des... voilà, alors que quand on a quelqu'un qui a une sclérose en plaques à domicile là on peut le faire, même au même âge, quoi. Alors peut-être qu'à l'EHPAD c'est possible, je ne sais pas. Je n'ai jamais eu le cas.

Chercheur : Après souvent la nuit ce n'est pas forcément du personnel...

M9 : Oui c'est ça.

Chercheur : Je sais pas dans les EHPAD où vous allez ... Est-ce que c'est du personnel... ?

M9 : La nuit, non non, parce-que des fois j'y vais tard et y a les dames qui sont là c'est des dames qui sont veilles de nuit.

Chercheur : Il n'y a pas d'infirmières ?

M9 : Peut-être aide-soignante je sais pas.

Chercheur : Elles n'ont pas pareil l'autorisation de faire des gestes....

M9 : Des gestes oui.

Chercheur : D'accord est-ce que vous voyez d'autres choses que l'on n'aurait pas abordées ? Sur l'antibiothérapie et EHPAD ?

M9 : Après, euh je voyais c'est bien qu'elle ait un petit, à l'EHPAD par exemple à (nom d'EHPAD), ça marche avec le logiciel, elles reçoivent directement une fois qu'on tape le traitement, elles reçoivent comment dire ça va directement à la pharmacie. Alors ça c'est quand on le fait sur le logiciel, là-bas. Euh, mais sinon elles, elles vont faxer. Moi j'ai tiré mon ordonnance elles ont quand même appelé pour l'urgence, ils ont qu'à appeler la pharmacie en disant on vous fait tout de suite une ordonnance pour madame un tel.

Chercheur : Et elles ont les traitements rapidement ?

M9 : Elles ont les traitements manifestement ça a l'air de pouvoir être rapide. (Nom d'EHPAD) quand il y a besoin soit c'est d'ici (cabinet) et je faxe une ordonnance soit c'est là-bas et elle faxe aussi, elle faxe à la pharmacie parce que la pharmacie est à deux minutes à pied ils apportent assez facilement aussi. Après (Nom du foyer) c'est plus compliqué parce qu'on est à la (nom de ville), donc là c'est EHPAD personnes âgées handicapées mentales. Elles...le... les médicaments sont préparés par les petits sachets par robots et ils livrent, ils peuvent livrer deux fois dans la semaine, entre deux il faut qu'il y ait quelqu'un qui aille à la pharmacie de (nom de ville), qui se déplace et qu'ils aillent chercher le traitement donc on essaie d'avoir une petite pharmacie de dépannage pour les infections urinaires les infections pulmonaires le truc courant quoi.

Chercheur : Et pour les prises de sang comment ça se passe si en urgence vous les avez tous les jours ?

M9 : Oui oui ah oui je sais pas trop comment, ben ça je sais pas comment ils font avec les labos ça dépend des labos je sais que les samedis ils ne font plus trop de choses. Euh bon sinon globalement, je pense que c'est elles qui piquent, des fois c'est le labo qui vient prélever, moi je prescris je sais pas trop après comment ça se fait en pratique. Après je sais qu'il y a des fois on m'a dit le labo il vient tel jour donc pour le bilan ce ne serait pas le mardi mais le mercredi, donc voilà. Et je sais pas si elles le font, elles peuvent le porter, le labo il est aussi au coin de la rue. Donc c'est facile.

Chercheur : En tout cas vous n'avez jamais été gênée sur des... pour prendre une décision si vous demandez une prise de sang on vous a jamais répondu « on la fait dans 3 jours » ?

M9 : Non non je n'ai pas trop de soucis avec ça. Et après dans l'urgence quand même nous on a des planning archi rempli pour la journée ça va être vite SOS médecin qui va être appelé. Des fois ils me contactent même pas.

Chercheur : Ils appellent directement SOS parce qu'ils savent que vous êtes...

M9 : Voilà que, après c'est à nous de dire que faut nous appeler quand même, il faudrait qu'on repose bien notre fonctionnement. Mais moi souvent ça m'arrange. Des fois j'y vais à vingt et une heure à l'EHPAD il n'y a plus personne, ça colle pas quoi avec les besoins.

Chercheur : D'accord, est-ce que vous voyez d'autres choses encore ?

M9 : Ben non en gros c'est ça, après il y a la grippe ça rentre aussi dans le cadre.

Chercheur : Ça peut rentrer dedans oui.

M9 : Parce que là on est en plein dedans donc la grippe ben moi je n'ai pas eu de grippé, au (foyer handicapé) on a eu deux grippés et on les a bien bien vaccinés. Donc ça s'est fait sauf là aux (foyer handicapé), pour cinquante résidents il y en a deux ou trois qui n'ont pas voulu, donc ça va. Il y a eu deux gripes pas trop sévères. Et dans les autres EHPAD il a eu des cas de grippe, ce n'était pas mes résidents à moi mais ils ont eu des cas de grippe. A nom d'EHPAD, le médecin coordonnateur a pris la décision de mettre tout le monde sous Tamiflu® en préventif. Là aussi c'est... parce que moi qui lis Prescrire je mets pas le

Tamiflu® parce qu'il y a aussi des effets indésirables qui peuvent être embêtants donc faudrait des directives plus tranchées quoi pour voilà, parce que je le préconise pas.

Chercheur : En préventif ?

M9 : En préventif ni en curatif je ne le mets pratiquement jamais. Après à (nom d'EHPAD) je n'ai pas eu de cas de grippe, au moins pour les miens après pour les autres je ne sais pas ce qui s'est passé.

Chercheur : Ok ben très bien.

M9 : Voilà. Donc il y a la grippe, qu'est-ce qu'il peut il y avoir d'autres comme infections ? Les gastros, ça aussi ?

Chercheur : Oui

M9 : Ben dans tous ces structures il y a des protocoles.

Chercheur : C'est quoi ces protocoles ?

M9 : Et ben moi je l'ai fait pour (nom du foyer où est médecin coordonnateur) du coup c'est des directives aux infirmières tirées des directives de l'ARS pour les établissements, il y a les directives pour les EHPAD, c'est sur le site de l'ARS et il y a les directives pour les centres handicapés, les foyers d'accueil médicalisés où les autres centres handicapés et donc là le médecin coordonnateur fait une fiche pour du coup, pour les infirmières et du coup moi j'ai repris tout ce qu'ils nous demandaient. Dès le premier cas de grippe, on fait un prélèvement nasal, on demande au labo de faire un prélèvement nasal, un prélèvement rapide, pour nous dire si c'est vraiment la grippe. Là en fait on en fait deux, après on arrête on considère que les autres qui embraye c'est la même chose et à partir du moment où on a deux cas positifs on met toutes les mesures en place c'est-à-dire ils restent dans leur chambre pour ceux auquel on y arrive parce que c'est un peu difficile ils restent dans leur chambre devant la porte il y a de quoi nettoyer les mains des gants des masques et les directives à tout le personnel pour ne pas risquer de contaminer les autres, en passant d'une chambre à l'autre. Les directives sont valables aussi pour les personnes qui viennent visiter. Enfin voilà on met tout en place pour éviter que ça se diffuse partout et pour les gastros c'est pareil à part qu'il n'y a pas de prélèvement particulier. Mais on met aussi ça, isolement dans la chambre ils mangent dans leur chambre au lieu de manger au réfectoire donc ça c'est pour éviter que ça se propage.

Chercheur : Et vous n'avez pas de protocoles par exemple si fièvre si... avec des conduites à tenir... ?

M9 : Si si, ça fin moi je peux dire que là où je suis coordonnateur ils ont les protocoles fièvre ils ont le protocole grippe, gastro ils ont tous les protocoles d'urgence, protocole s'il y a la gale protocole voilà. Tout ce qui est courant quoi, et puis après ils doivent demander s'il y a un truc j'appelle le 15, ils ont une fiche aussi "que faire si on sait pas quoi faire" en fait ils doivent appeler le 15 assez facilement pour demander un avis.

Chercheur : Une régulation.

M9 : Voilà s'ils ne sont pas très sûrs, ça c'est pour où je suis coordonnatrice. Ils peuvent m'appeler moi et dans les autres structures les infirmières elles ont mon portable elles peuvent m'appeler. Si elles ont un doute.

Chercheur : D'accord

M9 : J'essaie de répondre au mieux.

Chercheur : Ok, et ben écoutez merci pour toutes ces informations.

M9 : Bon on a à peu près fait le tour.

Chercheur : On a fait le tour.

Entretien M10

Chercheur : Alors merci d'avoir accepté cet entretien, en quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter cet entretien ?

M10 : **Rires** Heu...parce que c'est une problématique compliquée. La limite entre est-ce qu'on met une antibiothérapie tout de suite, est-ce qu'on attend, surtout chez les personnes âgées en institution donc on est toujours dans le dilemme avec en plus parfois le forcing du personnel qui voudrait qu'on mette assez rapidement sous antibiotique.

Chercheur : Ouais. Combien de fois allez-vous en EHPAD ou combien de patients avez-vous ?

M10 : En EHPAD j'en ai pas beaucoup, je dois en avoir six. Et en EHPAD j'y vais à peu près une fois tous les trois mois. Sauf urgences où je repasse.

Chercheur : Ce sont donc des visites programmées à l'avance ?

M10 : Alors pour les renouvellements c'est programmé et puis de temps en temps je suis appelé parce qu'il y a un épisode infectieux intercurrent ou un problème cutané, un problème de comment... d'agressivité heu de trouble comportemental donc là je me déplace.

Chercheur : Et quand vous avez un appel d'une infirmière sur un sujet du coup infectieux comment le gérez-vous du coup ? Cet appel ?

M10 : D'abord je demande s'il a de la fièvre quels sont les signes cliniques et puis en fonction de ça je me déplace rapidement ou pas.

Chercheur : D'accord ok. Qu'est-ce qui va vous faire vous déplacer ou pas par exemple ?

M10 : Ben si il a de la fièvre, si il y a des troubles respiratoires si c'est une infection respiratoire si il a un trouble du comportement voilà si le patient a déjà des comorbidités aussi, suivant comment il est je vais me déplacer.

Chercheur : Du coup vous n'avez pas de créneau dans votre emploi du temps ? Si vous vous déplacez c'est sur votre temps personnel ?

M10 : Oui je me débrouille pour trouver du temps.

Chercheur : Pour trouver du temps.

M10 : J'ai un créneau de visite quand même que je fais le jeudi en général entre midi et deux donc quand je peux les caser là, je les case là sinon il m'est arrivé d'y aller le weekend si nécessaire.

Chercheur : Si nécessaire d'accord donc du coup la fréquence sur les trois derniers mois ? Est-ce que vous vous êtes déplacés plusieurs fois ?

M10 : Les trois derniers mois, je me suis déplacée à peu près cinq, six fois. Une dame qui avait un cancer du poumon en phase terminale avec justement des surinfections itératives

dont on traitait pour qu'elle soit confortable pas dans un... une guérison quoi que ce soit, pour qu'elle soit un peu plus confortable, donc là je me suis déplacée plusieurs fois.

Chercheur : Et les autres appels vous les gérer comment ? Est-ce que vous gérez des fois à distance ?

M10 : Oui des fois si c'est, je sais pas moi, si il y a une suspicion de... d'infection urinaire je vais demander aux infirmières de faire une ECBU, déjà attendre les résultats avant de traiter ou éventuellement proposer un traitement et puis ensuite attendre l'antibiogramme. Mais moi je mets assez peu d'antibiotiques en général.

Chercheur : Vous avez parlé de la pression du personnel soignant au départ sur les antibiotiques elle se manifeste comment ?

M10 : Elle se manifeste par une angoisse qui est comportementale et puis dite verbalement : "il est vraiment pas bien il faudrait peut-être quand même lui donner quelque chose. Vous êtes sûr qu'il faut attendre". 'Fin voilà quoi.

Chercheur : D'accord et à votre avis elles... elles ont peur de quoi quand elles font ça ?

M10 : Elles se retrouvent toutes seules. Elles sont toutes seules avec le patient moi je suis là à un instant T et puis elles, elles vont le gérer si il y a une aggravation à onze heure si personne au bout du fil c'est compliqué pour elles parce qu'il y a déjà pas de médecin dans l'EHPAD où je vais.

Chercheur : Pas de médecin coordonnateur ?

M10 : Pas de coordonnateur, donc elles sont toujours au bon vouloir des médecins qui viennent ou qui ne viennent pas.

Chercheur : Ouais, et vous savez s'il y a d'autres médecins qui passent parfois parce que vous pouvez pas ?

M10 : Oui alors pas tant que ça parce que je suis finalement souvent appelée pour mes patients...

Chercheur : Et vous vous déplacez à ce moment-là ?

M10 : Je me déplace à ce moment-là, c'est peut-être parce que je me déplace que les autres n'interviennent pas.

Chercheur : Du coup pour gérer les patients des...

M10 : Je devrais pas intervenir tiens. **rires**

Chercheur : Elle vous demande des fois pour d'autres patients qui sont pas les vôtres mais parce que vous êtes à l'EHPAD sur un sujet infectieux.

M10 : Si elles me demandaient, je leur répondrais mais je n'ai pas eu de demande.

Chercheur : D'accord est-ce que vous voyez des différences entre vos prescriptions à l'EHPAD et celles au cabinet concernant les antibiotiques ?

M10 : Non.

Chercheur : Vous allez prescrire la même chose en termes de molécule par exemple ?

M10 : Oh oui, non non, aucune différence ouais.

Chercheur : Et est-ce que la structure va jouer un rôle ? Le fait qu'il y ait des infirmières ? le fait que...

M10 : Par rapport au choix du traitement ?

Chercheur : Ouais.

M10 : Alors c'est clair que si par exemple je dois donner un traitement en injectable je vais moins hésiter de mettre en injectable à EHPAD que si j'avais quelqu'un au cabinet par exemple.

Chercheur : D'accord sur l'injectable.

M10 : Parce qu'il y a un personnel présent.

Chercheur : Ouai. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui pourraient... ?

M10 : La structure qui pourrait faire que je prescrirais différemment ?

Chercheur : Oui.

M10 : Alors, heu, en risque d'épidémie ?

Chercheur : Peu importe, oui pourquoi pas sur une épidémie, est-ce que le fait oui qu'ils soient en communauté ça va changer ?

M10 : Non en communauté je vais plutôt, veiller à ce que les vaccinations soient bien à jour mais en termes de traitement ça ne va rien changer.

Chercheur : Et donc le fait qu'il y ait des infirmières va changer sur la voie d'injection ?

M10 : Plutôt oui.

Chercheur : Est-ce que sur la surveillance ? Sur le fait de temporiser ? Est-ce qu'il y aura des changements ?

M10 : Ah bah oui de toute façon, forcément elles voient le patient donc régulièrement donc je sais pas, si il y a une plaie à vérifier, elles vont vérifier plus régulièrement que si c'était au cabinet. Donc là c'est sûr que c'est plus facile, c'est plus rassurant.

Chercheur : Et vous avez un lien de confiance avec les infirmières ?

M10 : Ah oui, non non je n'ai aucune raison de ne pas avoir confiance en elles. **Rires**

Chercheur : Généralement quand elle vous dit ce patient-là, il faudrait prescrire vous tenez compte ?

M10 : Elles sont à côté des patients tout le temps, elles les voient tout le temps donc elles sont plus à même d'observer s'il y a une modification x ou y, non non, je leur fais entièrement confiance.

Chercheur : D'accord.

M10 : Mais par contre si je pense qu'une antibiothérapie n'est pas nécessaire immédiatement, je ne la prescris pas immédiatement.

Chercheur : D'accord.

M10 : Ou alors si on est proche d'un weekend, je vais la prescrire en précisant bien que ce n'est à donner que dans certaines conditions pour qu'elle n'est pas... elles ne se retrouvent pas tout seule à nouveau.

Chercheur : Donc ça, ça vous arrive du coup de faire des prescriptions anticipées ?

M10 : Oui oui, bien sûr.

Chercheur : Et elle vous rappelle le lundi pour vous dire qu'elles ont donné la prescription, pas forcément ?

M10 : Euh, on se contacte par mail donc sauf si c'est nécessaire elles m'appellent mais sinon c'est par mail que...ça marche bien elles m'envoient les photos. C'est super hein.

Chercheur : Vous avez accès au dossier des patients de l'EHPAD sur votre ordinateur ?

M10 : Oui, je sais pas bien faire.

Chercheur : Vous avez du coup des codes sur ? Vous pouvez faire des prescriptions...

M10 : Oui je peux faire des prescriptions sauf que ...

Chercheur : De l'ordinateur du cabinet ?

M10 : Sauf que leur truc est tellement long et insupportable que mes prescriptions je leur scanne et je les envoie parce que sinon sur le dossier ça prend... Simplement quand je suis là-bas d'ouvrir le dossier ça me prend ouais dix minutes, un quart d'heure pour arriver à tout mettre en place avec leur système, c'est mal foutu donc.

Chercheur : D'accord et comment vous examinez le patient dépendant est-ce que... en pratique un petit peu comment vous faites ?

M10 : J'essaie de faire comme je peux c'est-à-dire que parfois ce n'est pas évident d'arriver à les déshabiller comme il faut. C'est un petit peu compliqué parce que... ils sont effrayés d'abord qu'ils comprennent que je suis un médecin *rires* et c'est pas comme... comme au cabinet où on a quelqu'un de coopérant qui va se mettre en slip et puis qu'on va pouvoir examiner parfaitement. Là parfois on va être un peu obligé de soulever, de regarder en dessous voilà quoi.

Chercheur : Vous avez de l'aide quand vous allez à l'EHPAD?

M10 : Alors quand j'ai besoin les infirmières sont là, elles vont m'aider.

Chercheur : Elles ne viennent pas systématiquement avec vous ?

M10 : Non ah parfois ça dépend ce n'est pas systématique.

Chercheur : D'accord et avec le patient dément est-ce qu'il y a une autre approche ?

M10 : Ben ... Ah oui alors j'ai répondu pour le dément là , donc alors c'est plutôt... j'ai répondu pour le dément avant, donc pour le dépendant, j'aurai l'infirmière et on va essayer à de, de faire ce qu'on peut comme on peut, c'est-à-dire pas les déshabiller entièrement mais en tous les cas faire partie par partie, soulever le haut, remettre, soulever le bas, remettre. Le tourner.

Chercheur : Du coup il y a un doute qui s'installe parce qu'on a un examen clinique qui n'est pas...

M10 : Ben oui.

Chercheur : Et du coup comment vous le gérez ce doute ?

M10 : Ben je fais confiance aux infirmières qui me diront s'il y a quelque chose qui se modifie, qui s'aggrave. C'est vraiment une collaboration entre les deux. Toute façon on ne peut pas travailler tout seul.

Chercheur : Vous faites des examens complémentaires chez les patients en EHPAD ?

M10 : Oui j'en fais, pas systématiquement, mais oui j'en fais bien sûr je fais quand même une creat, au moins une creat par an. (Rires)

Chercheur : Et sur un épisode du coup infectieux est-ce que vous allez... par exemple pulmonaire est-ce que vous allez envoyer faire une radio ?

M10 : Alors oui, si c'est nécessaire je vais faire une radio oui bien sûr, il y a aucun problème c'est facile à organiser, radio prise de sang, il y a pas de souci.

Chercheur : Ça il y a pas de souci au niveau de la logistique ?

M10 : C'est facile. Oui, rapide oui.

Chercheur : C'est facile à organiser ?

M10 : Oui, on appelle et on a des rendez-vous rapides oui.

Chercheur : Et sur la prise de sang...

M10 : C'est le laboratoire qui est juste à côté donc, c'est pas compliqué l'infirmière fait le prélèvement, on l'envoie à côté.

Chercheur : Ça part dans la journée ? Ou ç'est fait que le lendemain ?

M10 : Dans la journée, ça part dans la journée.

Chercheur : Ok.

M10 : Tout dépend si c'est demandé le soir, évidemment ça va pas partir mais sinon ça part dans la journée.

Chercheur : Oui bien sûr, mais sinon ça part dans la journée ? Ok donc on disait ça... quand vous avez un doute vous allez quand même plus sur des examens complémentaires ? Ou alors un doute...c'est une prescription ?

M10 : Ça dépend du niveau du doute. **Rires** Si j'ai besoin pour la prescription d'un examen complémentaire je ne vais pas hésiter à le faire.

Chercheur : D'accord là, il n'y a pas d'hésitation.

M10 : Par contre si je pense que l'examen complémentaire n'est pas nécessaire je vais plutôt rester sur la clinique.

Chercheur : Mais d'accord du coup, il n'y a pas d'hésitation si besoin, votre patient a les examens comme... comme vous feriez au cabinet. Est-ce que vous avez un exemple d'une situation récente où vous avez prescrit des antibiotiques en EHPAD ?

M10 : Oui ben c'est ma patiente qu'il faisait une surinfection bronchique sur un cancer du poumon.

Chercheur : Ouais ok, et du coup vous vous souvenez un petit peu des signes qu'elle avait ? Un petit peu de la situation ?

M10 : Elle avait de la fièvre, elle avait une auscultation qui n'était pas très bonne avec une matité à gauche ou à droite je sais plus, des ronchis d'une base et donc je n'ai pas demandé de radio parce que de toute façon elle était connue pour faire des infections à répétition. En plus il y avait un petit peu d'OAP en même temps associé, donc je l'ai mis sous Augmentin qu'elle supporte, elle est très costaud cette dame. Qu'elle a bien supporté, qui l'a amélioré qui a permis ensuite... Elle est décédée là depuis, mais pas à cause de ça mais voilà d'être plus confortable et d'être bien.

Chercheur : Les infections pulmonaires elle en avait fait... ?

M10 : Pas tant que ça paradoxalement, pour quelqu'un qui avait un cancer du poumon elle en avait pas fait de façon très répétitive. Elle en a fait, la dernière qui était assez importante.

Chercheur : Donc vous n'avez pas été gêné sur le choix des antibiotiques ?

M10 : Non non il n'y avait pas d'histoire de résistance, ou quoi que ce soit non. C'était assez simple.

Chercheur : On parle de résistances, vous en avez déjà eu en EHPAD ? Des patients qui ont des examens des ECBU...

M10 : Oui oui il y en a qui ont des ECBU compliqués à gérer avec des résistances.

Chercheur : Comment vous faites dans ces cas-là ?

M10 : Antibiogramme et puis si c'est un, c'est une... on n'a pas d'autre choix qu'un traitement hospitalier, j'hospitalise. Ben j'ai pas le choix... délivrance hospitalière donc.

Chercheur : C'est assez simple à gérer ?

M10 : C'est les infirmières, je ne suis pas sûre que ce soit très simple à gérer mais ce n'est pas moi qui le fait. Donc pour moi c'est simple. **Rires**

Chercheur : Qu'est-ce que vous pensez des ressources et recommandations actuelles concernant l'antibiothérapie en EHPAD ? Est-ce que vous vous aidez de ... ?

M10 : Alors moi je m'aide tout bêtement d'Antibiocliv, qui me va très bien, et j'ai pas été confrontée à des situations très complexes pour l'instant en EHPAD. Donc Antibiocliv, enfin voilà. Je fais référence, ça me va. Par contre je n'ai pas regardé spécifiquement si y avait un Antibiocliv en EHPAD.

Chercheur : D'accord.

M10 : Ça existe ça ?

Chercheur : Non ça n'existe pas. **Rires**

M10 : Ah c'est à créer. **Rires**

Chercheur : Hum, on a parlé du coup du lien avec la... les infirmières, est ce qu'il y a un lien avec la famille ? Chez ces patients ?

M10 : Chez les patients qui sont en EHPAD, ou la famille des patients et moi ?

Chercheur : Entre la famille des patients et vous.

M10 : Oui.

Chercheur : Sur par exemple des ... un côté infectieux, comment vous allez le gérer ? Par exemple pour cette dame ?

M10 : Alors par exemple, alors pour cette dame, à partir du moment où elle a commencé à avoir des signes de plus en plus important de baisse de l'état général, de fatigue, elle avait aussi des œdèmes enfin bref insuffisance cardiaque. Heu...on a organisé avec la famille des directives anticipées pour savoir ce qu'on faisait par rapport à cette dame. Et donc il y avait des échanges réguliers alors j'ai vu une fois la famille ici et puis après on s'est entretenus par téléphone.

Chercheur : Et concernant les antibiotiques, du coup les directives anticipées, c'était ... vous les avez consultés ?

M10 : Oui oui bien sûr on en a parlé. On s'était mis d'accord pour ne donner que des traitements qui puissent l'améliorer sur le plan des symptômes. Donc l'antibiothérapie faisait partie de ces traitements-là si ... pour améliorer ses symptômes. Sans acharnement bien entendu.

Chercheur : Est ce qu'il y a d'autres liens, est ce que vous avez avec d'autres familles des liens quand vous avez des questions sur heu...

M10 : Alors on se téléphone souvent ou alors ils viennent prendre RDV et on se voit ici.

Chercheur : Il n'y a pas de pression particulière dans les épisodes infectieux chez les patients en EHPAD ? La famille ne va pas vous solliciter ?

M10 : Là non. Dans ceux que j'ai vu, je n'ai pas eu ça à gérer.

Chercheur : D'accord. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ?

M10 : Ben d'avoir un Antibiocliv EHPAD, ça pourrait être pas mal ça et puis peut être , alors heu quand je suis coincée si j'ai une question à poser, je vais me tourner vers des gens qui ont l'expérience des patients en EHPAD , je vais me tourner vers le (nom d'un médecin généraliste/gériatre) si j'ai besoin d'un conseil ou d'une aide par rapport à un suivi. Mais j'ai la chance d'avoir quelqu'un localement qui soit quelqu'un d'expérience. Donc c'est vrai, c'est bien d'avoir quelqu'un d'expérience, donc ça c'est bien, et puis après sinon , des formations peut être sur... spécifiques si c'était nécessaire . Mais bon en même temps les EHPAD devraient tous avoir un médecin coordonnateur donc on se trouve à pallier le manque de médecin coordonnateur et de faire quelque chose de spécifique pour lequel on n'est pas forcément adaptés ou on ne répond pas forcément de la bonne manière. J'en sais rien. On fait comme on peut.

Chercheur : Et le fait qu'il manque de médecin coordonnateur dans l'EHPAD où vous allez, est-ce que vous voyez d'autres choses, vraiment pratiques qui sont pas forcément mises en place et qui vous gênent dans votre pratique ?

M10 : Ben c'est à dire ce qui me gêne dans ma pratique c'est qu'ils vont m'appeler pour pas grand-chose alors que si il y avait un médecin sur place c'est déjà un, beaucoup plus rassurant et deux, on aurait quelqu'un qui serait capable de répondre tout de suite à une question et puis on irait que ça...

Chercheur : Donc ça motive un peu plus vos déplacements le fait qu'il n'y ait pas de médecin coordonnateur ? Et y a des protocoles du coup qui sont faits ? Est-ce que les infirmières ont ?

M10 : Alors, il y avait des protocoles, il y a des protocoles...

Chercheur : Dans le cadre infectieux, dans le cadre épidémique ?

M10 : Dans le cadre épidémique, oui, il y a un protocole mais je ne l'ai jamais vu.

Chercheur : Ouais. Vous ne savez pas si il est forcément appliqué ?

M10 : Je sais pas, je me suis pas vraiment posée la question. Je reste vraiment centrée sur mes patients et pas sur l'organisation de l'EHPAD. C'est une bonne question.

Chercheur : Les infirmières quand elles vous appellent, elles vous disent pas "J'ai fait ce protocole de prendre par exemple ".

M10 : Non.

Chercheur : Par exemple la bandelette urinaire, c'est vous qui la demandez.

M10 : Oui.

Chercheur : Elle va pas vous dire " j'ai fait ci j'ai fait ça ".

M10 : Non effectivement c'est une bonne...

Chercheur : Donc à priori pas de protocole dans l'EHPAD.

M10 : Je leur poserai la question la prochaine fois, c'est intéressant.

Chercheur : Donc pas de soucis vraiment de logistique quand vous demandez quelque chose en tout cas, sur la biologie, la radio, ça y a pas de souci ça se ...ça se gère.

M10 : Non non.

Chercheur : Et que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M10 : Ça me fout la trouille. **Rires**

Chercheur : Ouais ça vous fout la trouille...

M10 : Heu...oui oui moi je suis... j'ai tellement la trouille de ça que finalement, je vois, je prescris... par rapport à mes collègues, mon profil est vraiment très bas en antibiotique. Peut être parfois je dois ... c'est eux qui prescrivent après parce que j'en ai pas mis suffisamment tôt je pense, mais moi j'en prescris très très peu.

Chercheur : Et même en EHPAD vous avez tendance à attendre ?

M10 : J'en prescris un peu plus en EHPAD parce que mon expérience fait que si, si on attend trop de toute façon, on va se retrouver avec des surinfections sur ...chez ces personnes âgées. Donc chez les personnes âgées maintenant je prescris plus facilement l'antibiothérapie.

M10 : Et ça du fait de votre expérience d'avoir temporisé et d'avoir eu des patients avec des dégradations ?

Chercheur : Plutôt dû à ça.

M10 : D'accord ok.

Chercheur : Est-ce que vous pensez que le médecin généraliste à un rôle ?

M10 : Il a un rôle central le médecin généraliste, c'est bien connu. Heu, il a un rôle dans l'antibiorésistance ?

Chercheur : Oui.

M10 : Alors, les vieux oui, les anciens oui ça c'est clair. Quand je vois, il suffit de voir la patientèle de gens qui ont soixante, soixante-dix ans là et qui systématiquement pour un rhume demande un antibiotique. Dans ma patientèle y a beaucoup de gens du Maghreb, ils veulent tous partir avec un antibiotique, donc ça c'est non. Mais c'était probablement fait avant, et donc les mentalités sont difficiles à changer. Les jeunes, ils sont biens, les jeunes parents, j'ai été en garde l'autre jour, y a une maman qui m'a dit " ouf vous ne mettez pas d'antibiotique". **Rires**. J'ai trouvé génial. Voilà oui oui on a... on a... on a sûrement eu un rôle important dans l'antibiorésistance. Mais je pense que...

Chercheur : Mais en tout cas les mentalités changent ?

M10 : Les mentalités changent ça c'est sûr.

Chercheur : D'accord, ok. Est-ce que vous voyez d'autres choses à... à ajouter sur le thème des antibiotique en EHPAD ?

M10 : Le thème c'était les antibiotiques en EHPAD ?

Chercheur : Ouais.

M10 : Heu...

Chercheur : Est-ce que vous avez d'autres situations...

M10 : Est que... est-ce qu'en EHPAD il ne faudrait pas de temps en temps comme on pourrait faire pour... Est ce qu'en EHPAD il y a des vérifications au niveau des lavabos et cetera au niveau de l'hygiène.

Chercheur : Au niveau de l'hygiène ?

M10 : Au niveau de l'hygiène.

Chercheur : Je ne sais pas.

M10 : Parce que ça, ça serait intéressant de vérifier qu'on n'ait pas des bactéries... **Rires**

Chercheur : Oui.

M10 : ...en culture.

Chercheur : Comment est gérée l'hygiène dans un EHPAD ?

M10 : Pas comment est gérée mais surtout comment on valide que l'hygiène... on est cohérent au niveau de l'hygiène ?

Chercheur : Ouais.

M10 : Et donc ça, et en fonction de ça, si ça sélectionne, si y a quelques germes, c'est intéressant de le savoir.

Chercheur : De le savoir. Ouais.

M10 : Donc ça, ça serait intéressant d'avoir en tout cas les informations.

Chercheur : Ouais.

M10 : Et puis je pense aussi ce qui serait intéressant, comme nous... on ...les patients, nos patients, on ne voit pas les patients de l'ensemble de l'établissement, si par exemple y en ait un qui est très résistant à plein de trucs ce serait peut-être intéressant de le savoir. Heu...

Chercheur : Ouais. Pour faire des isolements ?

M10 : Pour faire des isolements

Chercheur : Ouais.

M10 : Mais ça, on ne le sait pas. **Rires**

Chercheur : Et finalement qui gère ça ?

M10 : Qui gère ça ?

Chercheur : Ouais.

M10 : Fin voilà, ce que ça m'évoque.

Chercheur : Ok. Est ce qu'il y a d'autres choses ?

M10 : Non.

Chercheur : Et bien écoutez, merci.

M10 : Parfait.

Entretien M11

Chercheur : Donc on parle de l'antibiothérapie en EHPAD, est-ce que vous pouvez me dire combien de patients vous avez en EHPAD ?

M11 : Alors, j'en n'ai pas beaucoup, j'en ai 4.

Chercheur : 4 patients. Dans le même EHPAD ?

M11 : Oui.

Chercheur : Est-ce que, je vous ai pas demandé si vous aviez des DU, des formations particulières ?

M11 : Par rapport à la gériatrie ?

Chercheur : Non en général.

M11 : Non pas de DU.

Chercheur : Est-ce que vous avez une activité salariée en plus de l'activité libérale ?

M11 : Non.

Chercheur : Euh, vous êtes maître de stage universitaire ?

M11 : Oui

Chercheur : Ok. Donc vous avez 4 patients en EHPAD, hum, comment vous organisez vos visites ?

M11 : On programme des visites de renouvellement pour les regrouper, donc en gros tous les 3 mois, puis après on intervient bah en fonction un peu des besoins, le, sur appel surtout de l'EHPAD, le, c'est rare que ce soit l'appel des familles ou des patients, c'est plutôt l'appel de l'infirmière d'EHPAD.

Chercheur : Donc les renouvellements, vous faites grouper pour les 4 patients tous les 3 mois ?

M11 : Ouais c'est ça.

Chercheur : Et hum... Qu'est-ce que vous pouvez avoir comme type d'appel qui peut vous amener à y aller plus souvent ?

M11 : Bah c'est dès, dès qu'il y a une pathologie aiguë, une histoire, une suspicion d'infection, une histoire de trouble, d'altération de l'état général, une histoire de chute, toutes les pathologies aiguës qu'on peut imaginer quoi.

Chercheur : Et quand vous êtes appelé, hum, dans quel délai vous arrivez à vous rendre à l'EHPAD ?

M11 : Alors c'est ça qu'est compliqué avec la conjoncture actuelle, mais euh, c'est rare qu'on se déplace dans la journée, donc après en fonction du motif, si il y a un motif vraiment aigu

on va essayer d'organiser la visite dans les quelques jours, pour pouvoir évaluer sur place quoi, mais c'est rare qu'on arrive sur la journée même parce que le planning est déjà surchargé, donc si vraiment il y a un degré d'urgence immédiate on peut donner la consigne d'aller vers les urgences, ce qui en pratique arrive très rarement de toute façon.

Chercheur : Et hum, vous m'aviez dit dans les appels pour des problèmes aigus, l'infectio, qu'est-ce que ça peut être comme type d'appel ?

M11 : Alors soit le motif de fièvre, voilà, avec un point d'appel ou pas, point d'appel respiratoire qu'est assez facile à détecter pour l'infirmière d'EHPAD, après on peut avoir une fièvre isolée sans point d'appel, ce qui dans le contexte de la gériatrie fait vite suspecter une infection urinaire, le, et puis parfois il y a même pas de fièvre mais ça peut être sur une altération de l'état général ou un épisode de confusion qui fait rechercher une cause aigue, dans lesquelles il va y avoir l'infection, en particulier chez les patients qui ont déjà eu des épisodes antérieurs similaires, patiente qu'avait eu un problème de confusion, et finalement il y avait une infection urinaire, le traitement fait régresser le syndrome confusionnel, donc quand ça se reproduit bah on est un peu plus vigilant et on est déjà alerté un peu par ça quoi. Voilà c'est un petit peu, c'est un peu ça quoi. Éventuellement des urines malodorantes des choses comme ça ça peut arriver aussi. Des perturbations du transit. Voilà sur tout ce qui est infectieux c'est surtout ces choses-là quoi.

Chercheur : Donc on peut vous appelez pour une, par exemple on vous appelle pour une confusion, hum, vous pouvez pas vous y rendre tout de suite, vous y aller 2-3 jours plus tard en fonction de vos disponibilités, qu'est ce que vous dites à l'infirmière en attendant ? Est-ce qu'elle a déjà des choses à faire, est-ce qu'elle attend que vous arriviez ... ?

M11 : Le, on va déjà essayer d'évaluer un peu, de rechercher un point d'appel déjà en discutant avec l'infirmière. Tu veux dire dans le cas de figure où on n'a vraiment pas de point d'appel ? Et que il y a vraiment que la confusion ?

Chercheur : Oui donc on vous appelle pour une confusion, vous discutez par téléphone, pas forcément de point d'appel, est ce que je sais pas vous lancez des examens complémentaires ?

M11 : Si, si il y a pas de contexte de fièvre, si c'est des signes d'installation un peu progressive, au maximum j'essaierai de ne rien lancer avant d'examiner le patient, pour vraiment rechercher des points d'appels. Après ça peut arriver, si vraiment il y a eu un épisode similaire, avec ce que je disais tout à l'heure une histoire d'infection urinaire où il y avait pas de point d'appel et qui avait vraiment régressée après le traitement ça peut arriver de lancer un ECBU, mais c'est assez rare comme situation, au maximum j'essaierai de, d'évaluer d'abord avant de lancer quoique ce soit.

Chercheur : Hum, pour revenir un peu sur les antibiotiques en EHPAD, qu'est-ce que vous voyez comme différences entre vos prescriptions antibiotiques à l'EHPAD, et au cabinet, quelles sont les différences ?

M11 : Alors différences... en point positif à l'EHPAD, c'est qu'on a une surveillance par des, par l'équipe infirmière de l'EHPAD, donc ça c'est intéressant ça permet de, parfois d'avoir des données un peu plus objectives, que ce soit sur la chronologie des signes, sur la fièvre, sur l'aspect des urines, donc c'est plutôt intéressant. Le gros point négatif, c'est que moi en

l'occurrence les 4 patients c'est des patients avec des démences évoluées, donc les signes fonctionnels... tu demandais au niveau urinaire ou général infectieux ?

Chercheur : Euh, la question que je venais de poser ?

M11 : Oui.

Chercheur : C'était les différences de prescriptions antibiotiques entre l'EHPAD et le cabinet. Vous parliez de la surveillance IDE.

M11 : Donc sur, inconvenient c'est que moi en l'occurrence les 4 patients sont en démences évoluées, donc c'est sûr que sur l'interrogatoire les données sont très pauvres, et donc pour peu qu'il y ait pas de signe observable évident, ça complique la démarche. Si on a un point d'appel respiratoire bon bah ça même sans l'interrogatoire on va réussir à avoir des données, si c'est digestif globalement on peut assez vite avoir des données s'il y a des troubles du transit, mais sinon on en n'aura pas forcément. Et je pense notamment sur des infections urinaires par exemple, et avec la grosse difficulté, portage urinaire versus réelle infection urinaire, donc ça c'est une difficulté, mais qu'est plus liée à la démence évoluée du patient que à l'environnement de l'EHPAD, puisque l'environnement de l'EHPAD finalement est plutôt favorable à ça. Voilà. Après le, sur des examens qu'on pourrait faire, alors si on a besoin de prise de sang, bah il y a pas vraiment de différence puisque c'est très simple en EHPAD, si on a besoin d'analyse d'urine, ce sera largement faisable en EHPAD donc là il y a pas de grande différence, là où ça sera plus compliqué c'est si on a des signes de gravité, ou si on n'a pas de point d'appel et que se pose la question d'une hospitalisation bah la ça peut compliquer un peu les choses chez des patients qui sont pas du tout autonome, et de savoir jusqu'où on peut aller dans le cadre de l'EHPAD quoi. Voilà c'est surtout ça je dirais. Est-ce que d'autre différences... on va tenir compte aussi de, sur le fait d'être sur des terrains fragiles parce que c'est des patients en général très âgés, polypathologiques en général, et comme on est dans une institution, possibilité d'avoir des germes plus résistants éventuellement, donc il faut je pense l'avoir en tête pour parfois adapter le choix d'un antibiotique si besoin. Voilà c'est un peu les différences que je vois.

Chercheur : Euh, vous avez dit plusieurs choses intéressantes, vous avez parlé à l'instant de résistance, vous en avez dans vos patients actuels ou vous l'avez déjà vécu ?

M11 : À l'EHPAD ? À l'EHPAD en l'occurrence non là, depuis quelques années j'ai pas trop ce problème-là.

Chercheur : Et vous avez parlé de de de, de portage urinaire, puisqu'on le sait on peut avoir des portages urinaires sans vraiment avoir une infection urinaire, comment vous faites pour discriminer justement chez vos patients déments, qui peuvent pas dire si ils ont des symptômes, qu'est-ce qui vous oriente ?

M11 : Ça c'est une vraie difficulté hein. C'est pour ça que sur des symptômes vraiment modérés, je demande pas rapidement de faire une analyse d'urine puisqu'il y a de grandes chances qu'on est un portage de toute façon, donc je préfère dans la mesure du possible vraiment évaluer le patient d'abord. Après si, comme on disait tout à l'heure si il y a notamment une histoire de confusion inexpliquée, on sait que oui une infection urinaire peut se manifester que par un problème de confusion de la même façon qu'un fécalome, de la

même façon qu'un sous dural suite à une chute qu'est passée, qu'est survenue plusieurs semaines avant, donc ça fait partie des choses quand même qu'on évoque, donc si vraiment il y a pas de point d'appel, ça peut arriver d'arriver à faire un ECBU, et puis si vraiment on n'a pas de point d'appel, on peut être amené à traiter ce résultat d'ECBU, sans être certain qu'il soit responsable des symptômes, et puis après bah en évaluant l'évolution clinique après le traitement, c'est comme ça qu'effectivement il y a une des patientes ou clairement c'est le cas. Les 2-3 épisodes depuis 6-7 ans où il y a eu des épisodes de confusion et où il y a pas de point d'appel, il y a eu un traitement antibiotique suite à un ECBU positif, avec régression rapide des signes de confusion, donc voilà c'était le seul point d'appel effectivement. Mais, mais je me méfie beaucoup c'est sûr des prescriptions d'ECBU et puis une fois qu'il est fait de savoir que l'interprétation est compliquée.

Chercheur : Donc vous avez une patiente chez qui vous avez ce recul a posteriori de voir que les antibiotiques fonctionnent sur sa confusion.

M11 : Voilà elle a eu 2-3 épisodes sur 5-6 ans où effectivement c'est comme ça que ça s'est passé.

Chercheur : Vous vous rappelez le germe ?

M11 : Euh...

Chercheur : C'est peut-être un peu compliqué ?

M11 : Je vais te dire **cherche sur ordinateur**

Chercheur : Ouais je veux bien.

M11 : Je vais chercher le dossier papier. **part chercher le dossier**

Chercheur : Ouais merci beaucoup.

M11 : **cherche sur le dossier papier** C'est celui-là. Et puis le deuxième est là.

Chercheur : Je vois que vous êtes en train de regarder sur des notes papiers, dans l'EHPAD ou vous allez il y a pas de logiciel ?

M11 : On a, alors on va avoir 3 supports différents, notre dossier informatique du cabinet, le, notre dossier papier sur lequel on a tout les, on imprime les différents compte rendus, biologies et où on a les, nos observ' de visite, et il y a le logiciel de l'EHPAD où on note nos comptes rendus de visite à chaque fois qu'on y va.

Chercheur : Vous notez et sur l'ordinateur et le dossier papier.

M11 : Sur l'ordinateur ça va être juste les bio et les comptes rendus d'hospitalisation et de biologie, nos observ' vont être que en papier quoi. Alors elle... Voilà donc au niveau de cette patiente là on retrouve en juin 2014 un ECBU positif à Escherichia Coli, alors qu'avait déjà un niveau de résistance, c'était il y a 5 ans, je l'avais pas en tête. Mais qu'était quand même résistant à des quinolones, résistant ofloxacin, norfloxacin, ciprofloxacine et qui par compte était sensible, qu'était sensible à de l'Augmentin®, l'Oroken®, à la Furadantine®, à du Bactrim®. Et à l'époque il y avait eu un traitement par Oroken® en sachant qu'il y avait aussi des troubles du transit, et du coup ouais j'avais choisi de l'Oroken®. Voilà. Et donc

rapidement les signes de confusion s'étaient améliorés, et ça c'était reproduit 9 mois plus tard ou là on avait un ECBU qu'était positif à Escherichia coli avec des leuco, et on avait à peu près le même profil, avec toujours résistant aux quinolones et devenu résistant au Bactrim entre temps. Et comme il y a eu une évolution favorable 7 mois avant, j'avais remis le même antibiotique. On parle d'une dame qui a plus de 90 ans. Depuis je sais pas si ça s'est reproduit **cherche dans les notes** Pas sûr. Non après elle a eu une anémie à 4 grammes. Et ça c'était autre chose.

Chercheur : C'est autre chose.

M11 : Elle est toujours en vie. Non ça s'est pas reproduit depuis. Voilà.

Chercheur : OK. Comment est-ce que vous examinez un patient, vos patients déments ?

M11 : Le, beaucoup d'observation déjà pour essayer de comparer d'une fois sur l'autre les mimiques, l'expression du visage, l'attitude corporelle générale pour rechercher des signes soit d'agitation, des signes de douleur, des choses comme ça. Et puis en amont d'avoir bien discuté avec l'infirmière de l'EHPAD pour tenir compte vraiment de leur impression clinique à elles aussi, sur l'état général, le comportement le, sur les jours et les semaines d'avant. Et puis après sur l'examen clinique pur, le... peut être sur un examen général en essayant d'être assez systématique sur tout ce qui va être cardio-pulmonaire, abdominal, alors en essayant que le patient soit pas dans l'opposition donc en essayant d'être le plus calme possible pour réussir à avoir un examen d'abdomen à peu près interprétable, ce qui n'est pas toujours facile. Après le, on recherche les éléments sur la nutrition, sur l'hydratation, que ce soit en termes de pli cutané, tout ce qui va être œdème des membres inférieurs, tout ce qui va être l'état cutané sur des signes d'appui les risques d'escarre et puis c'est en fonction d'étendre à un examen neurologique quand il y a des doutes particuliers quoi. Et hum tension température, les constantes quoi, et puis... puis voilà en gros hein.

Chercheur : Le résident vous l'examinez dans une salle de l'EHPAD, dans sa chambre ?

M11 : Toujours dans sa chambre.

Chercheur : Dans sa chambre.

M11 : C'est arrivé quelques fois dans une, dans un bureau de consultation mais parce que le patient était en fauteuil roulant et que c'était plus simple de l'amener en salle de consultation que dans sa chambre. Mais dans presque 100% des cas ils sont déjà dans leur chambre de toute façon, donc c'est plus simple de les examiner là donc, donc ça se passe dans la chambre

Chercheur : Vous êtes accompagné ou seul ?

M11 : En général seul, mais avant il y a l'entretien avec l'infirmière, et après je vais examiner seul, et après je retourne en salle de soin pour rediscuter avec l'infirmière quoi.

Chercheur : Comment ça se passe avec les infirmières, les infirmiers de l'EHPAD ?

M11 : Au niveau de la relation qu'on a.. ?

Chercheur : Oui.

M11 : On a une bonne relation. Globalement ils nous sollicitent pas trop de façon intempestive, et par contre quand ils ont une inquiétude sur une histoire de comportement, sur une pathologie aiguë, en général ils ont attendu quand même d'évaluer la situation et ils sont relativement précis sur, pour nous décrire les choses, ce qui permet en général de convenir ensemble quel, à quelle vitesse il faut qu'on intervienne ou pas, pour ça on a une bonne relation. On a eu quelques familles qui nous ont contactés directement, et ça on essaye que ça soit pas trop le cas, on essaye en expliquant que plutôt que la famille fasse remonter ses interrogations ses inquiétudes à l'équipe infirmier, l'équipe infirmière de l'EHPAD, et après c'est les infirmières d'EHPAD qui nous contactent. On essaye que ce soit vraiment ce chemin là pour avoir les données le plus objectives possibles. Vu que c'est toujours compliqué d'aller en visite. Donc voilà on essaie de rationaliser un peu les choses quand même.

Chercheur : Et est-ce que la famille elle a un rôle dans vos prises de décision, notamment pour les antibiotiques à l'EHPAD ou... ?

M11 : Alors, est-ce qu'ils ont un rôle oui, parce que ça arrive régulièrement qu'ils fassent part de leurs inquiétudes ou de leurs interrogations à l'infirmière d'EHPAD, donc j'ai l'impression qu'elles sont quand même bien prises en compte dans la prise en charge du patient, du patient dément particulièrement. Le, le... Il y a eu régulièrement des échanges sur des situations compliquées de, pour savoir jusqu'où on allait dans les soins, pour discuter une hospitalisation en urgence ou pas, savoir si on poussait des explorations. Comme le patient n'est pas, n'est pas, a des troubles cognitifs, bah c'était de prendre une décision avec l'équipe soignante de l'EHPAD et avec la famille. Notamment cette patiente dont on citait qui a eu une anémie gravissime à 4 grammes, où il y avait vraiment une hypothèse de cancer digestif, plus de 90 ans, ça a été décidé en échange avec le gastro, l'hématologue et la famille de pas pousser les examens, donc ça demandait plusieurs entretiens avec la famille pour discuter de tout ça. Donc je pense qu'il y a quand même pas mal d'échanges avec la famille quand il y a besoin de leur expliquer les choses. Et après sur les, dans le domaine plus des infections, bah pareil, si la famille a eu des inquiétudes, a constaté un comportement inhabituel oui on va le noter, parce que ça fait partie des éléments à prendre en compte. Après sur le choix réel des antibiotiques là moins on va dire, mais c'est arrivé de leur expliquer que il y ait un doute diagnostic, et que c'était possible par exemple qu'il y ait une infection urinaire, mais sans en être certain, et que dans ce contexte là ça semblait intéressant de mettre un traitement antibiotique probabiliste. Donc d'expliquer la démarche à la famille quoi. Donc oui la famille fait partie prenante de la prise en charge du patient. Mais comme on est dans un contexte d'EHPAD, il y a quand même le regard médicalisé des infirmières d'EHPAD qu'est quand même très important pour nous, qui nous aide.

Chercheur : Et quand est-ce que, quand demandez-vous des examens complémentaires en EHPAD ?

M11 : Hum... Pas mal de situations différentes.

Chercheur : Si on reste dans l'infectiologie.

M11 : En restant dans l'infectiologie quoi plutôt ?

Chercheur : Pas en partant en traumatologie. **rire**

M11 : D'accord. Bah le, un peu comme sur des patients de gériatrie en libéral, si on a un point d'appel et que on a, bah toujours raisonner par diagnostic de gravité, diagnostic le plus probable si on a, si on n'a pas de point d'appel alarmant pour un diagnostic de gravité on va essayer peut-être par probabilité puis de limiter au maximum les examens complémentaires. Après bah si la démarche diagnostique le nécessite, oui ça peut arriver de faire des examens. Alors en premier il y a des examens de biologie, biologie un peu courante sur une altération de l'état général, sur une impression de pâleur, sur, donc là on va être sur une biologie un peu générale et puis en fonction de ces résultats-là de voir si on va plus loin. On parlait tout à l'heure des infections urinaires donc si on chez le patient qui est encore, qui n'a pas de démence trop avancée si on a un point d'appel urinaire bon bah oui on sera amenés à faire des analyses d'urine. Tout à l'heure on parlait des analyses d'urines sans signe fonctionnel évident, donc ceux-là essayer de les limiter au maximum mais ça peut arriver malgré tout d'en prescrire de temps en temps quand même. Hum voilà. Après le, tout ce qui va être imagerie, ça c'est quand même une difficulté en EHPAD parce que comme on a un patient qu'est pas du tout autonome, ça envoie peut-être à la question d'avant, la difficulté comme ils sont, si c'est le patient grabataire, bien sûr que c'est compliqué de faire un examen d'imagerie donc on réfléchit encore plus à l'indication. Par exemple sur une radio pulmonaire, si on a un point d'appel respiratoire et que le, bah on va se poser la question est-ce qu'on a vraiment besoin d'imagerie ou pas, parce que ça va être compliqué va falloir un transport médicalisé, que la famille soit présente, ça va pas être évident d'avoir une radio de qualité en plus, donc on est amenés parfois à faire quelques examens en moins aussi, en débutant un traitement un petit peu en amont de ces examens. Euh voilà. Et là où ça va être plus compliqué c'est si vraiment on a une inquiétude sur quelque chose de plus grave, sur des infections digestives, hépatiques des choses comme ça où là si on a vraiment besoin d'un examen plus poussé biologique, scanner ou autre là va se poser la question d'une hospitalisation, et là aussi dans le mesure du possible on va essayer de réfléchir pour pas faire une hospitalisation pour rien, quitte à avoir l'avis du spécialiste un petit peu en amont pour discuter en fonction de, bah de l'état général du patient si c'est un patient qui est en démence évoluée, on se précipitera un petit peu moins et on réfléchira plus longuement de, est-ce qu'une hospitalisation est vraiment nécessaire ou pas pour le pronostic de la personne. Voilà c'est vrai que c'est assez large quand même comme domaine.

Chercheur : Et si on décide une hospitalisation, est-ce que ça se fait via le biais des urgences ou est-ce que vous avez des entrées directes dans certains services ?

M11 : Différents cas de figure, si vraiment il y a, il y a quelque chose de vraiment aigu, alors peut-être plus sur le côté traumatologique à la rigueur, mais aussi sur une histoire d'infection sur une fièvre élevée, une altération de l'état général, chez quelqu'un qu'est pas en fin de vie, bah ça peut arriver qu'il y ait une hospitalisation d'urgence, après si c'est des choses un peu plus chroniques ou qui sont moins dans l'urgence, j'essaierai d'appeler un des spécialistes à l'hôpital, soit la spécialité concernée, si c'est un peu plus général éventuellement en passant par l'unité de gériatrie pour avoir leur avis sur la prise en charge, et en fonction discuter l'hospitalisation, directe si possible pour que ce soit plus confortable pour le patient, moins déstabilisant, moins source de confusion et autre quoi.

Chercheur : OK. Hum, est-ce que vous avez une situation récente de prescription d'antibiotique à l'EHPAD ? On sort de l'hiver, est-ce que vous en avez prescrit dernièrement ?

M11 : Cet hiver je suis pas sûr. Cet hiver non je crois pas.

Chercheur : Pas eu besoin ?

M11 : Non cet hiver je vois pas.

Chercheur : Récemment vous n'avez pas prescrit d'antibiotique en EHPAD ?

M11 : J'ai pas beaucoup de patient, mais c'est vrai que il y en n'a pas souvent, non globalement il y a peu, justement parce qu'on échange bien avec les infirmiers aussi, et en général on essaye de temporiser, par exemple sur des signes respiratoires, si il y a pas de signe de gravité quand on évalue par téléphone, on va plutôt convenir d'une visite quelques jours après, aussi pour avoir l'évolution, si la personne a eu de la fièvre un jour ou deux, et que quand on y va on n'a plus que des signes d'infection virale, bon bah ça évite le sur traitement aussi. Ça pour le coup c'est un point positif d'être en EHPAD, on a l'information quand même plus objective des infirmiers au début, qui permet de décider à quel moment on intervient, et je trouve quand même de limiter les traitements, dont les traitements antibiotiques donc ça je pense que c'est plutôt très bien.

Chercheur : Très bien. Que pensez-vous des recommandations et ressources actuelles en matière d'antibiothérapie en EHPAD ?

M11 : Tu fais référence à une reco précise par rapport à l'EHPAD ?

Chercheur : Est-ce que vous en connaissez de l'EHPAD ou pas trop ?

M11 : Non moi j'ai pas une reco en tête spécifique à l'EHPAD, après sur toutes les prescriptions antibiotiques, j'ai très vite recours à des sites type Antibioclic classiques, et puis après selon les situations d'aller chercher des sites de référence, des reco ANAES des choses comme ça. Mais pas, sans que ce soit une reco spécifique EHPAD. Après le, le contexte EHPAD comme je disais tout à l'heure va plus rentrer dans ma, dans, dans ma décision sur le fait qu'on est en institution, donc potentiellement plus de risque de résistance, et dans le fait que l'on soit en EHPAD, très souvent il y a une personne fragile, mais ça ça va finalement rentrer dans l'arbre décisionnel pour un traitement antibiotique par exemple, donc je l'intègre mais sans que ce soit spécifique de l'EHPAD. Je sais pas si il y a des recos spécifiques de l'EHPAD tu me diras.

Chercheur : On en discutera. **rires** Et on parlait de résistance, qu'est-ce que ça représente pour vous l'antibiorésistance ?

M11 : Dans, pour tous les patients c'est un truc qui est hyper important, moi je trouve ça primordial d'être vraiment très rigoureux sur tout la démarche diagnostique pour avoir un orientation diagnostique la plus précise possible, et je trouve, même si je suis installé depuis pas plus de 9 ans, que en faisant ça on limite énormément les prescriptions antibiotiques, et puis après sur des infections type infections urinaires, le passage par les ECBU, pour toujours essayer de documenter le plus possible les infections, et vraiment peser chaque décision d'antibiotiques. J'ai eu certaines personnes âgées autonomes, avec vraiment des germes pluri-

résistants qui, où c'était vraiment laborieux, et derrière il faut 1 à 2 ans pour limiter petit à petit les résistances c'est vraiment compliqué. Donc le, moi j'essaye d'être vraiment strict là-dessus. Puis de temps en temps de savoir qu'on va être un peu moins rigoureux, on va être sur un spectre un peu plus large, mais parce que ceci parce que cela, parce que c'est un terrain fragile, parce que c'est, bah par exemple le, l'exemple de l'Oroken, bah c'est un antibiotique que je prescris presque jamais mais là ça peut arriver dans ces circonstances de l'utiliser par exemple.

Chercheur : D'accord. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ? Si vous en avez ?

M11 : Qu'est-ce qui pourrait améliorer... Parfois ça arrive que, sur certains, certaines situations le, on ait des informations qui manquent un petit peu de précision de la part des infirmières d'EHPAD, quand il y a , ce que je trouve au fil des années il y a de plus en plus, quand il y a un turn over plus important des équipes infirmières de l'établissement, nous quand on intervient, l'infirmière connaît pas forcément bien, en remontant dans les logiciels c'est pas toujours bien documenté, donc finalement on va perdre un peu d'information là où c'est un élément précieux encore plus chez les patients déments. Donc ça je pense ça peut continuer à être amélioré. Je pense qu'il y a eu beaucoup de progrès par rapport à, quand même avec tout ce qui est informatisation mais je pense qu'on peut aller plus loin pour avoir, ouais plus de données objectives là-dessus. Après le, d'améliorer... Tout ce qui va être analyses ça ça pose pas de soucis. Alors est-ce que, bon... On pourrait imaginer mais c'est pas du tout la tendance et ça me semble difficilement envisageable que il y ait des, pour un ensemble d'EHPAD que il y ait possibilité d'avoir des radio au sein de l'EHPAD pour quelques clichés standards, mais à ma connaissance c'est pas du tout envisagé actuellement, on pourrait l'imaginer que au sein d'un certain nombre d'EHPAD d'un secteur il y ait des convention avec des cabinets de radio qui puissent venir 2 fois par semaine pour une radio pulmonaire, des examens de radio un peu standard, ça ça pourrait être intéressant. Après... ouais comme ça je vois pas trop d'autres choses.

Chercheur : Ok. Hum. Est-ce que vous avez d'autre que vous souhaitez ajouter sur le sujet, des choses qu'on n'a pas abordées ?

M11 : Non je crois que c'est pas mal.

Chercheur : Merci !

Entretien M12

Chercheur : Alors, merci d'avoir accepté cet entretien. En quoi le sujet vous a-t-il incité à accepter l'entretien ? Qu'est-ce que ça évoque pour vous l'antibiothérapie en EHPAD ? D'un point de vue général ?

M12 : Ça peut être à la fois simple et compliqué. Euh... sur la prise en charge diagnostique qui va être fonction de la dépendance des patients...et parfois on va être heurtés à des problèmes d'administration, de résistance des... si on a pu avoir une preuve bactériologique on va avoir un problème de résistance parfois. Donc ça peut sembler très simple mais ça ne l'est pas si souvent.

Chercheur : Quand vous dites problèmes d'administration... qu'est-ce que... Vous entendez quoi par-là ?

M12 : En fonction de la dépendance des patients, s'ils sont capables d'avaler un traitement ou pas et du coup du... du bénéfice par rapport à la lourdeur d'un traitement.

Chercheur : D'accord bénéfice-risque ?

M12 : Pas risque, mais confort de patients.

Chercheur : D'accord.

M12 : J'ai une de mes patientes complètement grabataire en EHPAD, démente, qui ne prend aucun traitement par la bouche, je n'ai pas eu besoin de mettre d'antibiotiques jusque-là mais le jour où j'en aurai besoin, est-ce que ça va valoir le coup de lui faire des injections d'antibiotiques en IM ?

Chercheur : Hospitaliser ?

M12 : Hospitaliser c'est sûr que non je ne l'hospitaliserai pas.

Chercheur : Ok.

M12 : Parce qu'elle a quatre-vingt-quatorze ans, parce que son fils ne vient jamais la voir que fin... voilà... mais le jour où il y en aura besoin, qu'est-ce qu'on fera ?

Chercheur : D'accord, ok. Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous organisez vos visites à l'EHPAD ? D'un point de vue...

M12 : Le moins possible, par principe c'est souvent des visites programmées. En urgence si j'ai la possibilité, je vais y aller mais sinon je vais très souvent déléguer à SOS médecins parce que j'ai une charge de travail qui ne me permet pas de me rendre disponible ou que je ne me rends pas suffisamment disponible pour les EHPAD. Heu, parce que j'ai peu de patients en EHPAD aussi, si j'en avais plus je m'organiserais différemment probablement.

Chercheur : Vous en avez combien ? A peu près ?

M12 : Deux, trois, cinq.

Chercheur : Et sur plusieurs EHPAD ?

M12 : Sur trois EHPAD.

Chercheur : C'est des patients que vous suiviez au cabinet qui sont rentrés en EHPAD ?

M12 : Non, comme j'ai repris une patientèle, c'est des patients qui était déjà suivi en EHPAD.

Chercheur : D'accord.

M12 : Donc je n'ai pas eu le choix j'ai continué.

Chercheur : Parce que vous ne souhaitez pas forcément avoir des patients... ?

M12 : C'est pas forcément le problème de l'EHPAD. C'est le problème de la visite à domicile. C'est moche mais ce n'est pas rémunéré.

Chercheur : Ouai, donc sur un côté financier...

M12 : Côté financier, et je pense que c'est... ça s'améliore avec l'informatisation des dossiers. Il y a des logiciels d'EHPAD qui sont très bien faits, et on arrive à faire un vrai suivi, on arrive à avoir des antécédents, on arrive éventuellement à avoir les transmissions de l'équipe soignante mais pas toujours, on arrive à avoir les traitements mais il y en a c'est horrible, il y a aucune information nulle part et c'est abominable et du coup je pense, on traite mal les patients en EHPAD. Et que pour moi un vrai patient... une vraie prise en charge sur une EHPAD c'est avec un médecin traitant propre à l'EHPAD.

Chercheur : D'accord et Hum... donc là vous parlez d'un médecin traitant propre à l'EHPAD, par rapport au médecin co, coordonnateur est-ce que... ?

M12 : J'ai jamais compris à quoi il servait.

Chercheur : Vous n'avez pas de lien particulier avec eux ?

M12 : Il y a une EHPAD où j'ai un lien parce que le médecin co est très bien, il s'investit il s'est manifesté, je sais qui c'est. Je sais qu'elle fait des formations le midi, je n'y vais pas par choix, mais quand j'y vais, elle est présente trois fois sur quatre, qu'elle connaît les résidents. Et les autres EHPAD je ne sais pas qui est le médecin co.

Chercheur : D'accord il n'y a pas de lien particulier avec les médecins co.

M12 : Aucun. Et du coup je ne sais pas vraiment à quoi ils servent, les médecins co. C'est peut-être méchant mais je n'ai pas compris.

Chercheur : Non. Et donc du coup là, la fréquence de vos visites à l'EHPAD, quand vous dites c'est programmé ?

M12 : C'est pour les renouvellements de traitement, c'est tous les trois à six mois en fonction des patients.

Chercheur : D'accord, ok.

M12 : A une période j'y allais mensuellement car j'avais une patiente sous morphine.

Chercheur : D'accord donc pour la prescription.

M12 : Mais sinon c'est tous les trois à six mois.

Chercheur : Et sur les trois à six mois des consultations d'urgence ? A proprement parler ?

M12 : C'est très rare. Une patiente qui est plus lourde donc je pense que je dois y aller deux fois par, deux-trois fois par an en plus que les renouvellements prévus et les autres pas, 'fin... Allez non, au total chaque patient je pense que je le vois quatre fois par an avec les urgences. Et celle qui est lourde un peu plus en fait.

Chercheur : Et les urgences, du coup généralement infectieuses, si on vous appelle, par exemple, comment vous allez gérer l'appel d'une infirmière ?

M12 : Ça va dépendre pourquoi c'est.

Chercheur : Qu'est-ce que vous demandez comme questions du coup à l'infirmière ?

M12 : Les constantes du coup, la température, la tension, qu'est-ce qui les alertées et comment est le patient. Alors l'urgence infectieuse, ça peut être très large, la conjonctivite j'avoue que je ne vais pas faire vingt bornes pour prescrire un collyre antibiotique, elle me dit qu'il y a une conjonctivite je fais la prescription sur le logiciel à distance.

Chercheur : C'est un logiciel en ligne ?

M12 : Oui voilà qui est sur place mais auquel je peux assister du cabinet. Donc là je fais la prescription pour un collyre, aussi ça m'arrivait de faire des prescriptions pour des infections urinaires parce que c'était une patiente complètement démente, les urines sentent fort, elle est un peu agitée, aucune ECBU possible, elle a pas de fièvre, c'est peut-être pas bien mais je ne l'examine pas et je prescris.

Chercheur : Et pas de sonde jet rapide ?

M12 : Non parce que l'état général ne vaut pas le coup. Et après les autres sinon je me déplace, si j'ai le temps dans mon créneau j'y vais, si vraiment je ne peux pas, c'est SOS médecin.

Chercheur : C'est sur les créneaux de vos consultations, c'est à la place de vos consultations ?

M12 : C'est à la place de mes consultations.

Chercheur : Ce n'est jamais en plus, pas sur le soir, entre midi deux ?

M12 : Ça tombe sur mes créneaux d'urgence de début d'après-midi, donc ça va je peux partir vers 13h30 pour y aller. Mais sachant qu'entre midi et deux en EHPAD c'est jamais le bon moment. Parce que le patient mange. Et que manger c'est hyper important donc...

Chercheur : C'est sûr. **rire**

M12 : Si je leur enlève l'apport nutritionnel et le temps de plaisir du repas sur ceux qui sont capables de descendre en salle à manger, je ne vois pas l'intérêt.

Chercheur : D'accord. Quelles sont les différences que vous voyez entre vos prescriptions antibiotiques au cabinet et celle que vous faites en EHPAD ?

M12 : Sur la nature du traitement ?

Chercheur : Sur tout. En globalité ça peut être la nature, la durée.

M12 : Je dirais qu'il y a pas de différence. Si je me représente le même patient, même pathologies à peu près du même âge, ça va pas modifier ma prescription, qu'il soit en EHPAD ou au cabinet.

Chercheur : Et le fait qu'il y ait une structure ? Avec des infirmières avec ?

M12 : Ça ne changera pas.

Chercheur : Ça ne changera pas le ...

M12 : Non.

Chercheur : D'accord. Ok. Est-ce que la famille a un rôle dans la prise de décision notamment antibiotique, la famille du patient à l'EHPAD ?

M12 : Pas sur la prise d'antibiotique, sur d'autres traitement oui. Mais pas sur la prise d'antibiotique c'est moi qui décide.

Chercheur : Vous avez des liens avec les familles ?

M12 : Pas tous. Sur mes cinq patients en EHPAD, il y en a deux où je n'ai aucun lien avec la famille. Je peine déjà à me faire payer les consultations c'est dire leur investissement auprès de leurs parents. Il y en a une qui pose aucun problème donc je n'ai pas de contact particulier avec la famille, mais quand j'ai besoin de la consulter j'ai pu les joindre et voilà. Les deux autres, il y en a un qui est très dépendant, sa fille est très présente et là il y a une vraie discussion, une vraie interaction, on discute ensemble. Je suis aussi la médecin traitant de sa fille donc quand je la vois pour elle, c'est l'occasion de toujours dire un mot de son papa. Et la dernière patiente j'ai quelques contacts avec la famille mais c'est une patiente qui est vraiment très en forme, fin au point de vue intellectuel et du coup elle est complètement apte à comprendre les discussions de traitement, les décisions de traitement.

Chercheur : Vous discutez directement avec elle ?

M12 : Je discute directement avec elle, j'interviens pas par un biais détourné de sa famille.

Chercheur : D'accord on a parlé de dépendance comment vous examinez le patient dépendant ? Pragmatique, hein.

M12 : Là où il est. Dans son lit, dans son fauteuil coque, dans son fauteuil roulant. En le faisant déshabiller à minimum. En essayant d'enlever quand même le haut. Pour avoir une vraie auscultation cardiaque et pulmonaire. Le bas je ne fais pas déshabiller parce que c'est vraiment trop compliqué. Je vais toujours vérifier s'il y a des œdèmes. Et puis je demande aux soignants si il y a des problèmes cutanés. Si jamais il y a des problèmes cutanés, ben je vais regarder.

Chercheur : Et vous êtes aidée sur ses examens ? Aidée, je parle physiquement par quelqu'un ?

M12 : Oui, heu... quand j'ai besoin oui. Le soignant m'accompagne et du coup, on examine, elle m'aide pour déshabiller habiller et tourner le patient.

Chercheur : Il n'y a pas de visite, quand vous allez à l'EHPAD, elles ne sont pas forcément prévenues que vous venez ?

M12 : Elles sont toujours prévenues, elles savent à quel moment je passe et quand même elles font, il y a eu des vrais efforts là-dessus elles se rendent disponibles, elles abandonnent ce qu'elles sont en train de faire pour m'accompagner s'il y a besoin. Donc c'est correct.

Chercheur : Et sur le patient plutôt dément, l'examen ? Des particularités ?

M12 : Heu, essayer de pas le braquer, de faire qu'il soit coopératif et donc c'est vrai que c'est plus succinct.

Chercheur : Plus succinct d'accord.

M12 : Parfois le déshabiller, c'est peut-être pas le bon moment pour lui, il ne va pas comprendre pourquoi moi à ce moment-là, il ne va pas comprendre qui je suis et du coup si je veux avoir une auscultation pulmonaire un petit peu audible ben je vais me faufiler plutôt que de chercher à le déshabiller, et que du coup ça ne soit plus audible parce qu'il crie, qu'il se débat.

Chercheur : Donc il y a un doute généralement diagnostic, qui peut se créer à ce moment-là ?

M12 : Oui, complètement.

Chercheur : Et quand il y a ce doute quelle est votre conduite à tenir ?

M12 : Plutôt sécuritaire. Je vais me baser sur l'ensemble de la clinique, si on me dit qu'il tousse, qu'il crache, qu'il est moins en forme, même si mon auscultation n'est pas flagrante je vais mettre quand même des antibiotiques parce que c'est la principale source, pour moi d'antibiothérapie en EHPAD. C'est quand même la surinfection respiratoire.

Chercheur : Pulmonaire, d'accord.

M12 : A part une qui a des problèmes cutanés avec des plaies vraiment pas terrible alors là c'est un autre... mais sinon c'est principalement respiratoire.

Chercheur : D'accord. Est-ce que vous faites des radiographies pulmonaires ?

M12 : Exceptionnellement.

Chercheur : Pour quelle raison ?

M12 : Pour quelle raison j'en fais ? Pour quelle raison je n'en fais pas ?

Chercheur : Pour quelle raison vous en faites pas ?

M12 : Heu, j'estime que le jeu n'en vaut pas la chandelle, de déplacer un patient par une ambulance sur un VSL pour une radiographie pulmonaire, qui ne sera pas en aspiration et qui ne changera pas mon traitement. Je l'ai fait une fois en un an et demi parce que j'avais un doute sur un épanchement pleural et je voulais quand même savoir s'il y avait un épanchement pleural. Ça aurait un peu changé ma durée d'antibiotique et ma réévaluation. C'est tout.

Chercheur : D'accord et quand est-ce que vous faites des examens complémentaires ? Donc la radiographie si vous avez un doute sur un épanchement pleural, examen complémentaire plus global ?

M12 : Heu...

Chercheur : Qu'est-ce qui vous amène à le faire ?

M12 : ECBU si j'ai un point d'appel urinaire et si c'est faisable chez le patient.

Chercheur : Quand vous dites faisable c'est-à-dire ?

M12 : S'il est capable d'uriner à la demande.

Chercheur : Pas de sonde jet ? C'est vraiment lui qui... urine à la demande et dans des conditions d'asepsie ?

M12 : Sachant que c'est principalement des femmes mes patients en EHPAD. Dire, j'ai un homme et je n'ai jamais eu de problème de suspicion d'infection urinaire, parce que sinon je lui ferais faire un sondage. Parce qu'il ne sera pas capable d'uriner à la demande. Et de la biologie, en urgence j'ai rarement fait parce que je ne me base pas sur un critère CRP. Ce qui pourrait me faire faire une bio en urgence c'est si j'ai un doute sur autre chose que juste le problème infectieux si j'ai un doute sur une anémie...

Chercheur : Une répercussion ?

M12 : Voilà une répercussion, un dysfonctionnement rénal mais pas sur un critère CRP. Je ne vais jamais en tenir compte. Je ne me suis même jamais posée la question.

Chercheur : Donc du coup plutôt sécuritaire, donc s'il y a quand même des signes vous allez aller à l'antibiothérapie sans forcément passer par la biologie, ce n'est pas un argument qui va vous faire partir dans un sens ou dans l'autre.

M12 : Oui.

Chercheur : D'accord. Est-ce que vous avez une situation récente de prescription antibiotique en EHPAD ?

M12 : Oui. C'est une patiente de quatre-vingt-douze ans, qui a des plaies chroniques, qui a une thrombocytémie essentielle, qui fait des basocellulaires à tire-larigot, c'est un dragon, elle en a partout et sur sa bio mensuelle de la surveillance de sa thrombocytémie, des globules blancs sont montés sur les deux derniers prélèvements. La deuxième fois elle avait dix-neuf milles, la première fois vingt-trois milles avec des plaies qui ne cicatriseront jamais qui sont particulièrement moches et plus douloureuses que d'habitude. Donc là j'ai fait faire un prélèvement et j'ai prescrit un traitement antibiotique avec l'antibiogramme.

Chercheur : D'accord et il y a eu une résolution des...

M12 : Je n'ai pas eu de nouvelles depuis, je ne sais pas si j'ai eu sa nouvelle bio mensuelle.

Chercheur : Vous vous souvenez du traitement ?

M12 : Je ne m'en souviens pas non mais je peux le retrouver. **regarde sur son ordinateur**

Bactrim® et je n'ai pas eu de nouvelles depuis. Je n'ai pas eu sa bio de contrôle. Parce que c'est en début de mois. Elle est suivie par, c'est pour ses pansements par l'HAD, je n'ai pas eu de nouvelles de l'HAD.

Chercheur : Donc a priori...

M12 : Pas pire.

Chercheur : Et là le lien avec l'HAD comment ça s'est passé ? Ils vous ont appelé ?

M12 : Pour ce problème là ou pour la mise en place de l'HAD ?

Chercheur : Non, pour ce problème-là ?

M12 : Absolument pas, c'est moi qui ai vu passer la bio. Heu, il y avait vingt-huit milles neutro, heu leuco. C'est quand même pas son taux normal de leuco, avec vingt-deux milles PNN. Donc c'est moi qui ai tout géré. J'ai demandé, j'ai mis un mail à l'HAD pour leur demander de faire le prélèvement, fin, je les ai eu au téléphone puis mis un mail. Et je les ai informés que je traitais. C'est tout.

Chercheur : D'accord.

M12 : J'ai pas de contact régulier si tout va bien, fin, si y a pas de problème sur cette patiente. Ils viennent tous les jours faire le pansement depuis deux ans et ils les feront encore jusqu'à...

Chercheur : Oui jusqu'à la fin.

M12 : Voilà.

Chercheur : D'accord. Que pensez-vous des recommandations et ressources actuelles en antibiothérapie en EHPAD ? Est-ce que vous utilisez des ressources ?

M12 : Absolument aucune.

Chercheur : Et d'une manière générale sur l'antibiothérapie, qu'est-ce que vous utilisez comme ressources ?

M12 : Les recommandations que je connais mais qui commencent à dater maintenant donc c'est sur le infections respiratoires hautes et basses ça doit dater de 2011 de mémoire et je sais pas s'il y en a d'autres.

Chercheur : Vous allez sur des sites ? Vous allez ouvrir des bouquins ?

M12 : Non les bouquins j'ai plus. Quand j'ai besoin je regarde sur internet je marque recommandations antibiothérapie et ça sort et je regarde le texte et voilà. Il y a probablement mieux mais je ne sais pas où chercher mieux.

Chercheur : Ok vous n'êtes pas gênée par rapport à l'EHPAD ? Quand vous devez mettre un antibiotique ?

M12 : Non ça ne modifie pas, ça ne va pas être le fait de l'EHPAD mais plus le fait du patient.

Chercheur : Avec ses comorbidités ?

M12 : Avec ses comorbidités, ses capacités à prendre un traitement. Mais pas le fait que ce soit l'EHPAD.

Chercheur : Et sur les traitements en injectable vous en avez jamais prescrit encore à l'EHPAD ?

M12 : Non.

Chercheur : Et ça, ça vous gênerait de le prescrire ?

M12 : Non, faudrait que je regarde les posologies parce que ça fait belle lurette que je n'ai pas prescrit d'injectable mais c'est dans la mesure du possible j'éviterai toujours injectable si j'ai une alternative orale pour le confort du patient et aussi pour les équipes qui sont débordées.

Chercheur : Quel est votre lien avec les équipes ?

M12 : Plutôt bon, mais on a quand même l'impression qu'elles sont en sous-effectif, qu'elles sortent à peine la tête de l'eau, que nous on leur facilite pas forcément le travail parce qu'on est présent 15 minutes sur place top chrono donc pour faire de la gestion globale, de la prévention ben je mets pas non plus les bonnes conditions. Dans certaines EHPAD, elles connaissent bien leurs patients donc on arrive à faire quelque chose dans d'autres malheureusement ce n'est que des intérimaires qui connaissent pas donc... j'ai un bon lien, je dis ce que je fais, je leur dis quand j'arrive et quand je pars.

Chercheur : Mais ça ne vous aide pas...

M12 : Mais je ne suis pas sûr que ce soit les meilleures conditions pour les patients. D'où je reformule mon... je pense vraiment, un médecin sur place permettrait d'améliorer ça.

Chercheur : Et un médecin du coup plutôt traitant et pas le médecin co qui va gérer...

M12 : Un médecin, ouais voilà dans le soin. Ne serait-ce aussi parce que les urgences ce n'est pas, ça ne tombe pas forcément sur le temps où je suis disponible moi.

Chercheur : Ouais.

M12 : Et que examiner un patient qui ne va pas bien c'est pas en quinze minutes, au moment où elle est en train de distribuer les médicaments.

Chercheur : C'est plutôt chronophage.

M12 : Voilà il faut que ça soit fait en milieu... fin, un temps où le soignant est disponible, parce que sinon ça désorganise tout.

Chercheur : Donc là vous m'avez donné une des solutions pour améliorer la prescription en EHPAD, le fait qu'il y a un médecin, est-ce que vous en voyez d'autres ? Qu'est-ce qui vous faciliterait le... la prescription ? Que vous ayez l'impression de mieux prescrire où en tout cas que ça soit mieux pour le patient ?

M12 : Que ça soit mieux payé. C'est moche mais je pourrais y passer plus de temps. Je fais déjà un dépassement sur mes visites, de dix euros mais ça ne couvre pas... si on est dans une logique rationnelle ce qui est le monde actuel, aller en EHPAD ça me prend au moins une

heure. Donc il faudrait que je fasse soixante-quinze euros minimum la visite et j'ai des scrupules à faire ça.

Chercheur : Par rapport au cabinet ouais...

M12 : Sur trois créneaux de consultation.

Chercheur : Et sachant qu'au cabinet a priori vous avez une demande qui est aussi importante ?

M12 : Oui c'est saturé.

Chercheur : D'accord, ok. Et que représente pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M12 : Un vrai problème. On va être dans la merde.

Chercheur : Vous le rencontrez ? On en avait un petit peu parlé au départ.

M12 : Oui alors pas du tout sur des patients en EHPAD. Mais là j'ai eu récemment deux patients post-opératoires de chirurgie urologique qui se sont tapés des merdes, BLSE, où j'ai dû appeler les infectieux pour savoir quoi faire, on a dû trouver un pis-aller en attendant pour éviter de passer en injectable et ça a l'air d'avoir tenu le coup. Mais ça va être très très compliqué.

Chercheur : Et donc en EHPAD sur les antibiogrammes, j'imagine que d'ECBU ? ou alors cutanée ?

M12 : Oui cutanée, là.

Chercheur : Vous avez déjà été gêné pour trouver...

M12 : Non pas en EHPAD. Pas pour le moment mais aussi parce que je ne fais pas de preuve bactériologique.

Chercheur : Oui. **rire**

M12 : Mais si on poursuit le raisonnement, sans preuve bactériologique, j'ai rarement eu des échecs à devoir remettre une seconde antibiothérapie parce que le patient n'allait pas mieux.

Chercheur : D'accord.

M12 : Après je suis assez avare d'antibiotique même si là j'ai l'impression, 'fin, je dis que je joue la sécurité. Sur cette saison hivernale, parce que c'est quand même principalement ... je réfléchis mais je n'ai pas prescrit d'antibiotiques pour mes cinq patients en EHPAD, ce n'est pas un gros effectif mais pas au point de vue respiratoire ou alors la seule fois où j'ai prescrit j'avais une preuve bactériologique sur une infection cutanée.

Chercheur : Même si vous êtes sécuritaire, les antibiotiques n'arrivent pas comme ça ?

M12 : Non ou alors ils n'ont pas été malade, on a été chanceux, mais ...

Chercheur : D'accord parce que par rapport aux autres années précédentes, si vous faites...

M12 : Il y en a un habituellement l'hiver, il est quand même fragile au niveau pulmonaire, il y a quand même au moins une fois où il est sous antibio.

Chercheur : Est-ce que vous voyez d'autres choses à dire sur le sujet de l'antibiothérapie en EHPAD ? Des choses que l'on n'aurait pas abordées ?

M12 : Non, pas spécialement.

Chercheur : Et bien merci.

M12 : De rien.

Entretien M13

Chercheur : Votre activité en EHPAD vous y allez à peu près tous les combien ?

M13 : Tous les 2 mois ? C'est par patient ou c'est en général ?

Chercheur : En général.

M13 : Ah non alors j'y vais tous les mois, en fonction de celui que je vais voir.

Chercheur : Par mois.

M13 : Ouais une fois par mois.

Chercheur : Ok.

M13 : Voilà.

Chercheur : Ok. Hum parce que justement, on, le thème c'est l'antibiothérapie en EHPAD, euh vous avez combien de patients en EHPAD ?

M13 : Pfff... une dizaine. J'aurais dû revoir avant ! **réfléchit** Oui si c'est ça, une dizaine.

Chercheur : Ok. Sur combien d'EHPAD ?

M13 : Attend je vais regarder, juste deux secondes tout est là. **part voir les dossiers papiers**

Chercheur : Pas de problème.

M13 : J'ai trois EHPAD différentes. Trois.

Chercheur : Trois EHPAD. Ok. Et comment ça se passe pour les visites à l'EHPAD, comment vous les organisez ?

M13 : Euh c'est sur demande, moi j'attends que, que les infirmières nous appellent, souvent c'est pour les renouvellements, ou pour les problèmes. C'est ça que tu voulais ?

Chercheur : Oui tout à fait. Donc les renouvellements ils sont pas calés d'une fois à l'autre c'est vraiment sur appel ?

M13 : Ouais.

Chercheur : Elles appellent combien de temps à l'avance les infirmières en général ?

M13 : Hum le jour même ! Ou la veille.

Chercheur : Bah oui quand il y a plus rien du tout.

M13 : C'est, et là l'idée ce serait que j'arrive à caler, je les ai pas synchronisés encore mes patients, et l'idée ce serait peut-être d'y aller, bah de caler les patients dans la même EHPAD d'y aller le même jour. Pour l'instant ils sont tous, ils sont décalés sur leur renouvellement, ce qui me permet aussi d'aller les voir le, j'ai pas forcément le temps le midi d'aller en voir deux, donc ils savent que quand j'y vais je vais pour un je vais pas pour deux.

Chercheur : Parce que quand vous y allez c'est sur les visites c'est entre midi et deux c'est ça ?

M13 : Hum, ouais entre là. Du coup j'ai, si je m'organise pour voir tous les patients de la même EHPAD il faut que je laisse plus de temps pour aller faire ma visite.

Chercheur : Donc pour l'instant ça convient plutôt bien de faire au coup par coup un par un.

M13 : Ouais. Si elles préviennent suffisamment en avance et qu'il y a pas d'urgence ça le fait. Après pour les problèmes bah bien sûr qu'elles appellent le jour même et puis on y va comme on peut quoi. C'est comme ça que ça roule, il y a des EHPAD où ça roule mieux que d'autres. **rire**

Chercheur : Oui ? Dans celles où vous allez ?

M13 : Ouais. Bah il y a des infirmières qui vous préviennent plus tôt, qui gèrent plus les problèmes et quand elles nous appellent on les connaît bien et quand elles nous appellent on sent qu'il faut y aller, et d'autres on arrive pas du tout à apprécier le degré d'urgence.

Chercheur : Et ça c'est EHPAD dépendant ou infirmière dépendante ? Ou les deux ?

M13 : Ah je dirais les deux. Ouais

Chercheur : Les deux ?

M13 : Parce que c'est une ambiance d'équipe et de, et de chefferie aussi, 'fin de ouais... ça dépend de comment elles sont formatées avec la cadre, ouais en l'occurrence c'est les deux.

Chercheur : Donc ce serait éventuellement un des rôles de la cadre qui influencerait là-dessus ?

M13 : Je, c'est ce que je suppose mais en tout cas nous il y a une EHPAD où ça file très très bien et une EHPAD où ça file très très mal quelque soit la personne.

Chercheur : Euh, et quand vous dites que ça filtre mal c'est, c'est quoi les types de demandes ?

M13 : Bah c'est les appels les après-midis par exemple.

Chercheur : Ouais

M13 : Ça fait dix fois qu'on leur dit de nous prévenir le matin si il faut aller les voir dans la journée, et donc elles nous appellent l'après-midi en disant madame machin a mal au mollet, il faut venir la voir et il est 15h30.

Chercheur : Hum.

M13 : Donc c'est des petites choses d'organisation mais si elles avaient appelé le matin j'avais le temps d'aller les voir le midi quoi. Tandis que 15h30 c'est un peu plus compliqué quoi. **rire**

Chercheur : Et ça c'est quelque chose que vous leur dites à elles directement où vous essayez de joindre la cadre où ?

M13 : Oui, non je suis pas allée jusqu'à la cadre, j'ai redis à chaque fois que j'ai les infirmières je leur redis, du coup ça a l'air un peu mieux en ce moment et puis il y a le problème du repas du midi entre midi et deux, une fois sur deux on a demandé qu'ils restent en chambre et une fois sur deux, dans certaines EHPAD, ils sont pas en chambre ils sont au restaurant et on repart sans les voir. **rire**

Chercheur : Du coup si ils sont, ouais si ils sont au repas vous les voyez pas.

M13 : Bah la dernière fois je l'avais prise et en fait ça prend trop de temps et puis les gens ils sont, ils y sont pour rien, ils sont là à manger donc, là la semaine dernière, jeudi dernier, je suis repartie... Enervée mais je suis repartie. **rire**

Chercheur : Don là peut être que le message sera passé.

M13 : Ouais, j'espère. Elle mangeait une glace la dame, j'allais pas lui, au moment de sa glace.

Chercheur : Oooh, d'accord. **rises** Est-ce que vous voyez des différences dans vos prescriptions antibiotiques entre l'EHPAD et le cabinet ?

M13 : Euh, bah lié à l'âge forcément, mais pas lié au fait qu'ils soient en EHPAD, c'est plus que du coup je vais être un peu plus sur le risque de fausses routes et du coup au lieu de mettre de l'amox je vais plus être sur l'Augmentin® si j'ai vraiment besoin d'un truc qui doit couvrir large, mais sur mon raisonnement c'est vraiment lié à l'âge hein.

Chercheur : Oui.

M13 : Pas lié au fait qu'ils soient en EHPAD. Je crois pas.

Chercheur : Est-ce que le fait que ce soit une structure ça influence ou... ?

M13 : Sur le choix de l'antibiothérapie ? Ou sur la gestion... ?

Chercheur : Sur la gestion d'un problème infectieux en général dirons-nous.

M13 : Hum. Ah on sait qu'ils sont surveillés quand même, qu'ils sont vus, on sait qu'il y a l'infirmière qui passe qui peut nous faire des suivis par rapport à un patient à domicile on n'a pas besoin de repasser, on sait que le lendemain elle va revérifier comment ça va, 48 heures après aussi. Là-dessus oui, par rapport oui à un patient lambda à domicile on est plus tranquilles quand ils sont à l'EHPAD. Normalement en se disant que si ça va pas on va nous rappeler tout de suite quoi.

Chercheur : Et si une, une infirmière un infirmier vous appelle pour un, une suspicion d'infection, euh, on a parlé des appels tout à l'heure, est-ce que vous arrivez à y aller le jour même, est-ce que c'est différé plus tard, comment est-ce que vous gérez les appels ?

M13 : Euh, moi j'aime, alors moi je traite jamais sans avoir vu le patient, donc j'ai, ça m'est jamais, faut jamais dire jamais mais pour l'instant je l'ai pas fait. Donc soit j'arrive à réguler par téléphone, parce que j'estime qu'une antibiothérapie hormis la méningite un truc vraiment urgent, alors ça peut être si au niveau respiratoire si ils sont vraiment pas biens j'y vais dans la journée si il faut il y aller dans la journée et souvent je, il y a plus de peur que de

mal et ça peut attendre le lendemain. Si il faut cadrer le, la visite le lendemain... mais une infirmière inquiète de toute façon il faut qu'on y aille, si vraiment elle est très inquiète elle arrivera pas à nous rassurer par téléphone et du coup il faudra qu'on aille l'examiner pour voir, je faxe pas les ordo d'antibiotiques j'aime vraiment pas ça, après nous on a quand même SOS médecins qui est là et donc ça leur arrive, bah des fois où elles ont appelé à 16 heures pour que j'aille voir le patient, je vais pas dire que je suis allée le voir à 20 heures, je suis pas allé hein, donc du coup ils appellent SOS médecins et c'est eux qui gèrent.

Chercheur : Oui. D'accord

M13 : Donc c'est un peu plus facile de dire que, qu'on va toujours voir le patient parce que on sait qu'au pire il sera vu par quelqu'un d'autre si on peut pas le voir le jour même.

Chercheur : Hum... comment est-ce que vous examinez un patient dépendant ?

M13 : Euh... bah alors moi dans sa chambre déjà. On va dans la chambre, c'est pas toujours, alors euh, alors dépendant euh, ça veut dire euh, c'est dépendant qui bouge, c'est quoi là ?

Chercheur : Dépendance, les personnes qui sont en manque d'autonomie donc ça peut-être...

M13 : Euh ouais, de savoir si je les examine seule ou pas, ou si je me débrouille toute seule ?

Chercheur : Par exemple

M13 : Moi je les examine dans la chambre, si l'examen est pas faisable tout seul donc le déplacer tout seul par exemple si ils arrivent pas à faire le transfert tout seuls j'ai une aide-soignante qui va venir m'aider pour l'installer dans son lit, euh par contre ça m'arrive quand même très souvent de les examiner assis, dans leur fauteuil où ils sont, si ils arrivent au moins à s'avancer... je les déshabille pas complètement, ça j'ai l'honnêteté de le dire. On enlève le haut, je regarde les mollets, donc j'enlève les, j'aime bien qu'ils aient pas leurs chaussettes de contention mais, mais je les met pas en, je les déshabille pas autant que si ils sont en cabinet. Et d'ailleurs juste petite précision, j'ai des patients que je vois en EHPAD et qui une fois sur deux viennent au cabinet en consultation avec leurs enfants, justement parce que dès qu'ils sont un petit peu autonome je les fais venir pour faire un examen euh.... Alors c'est pas mieux mais je trouve c'est différent, déjà ça les fait venir, ça les fait sortir, puis je peux les mettre pour le coup en sous-vêtement complet et les examiner correctement. Mieux, je trouve.

Chercheur : Ok. Et le patient dément ?

M13 : Ah bah lui c'est plus compliqué. Et j'en ai pas mal. Euh et bah, où je peux l'examiner. J'essaie de l'emmener dans sa chambre, et il y en a qui déambulent tellement, alors j'examine jamais devant les autres résidents, mais il y en a que j'arrive pas à examiner, les patients déments il y en a qui sont inexaminables. Je me fais taper. *rire* Il y en a vraiment c'est compliqué. Et là pour le coup j'ai toujours, avec les patients déments il y a une, j'ai toujours une infirmière qui vient avec moi. Du coup elle arrive à les calmer, avec leur voix ils les connaissent bien.

Chercheur : Donc avec l'accompagnement ça se passe mieux ?

M13 : Ouais

Chercheur : Et, il y a des fois où c'est pas de tout possible ?

M13 : Ah oui

Chercheur : Et vous faites comment dans ces cas-là ?

M13 : Eh bah, eh bah eh bah je me débrouille, c'était pas pour des causes infectieuses mais dans ces cas-là c'est pas de la très bonne médecine, c'est un peu au feeling mais c'est pas très, c'est pas terrible. Alors là la patiente auquel je parle elle avait pas, elle a pas de problème infectieux récent, et c'est pour son renouvellement, mais ce qui fait que j'arrive pas à prendre une tension, j'arrive pas à examiner son cœur ni ses poumons, donc c'est un renouvellement sans examen.... Je la vois globalement quoi. Pendant qu'elle déambule et qu'elle crie.

Chercheur : Pour l'instant cette femme elle a pas encore fait de fièvre.

M13 : Non, c'est ma remplaçante qu'à dû la gérer, du coup je sais pas comment elle a géré.

Chercheur : Voilà. Ok. Hum... Et donc j'imagine que dans ce genre de situation, là c'est particulièrement extrême mais une situation de syndrome infectieux chez un patient un petit peu opposant, il y a du doute diagnostique, vous gérez comment le, comment est-ce que vous gérez le doute diagnostique ?

M13 : Forcément s'appuyer un peu plus sur des examens complémentaires qu'on n'aurait peut-être pas faits en ayant eu l'examen clinique, je pense.

Chercheur : Quel type d'examen complémentaire ?

M13 : Bah je pense qu'on a la num plus facile, num CRP un petit plus facile pour faire le point même si, pas sûre que ce soit tout discriminant, et puis radio pulm par exemple. Je pense que si j'ai pas d'auscult pulmonaire et qu'on me dit qu'elle chauffe à 39 je vais quand même aller voir et l'ECBU sera plus, sera lancé aussi plus rapidement si on a une fièvre inexplicée. Je pense voilà. Je suppose que l'examen complémentaire va être...

Chercheur : De faire une radio pulmonaire pour un patient d'EHPAD, c'est faisable c'est facile ?

M13 : Oui, ça ça pose pas trop de problème. Ouais, fin avec le transport associé, euh chez la patiente démente peut être un peu plus compliqué, après chez les patients grabataires ça ça roule pas mal. Je trouve.

Chercheur : Et les ECBU même chose pour les faire ?

M13 : Là un petit plus compliqué, dans l'ensemble si il faut, si on a vraiment un doute sur une fièvre qu'à pas de point d'appel, ils les sondent pour avoir quand même un ECBU.

Chercheur : Ok. Et les prises de sang elle sont faciles à faire aussi en EHPAD ?

M13 : Oui, enfin moi sur mes patients j'ai pas trop de soucis, après j'avais juste la réserve, là je vous ai dit examen complémentaire en premier, je pense que je me laisse un petit peu plus de temps si j'ai pas réussi à l'examiner qui m'inquiète pas, je vais temporiser un petit peu plus, on se laisse l'évolution, il y a les infirmières, si ça va pas, si ça s'aggrave vraiment si ils

sont septiques ils vont m'appeler quoi. Si vraiment il y a une septicémie qui démarrerait. Je pense que je vais pas me ruer le premier jour à 24 heures de fièvre sur tout ça.

Chercheur : D'accord. Ok. Euh, est-ce que vous avez un exemple de situation récente où vous avez prescrit un antibio en EHPAD ?

M13 : Ohlala... Là ils ont tous fait la grippe quoi mais ils sont pas sous... Euh... Je vérifie. **va chercher les dossiers**

Chercheur : Je vous en pris

M13 : Récemment ce serait l'hiver où ?

Chercheur : Bah récemment, bah la dernière prescription antibiotique, si c'était il y a un an, ou si il y en a pas il y en a pas.

M13 : Euh, on parle de, il y a eu antibiotique... ça c'était une conjonctivite mais c'était une conjonctivite quand même bien pourrie c'est pas moi qui l'ai gérée c'est l'ophtalmo. Euh **fouille** Non je donne pas beaucoup d'antibiotique ! Vous voyez. Ils ont pas eu d'antibio.

Chercheur : La conjonctivite du coup c'était ?

M13 : C'était sur une greffe de cornée, du coup il y a eu une infection euh, et donc du coup je l'ai envoyé aux urgences ophtalmo...

Chercheur : Une infection post op.

M13 : Ouais, et du coup c'est, du coup il a eu son antibiothérapie mais vraiment par le...

Chercheur : Et c'était une antibiothérapie locale ou générale ?

M13 : Non il a été hospitalisé et il a eu il a eu il a eu IV je crois. Qu'est-ce qu'il a eu... **cherche** Non non il a eu un truc général, il a eu je sais plus quoi. Vous voulez peut-être savoir. Qu'est-ce qu'ils lui ont mis, il a eu une bithérapie. **cherche toujours** Je recherche. **rire** Eh bah je ne sais plus.

Chercheur : C'est pas très grave. Mais a priori plutôt par voie générale.

M13 : Ah oui oui il a eu...

Chercheur : Et tout géré, c'était où au CH de (Ville) ?

M13 : Ça a été tout géré par l'ophtalmo. C'est pour ça que moi du coup je l'ai pas vu. Parce que là ils mettent rifam, collyre atropine, Zelitrex®. Tavanic® !

Chercheur : Ah oui quand même.

M13 : Tavanic®, Zelitrex®, rifam. Voilà, c'était ça. Mais moi j'ai pas eu, j'ai pas eu à gérer du tout.

Chercheur : Oui. Parce que, qui c'est qui l'a envoyé à l'hôpital ?

M13 : Moi ! C'est, aux urgences.

Chercheur : Et vous l'aviez vu cliniquement ?

M13 : Ouais j'avais vu son œil purulent, vraiment pas beau, et je savais pas quoi mettre. Je savais pas quoi faire. Du coup il est parti le jour même il est revenu quelques jours après.

Chercheur : Et donc par les urgences ?

M13 : Ouais, il est passé par les urgences.

Chercheur : Pas d'hospit direct.

M13 : Non, il est allé aux urgences et après c'est l'ophtalmo qu'est descendu le voir et qui l'a fait hospitaliser après. Ouais.

Chercheur : Ok. C'est un patient qu'est dément ou dépendant ?

M13 : Oui. Les deux.

Chercheur : Les deux ?

M13 : Il est en fauteuil et un début de démence

Chercheur : Ok. Euh, est-ce que vous connaissez des recommandations en matière d'antibiothérapie en EHPAD ?

M13 : **rire** Euh pfff... non moi je sais pas, je dois être la seule à dire non, euh... non. En EHPAD, c'est ça la question ?

Chercheur : Oui, qu'est-ce que, par exemple quand vous allez en EHPAD vous devez prescrire des antibiotiques ou situation infectieuse, qu'est-ce que vous utilisez comme ressource ?

M13 : Moi j'aurai le même raisonnement en EHPAD ou ailleurs en fait. 'Fin je, j'ai Antibioclic, Antibioclic machin là. Euh, je vais toujours essayer d'aller au plus, d'éviter les quinolones, et voilà de préserver, d'aller au, de plutôt privilégier l'amox quand on peut. Mettre souvent un truc qu'est-ce que je vais faire d'autre... sur les urines euh traiter que quand il y a des symptômes et que quand c'est à traiter. Euh, sur les reco habituelles, j'ai pas l'impression que je change de reco en EHPAD et en, je vais être sûr de la Furadantine® ou du Selexid®, je sais pas si chez les personnes âgées il y a d'autres reco. Sur la pneumopathie euh je ferai la même chose. J'sais pas j'ai pas un raisonnement très différent.

Chercheur : Il y a le droit **rire**

M13 : Ouais mais non non mais je réfléchis je me dis, je raisonne en même temps. Je change mon raisonnement ? Sur l'institutionnalisation quoi tu veux... ? Non, mais je connais pas les reco, enfin je connais pas de reco spécifique.

Chercheur : D'accord. Pas de problème. Hum, vous avez parlé à l'instant d'éviter les quinolones, euh, ça représente quoi pour vous le phénomène d'antibiorésistance ?

M13 : Bah un peu la merde. **rire** Euh, ça représente que les bactéries sont plus fortes que nous, je pense si on continue on arrivera vraiment plus à les, à les combattre... Donc c'est, non c'est, je suis assez sensible à ça mais je suis un petit peu biaisée parce que mon ami est

infectiologue donc j'ai un petit biais de sélection sur le, donc je j'essaie vraiment de mettre le moins d'antibiotiques possibles et d'aller chercher le bon antibiotique et du coup si je sais pas mes ressources voilà **montre son téléphone portable** j'ai avis infectiologue facile. Donc, donc ça m'aide quand même. Et ça m'aide aussi à temporiser en me disant que un antibiotique est pas forcément urgent et qu'on peut toujours se laisser un peu de temps, par contre l'antibiorésistance... Nous c'est surtout les urines je trouve, enfin c'est surtout urine et pneumo hein en médecine gé, Tavanic® par exemple moi jamais Tavanic®, plus Augmentin® hein, je suis quand même sur des choses assez basiques. J'essaie d'être très basique et dès que ça sent vraiment pas bon j'essaie d'avoir un avis pour pas faire n'importe quoi... Pas démarrer un truc si je suis dans le flou complet quoi. Les macrolides, je m'en sers aussi un peu, mais... Rocéphine®, je me sers pas souvent des C3G et je me sers pas souvent des quinolones.

Chercheur : Et, est-ce que vous êtes confrontée à l'antibiorésistance dans votre pratique ?

M13 : Hmm, ah oui on a des ECBU en, même sur des patients en EHPAD avec des signes urinaires qui reviennent avec des ECBU où on, avec toutes les résistances enfin multirésistants, et là je suis un peu embêtée... **rire** Ouais et là, c'est là que j'ai souvent l'avis d'un collègue parce que, parce qu'on a des fois une bactérie on sait pas si c'est celle-là qu'on traite, ou si il y en a deux sur l'ECBU on a deux antibiogrammes, et on traite des fois avec des résistances des fois on a vraiment tout de résistant donc si ça, moi ça me met en difficulté ça l'antibiorésistance, mais je le gère pas toute seule, dans l'ensemble si ils sont résistants et tout je gère pas seule.

Chercheur : Donc vous prenez un avis, et le traitement peut se faire en ville où est-ce que c'est traitement hospitalier ?

M13 : Jusqu'à maintenant euh, j'ai pas **tout bas** alors c'était peut-être une patiente de ma collègue... jusqu'à maintenant on a géré en ville, ce qu'on avait eu mais je sais que des fois c'est que des délivrances hospitalières mais...

Chercheur : Pour l'instant ça s'est géré en ville.

M13 : Pour l'instant c'est passé, parce que j'ai pas beaucoup de patients et j'ai pas beaucoup de cas, je suis là depuis deux ans et j'ai pas eu de... c'est plus dans mes souvenirs. Voilà.

Chercheur : Ok. Hum, est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer la prescription antibiotique en EHPAD ?

M13 : **tout bas** D'avoir un petit protocole. **rire** D'avoir des petits rappels sur les antibiorésistances, on a reçu dernièrement par mail sur les cystites à gérer en ville, je pense qu'en EHPAD ça nous ferait du bien aussi dans les bureaux de chaque, dans les bureaux d'EHPAD là quand on va prescrire de mettre "attention, si on peut éviter ça", de, d'avoir le répertoire des génériques la sécu fait très attention à ça en ce moment mais de, d'avoir quel, les antibio les plus courants je pense que d'avoir un petit tableau en disant hop infection là, chez la personne âgée qu'est-ce qu'on est le plus à risque, qu'est-ce qu'on peut améliorer, ça peut être, ça peut être intéressant. Après pas, sur internet moi j'ai pas mon ordi quand je vais en visite, j'ai le Vidal sur mon téléphone mais c'est pas la dessus que je vais voir. Peut-être dans l'EHPAD moi je trouve que les petits rappels par mail aussi font du bien quand on vous

envoie un petit truc. Si il y a des reco spéciales EHPAD bah il faut qu'ils nous fassent un petite formation reco spéciale EHPAD. **rire** Je sais pas si, parce qu'on nous parle beaucoup de dénutrition mais j'ai pas trop eu d'info sur l'antibiotique en EHPAD. Hmmm, qu'est-ce qu'on pourrait dire d'autre... Après ce serait que la gestion des signes infectieux soit bien, bien identifiée par le personnel, qu'ils soient bien au courant de ce qui peut être grave, ce qui peut être moins grave, et puis de, que la fièvre à 38, enfin voilà, peut être formé un petit les infirmières aux signes infectieux et de quand il faut appeler le médecin, ça se serait bien, faire un peu de régulation mais, je sais pas si c'est possible, je dis en vrac. **rire**

Chercheur : Oui ! Juste pour revenir sur l'idée de, d'avoir dans les bureaux d'EHPAD un petit peu des rappels, ce serait sous quelle forme, sous forme de papiers collés sur les murs, sur l'ordinateur un rappel sur le logiciel... ?

M13 : Ouais ça peut être, alors faut si c'est sur le logiciel faut que ce soit très simple, faut que ce soit, pour moi faut pas que ce soit intégré à la prescription où quoique ce soit je trouve que c'est vraiment désagréable, mais peut être un mémo antibio sur le bureau de l'ordi ça ça me paraîtrait intéressant. Le logiciel non parce qu'ils ont tous des logiciels différents, alors ça c'est une grosse difficulté j'en n'ai pas parlé mais... l'horreur, euh donc moi qui ai pas beaucoup de patients en EHPAD, bah je maîtrise pas les 3-4 logiciels là parce que j'y vais qu'une fois par mois et que ça me soule donc du coup c'est plutôt des ordo que je fais en papier d'ailleurs. Euh non dans le logiciel ça peut être ça ou on est peut-être quand même à l'heure de l'informatique quoi, on va peut-être pas mettre un tableau dans les... une version papier ou une fiche mémo ou dans les dossiers des patients je sais pas. Ça peut être intéressant de les avoir aussi en format fiche, si on est vraiment sensibles à l'antibiorésistance, chaque fois qu'on ouvre un dossier on a le petit mot c'est pas mal.

Chercheur : Hmmm. Et vous avez parlé de, si il y a des reco spéciales il y a pas eu forcément de formation, pour vous c'est qui qui ferait c'est formation ?

M13 : Et bah ça peut être soit les EHPAD, il y a des médecins d'EHPAD qui nous donnent des formations sur la dénutrition tout ça, soit les organismes de formation indépendants, indépendants on va dire, ils sont quand même indépendants les organismes de formation. Je pense que ceux-là. Ce sera pas les laboratoires, pas de mon côté en tout cas.

Chercheur : Quand vous dites par les EHPAD vous pensez au médecin co ou ?

M13 : Ouais pourquoi pas, ça permettrait d'avoir un échange avec le médecins co.

Chercheur : Parce qu'il y a pas d'échange avec le... ?

M13 : C'est pas facile de déterminer les rôles, entre le médecin coordinateur et le médecin traitant, euh ou des fois on trouve qu'il pourrait peut-être nous dépanner sur certaines choses notamment les jours où on peut pas se déplacer, ça, ça pourrait moi ça me choquerait pas qu'un médecin co me dise "j'ai vu ce monsieur-là, je pense que c'est mieux de démarrer l'antibio" et qu'il me dise "on démarre" mais c'est peut-être pas leur rôle, je sais pas. Euh ouais que le médecin co ou qui sait qui pourrait nous former, même le, mais si je vois plus eux quand même, ou gériatre qui travaille, il y a pas de gériatre en EHPAD, c'est en projet je crois que ça va peut-être venir. Parce que l'idée de, ça a dû ressortir mais l'idée de mettre des

médecins qui passent en EHPAD, qu'il y ait plus le médecin traitant à aller voir tous ces patients chacun de leur côté mais qu'il y ait un médecin qui gère...

Chercheur : Un médecin dédié EHPAD ?

M13 : Oh ouais. Peut-être que, peut-être ce serait plus simple. Vu que les médecins ont quand même plus beaucoup de temps pour faire les visites ou en tout cas ne le prennent pas. Je pense ça pourrait être une bonne, une bonne j'en sais rien mais une solution. Pour que ce soit, pour que la prise en charge soit mieux, après sur la formation je suis en train de réfléchir bah là nous on a l'hôpital de (Ville) il y a des formations tous les deux mois, avec les médecins de l'hôpital de (Ville) alors ça pourrait être un gériatre de l'hôpital de (Ville) qui sont quand même sensibles à la médecine de ville donc pourquoi pas. Si il y en a quoi pour le coup, **rire**, mais il y en a sûrement.

Chercheur : Euh parfait, est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter sur le sujet qu'on n'aurait pas abordé ?

M13 : Euh non ça me vient au fur et à mesure, sur le, sur l'antibiotique euh ?

Chercheur : L'antibiothérapie en EHPAD

M13 : Ouais, ouais, euh pfff, non comme ça... les effets secondaires j'en n'ai pas parlé mais on est des fois un peu confrontés aux diarrhées sous Augmentin® qui pose un peu problème aux soignants et pour lesquels on n'a pas forcément envie de changer d'antibiotique, euh ouais c'est surtout ça moi je trouve, donc la tolérance quand même de l'antibiotique chez les personnes âgées et la prise des fois est pas toute simple, donc si je réfléchis quand même au, la Pyostacine® par exemple chez les personnes âgées c'est jamais, j'en mets jamais parce qu'ils la tolèrent pas bien. Euh non c'est surtout ça. Sauf si vous avez d'autres questions ?

Chercheur : Non c'est bon on a fait un peu le tour de, ce qu'on pouvait aborder. Merci beaucoup en tout cas.

Entretien M14

Chercheur : Vous allez en EHPAD ?

M14 : Oui.

Chercheur : Vous y allez avec, à quelle fréquence ?

M14 : Ça dépend d'SOS médecin, mais, 'fin ça dépend des appels, on n'a pas de partenariat avec les EHPAD qui nous dise on y va deux heures par jour où un truc comme ça, mais en général sur disons vingt patients, en général on fait vingt-cinq patients disons vingt patients sur douze heures, deux patients par heure, et on a entre, entre alors bah des fois zéro puis des fois il y a en a cinq en EHPAD.

Chercheur : D'accord. Donc ouais donc ça dépend d'une journée à l'autre, ok.

M14 : Ça va de zéro à cinq sur vingt-cinq donc ça veut dire que ça peut faire jusqu'à 20% des patients quoi.

Chercheur : Hmm... ok. Justement donc, vous m'avez dit vos visites en EHPAD c'est en fonction des appels, c'est ça ? Est-ce que vous êtes amenée à prescrire des antibiotiques en EHPAD ?

M14 : Oui.

Chercheur : Est-ce que vous voyez une différence entre les prescriptions que vous pouvez faire en EHPAD, au niveau des antibiotiques entre le, entre l'EHPAD justement et puis le domicile ? Est-ce que vos prescriptions antibiotiques sont différentes ?

M14 : Euh je fais plus souvent de l'injectable, donc c'est plus facile il y a il y a la facilité de l'infirmière. Euh il y a plus souvent une documentation bacterio, parce que des fois on y va juste pour lire un ECBU. Euh donc c'est plus adapté, c'est plus ciblé en fait l'antibiothérapie. Et, puis il y a quand même un biais de recrutement en EHPAD, c'est à dire qu'elles nous appellent pas quand le patient il a de la fièvre depuis deux heures, en général quand elles nous appellent c'est que ça fait 48 heures que le patient il a de la fièvre, qu'elles ont déjà essayé le paracétamol, et donc il y a un biais de recrutement avec des pathologies qui sont moins souvent virales et qui sont moins souvent virales et plus souvent bactériennes j'ai l'impression, et puis il y a pas toutes les infections virales, pharyngites, 'fin les les infections virales qu'on a chez les gamins et qu'on voit en ambulatoire autre, donc je pense que oui je mettrais plus d'antibiotiques en en, relativement plus d'antibiotiques en EHPAD que dans le reste de ma patientèle.

Chercheur : Vous avez parlé de, bah des appels des infirmières, elles temporisent un petit peu, voir comment ça se passe, euh, qu'est-ce qui fait que vous vous êtes appelés, parce qu'en théorie les patients ils ont des médecins traitants qui doivent se déplacer, est-ce que vous êtes médecin traitant de patients en EHPAD ?

M14 : Non, nous on n'a pas le droit d'être médecin traitant, SOS médecins a pas le droit d'être médecin traitant, donc nous on est appelés soit parce que elles essaient désespérément d'avoir le médecin traitant et il ne veut pas se déplacer, soit parce que le patient a pas de

médecin traitant, soit parce que c'est un horaire de PDSA et que, et que faire venir le médecin c'est quand même vachement mieux que de mettre le patient dans une ambulance pour lui faire faire un aller-retour aux urgences, donc c'est dans ce cadre-là que nous on va aux EHPAD.

Chercheur : Et vous m'avez parlé parfois, une simple lecture d'ECBU, cet ECBU qui c'est qui l'a demandé ?

M14 : Parfois le médecin traitant, parfois nous enfin moi et mes collègues 48 heures avant, euh parfois elles ont des ordonnances automatiques d'ECBU et du coup elles dégainent leurs ordonnances quand le patient a une infection urinaire, ou en tout cas des symptômes fébriles ou des urines qui sentent mauvais, du coup elles sortent l'ECBU et on a le résultat, et on vient lire le résultat 48 heures après.

Chercheur : Qu'est-ce que vous entendez par ordonnance automatique ?

M14 : Certains médecins traitants font des ordonnances « faire pratiquer par IDE : CBU », et les patients ont parfois ont des ordonnances d'avance d'ECBU.

Chercheur : En fonction des symptômes, de la fièvre des choses comme ça ?

M14 : Et l'infirmière fait, décide ou pas de faire la CBU en fonction oui d'une fièvre et de symptômes en général c'est les patients âgés, soit qui ont de la fièvre sans autre point d'appel clinique, soit qui ont des troubles du comportement sans forcément de fièvre parce que ça se manifeste souvent comme ça chez les personnes âgées les infections urinaires, soit qu'ont des urines malodorantes.

Chercheur : D'accord. Et ça c'est quelque chose qui est précisé sur l'ordonnance ou c'est vraiment l'appréciation de l'infirmière ?

M14 : Ah non c'est l'infirmière, sur l'ordonnance c'est écrit « CBU ».

Chercheur : Donc elles se débrouillent.

M14 : Elles se débrouillent.

Chercheur : Et de votre retour est-ce que les CBU demandées elles sont, elles sont légitimes ou parfois elles sont un peu ?

M14 : Elles sont pas toujours légitimes non elles sont souvent contaminées. Elles sont souvent contaminées elles sont souvent négatives, ce qui est très bien, parce que parce que ça nous évite de, ça les rassure, et puis ça nous évite de mettre des antibiotiques probabilistes en attendant. Et puis ça nous permet d'éliminer ça et de passer à autre chose. Donc est-ce que c'est toujours pertinent, est-ce que ça abouti toujours à une prescription antibiotique non, est-ce que c'est toujours pertinent bah non parce que des fois c'est contaminé et on peut rien en faire, mais ça permet quand même de débrouiller quelques situations infectieuses.

Chercheur : D'accord, ok. Hum les appels, ils sont, c'est un secrétariat j'imagine ?

M14 : C'est une plateforme de prise d'appel ouais, c'est un standard.

Chercheur : Et ensuite qui vous répartisse les interventions c'est ça ?

M14 : Oui.

Chercheur : Vous est-ce que vous avez parfois les infirmières directement au téléphone ?

M14 : Non jamais.

Chercheur : Jamais, vous allez sur place c'est la plateforme qui filtre. Euh, vous vous rendez sur place il y a des liens avec la famille pour vous en tant qu'SOS ? Les familles de patients ?

M14 : Si la famille est là bien entendu on voit la famille, euh si c'est un appel à la demande de la famille parce que des fois il y a des appels à la demande de la famille dans ce cas-là on fait un retour à la famille, si c'est un appel à la demande de l'infirmière on écrit un mot dans le dossier, et c'est tout.

Chercheur : Donc c'est possible pour la famille de vous contacter différemment, directement vous vous déplacez ?

M14 : Bien sûr.

Chercheur : Même si ça vient pas de l'équipe médical, 'fin l'équipe infirmière.

M14 : Oui oui. Ah oui oui ça arrive qu'on arrive, qu'on se présente à la porte de l'EHPAD et qu'ils nous disent « mais vous venez voir qui ? » et en fait c'est la famille qu'a appelé sans même mettre au courant équipe de l'EHPAD.

Chercheur : Et ça c'est une difficulté ou non ?

M14 : C'est c'est, en général des appels qui sont pas justifiés médicalement, qui sont justifiés par l'inquiétude de la famille, c'est des inquiétudes peut être légitimes peut être pas légitimes mais en tout cas c'est probablement que si l'infirmière avait été mise au courant et avait pu ne serait ce que constater le patient, ne serait-ce que « examiner » **fait le geste des guillemets avec les doigts** le patient, il y aurait pas eu d'appel.

Chercheur : Donc c'est une visite un peu, souvent ce genre de visite c'est une visite pour rassurer les familles quoi ?

M14 : Oui oui c'est de la réassurance.

Chercheur : Ouais d'accord. Et vous vous avez, vous ça vous va de travailler comme ça, vous avez pas l'impression de vous être déplacer pour rien ?

M14 : Quelqu'un qu'est, 'fin c'est toute la question de l'urgence vraie et de l'urgence ressentie. Une urgence ressentie ça reste une urgence, pas pour nous, pas médicalement, mais pour le patient ou pour sa famille. C'est comme une maman qui déboule aux urgences à 2 heures du mat' avec un petit qu'a de la fièvre depuis une heure. 'Fin un petit qu'a de la fièvre depuis une heure, dans je sais pas 95% des cas, c'est rien, et 95% des cas on va juste pouvoir lui dire bah donnez-lui du Doliprane® et voilà, mais ça faut pouvoir examiner le bébé, voir qu'il gazouille il est bien tonique machin, et rassurer maman. C'est de la réassurance, donc c'est pas de l'urgence vraie, mais c'est une urgence ressentie, là c'est le même principe, c'est l'urgence ressentie, donc est-ce que c'est justifié bah oui. Je pense que c'est justifié.

Chercheur : Ok. Très bien. Hum, comment est-ce que vous examinez un patient dépendant ?

M14 : Comme les autres. Je le constante, euh non pas comme les autres parce que, 'fin ça dépend, c'est des dépendants et déments ? Ou c'est des dépendants et pas déments... si je peux l'interroger en gros.

Chercheur : Bah il y a, il y a une question pour le dément, donc là se serait le dépendant sans trouble cognitif pour le moment.

M14 : Sans trouble cognitif, très bien, donc dans ce cas-là je le constante, je l'examine cœur poumons abdo euh cutané ORL. Je ne regarde pas systématiquement les tympons de mes patients âgés dépendants, peut être que c'est pas bien *rises* Et voilà. Après si il y a une bio je regarde une bio, forcément je regarde le dossier médical avant pour voir les antécédents pour voir le traitement, et voilà.

Chercheur : Et hum, s'il a du mal à se mobiliser est-ce que vous êtes toute seule, vous êtes accompagnée ?

M14 : Ah il y a l'infirmière, l'infirmière est là pour vous aider à mobiliser le patient, à l'asseoir et puis, et puis je suis urgentiste, je suis smuriste, j'ai l'habitude de déshabiller les patients pas forcément dans de très bonnes conditions, et de les examiner allongés surtout, donc c'est pas très compliqué.

Chercheur : Et, mais justement le patient dément ?

M14 : Bah le patient dément c'est pareil sans l'interrogatoire, euh sans interrogatoire mais en sachant que un patient dément qui subitement est plus dément que d'habitude, c'est qu'il se passe un truc, et c'est sa façon à lui de nous dire qu'il se passe un truc, donc après charge à nous de trouver ce qu'il se passe.

Chercheur : Ok. Hum, justement un patient dément qui bah, est un peu agité on sait pas trop ce qui se passe, j'imagine qu'il y a un peu un doute qui se crée, comment est-ce que vous gérez le doute diagnostique ?

M14 : Bah déjà il y a des critères hémodynamiques, qui me disent, qui me disent est-ce que c'est une prise urgente, une prise en charge urgente à l'heure près, ou est-ce que c'est quelque chose que je peux temporiser. Il y a le début des symptômes, est-ce que ça date d'il y a longtemps est-ce que ça date d'il y a pas longtemps qui nous permet de temporiser un petit peu. Il y a l'encadrement parce que si c'est une EHPAD où je sais qu'il y a des infirmières et pas que des veilles bah ça me permet aussi de les remettre à une surveillance paramédicale plus poussée. Et j'ai oublié le début de la question ?

Chercheur : Non mais c'était ça au niveau du doute, vous parliez d'hémodynamique...

M14 : Voilà hémodynamique au début, après la clinique qui oriente ou qui oriente pas et puis des fois bah on sait pas ce qu'on fait, donc en général on va à la pêche avec un bilan bio et une CBU.

Chercheur : Quand vraiment il y a aucune idée. Et ça aide ce bilan complémentaire ?

M14 : Ça aide à rassurer, c'est contraphobique sûrement pour le médecin. Ça aide à rassurer un bilan bio qu'est strictement normal et une CBU qu'est strictement normale, bah voilà, ça

on a fait, ça on l'a éliminé, euh et puis et puis après ça permet de passer à autre chose. Chercher l'origine neuro, chercher autre chose.

Chercheur : Et euh, donc là on a parlé de, est-ce qu'il y a d'autres situations où vous êtes amenée à demander des bilans biologiques, des examens complémentaires en EHPAD dans le cadre de l'infectiologie ?

M14 : Autre que le doute diagnostique ? Bah oui pour aller chercher, par exemple une tolérance, une tolérance ou une fonction, une fonction rénale sur une pyelo, euh voir comment, comment le rein se défend. Euh pour aller chercher un facteur de gravité, aussi hein, et puis des fois pour contrôler l'évolution, des fois on contrôle qu'une CRP qu'était à 150 elle est bien rediminuée et si elle est à 50 on est un peu rassurés d'une évolution et on va pas se jeter sur une antibiothérapie si c'est un patient récidive sa fièvre alors que sa CRP elle a diminuée.

Chercheur : Parce que en pratique, je suis navrée je connais pas bien la pratique d'SOS médecins, vous allez voir un patient, vous demandez un bilan bio parce qu'il y a besoin, après c'est vous qui recevez les résultats...

M14 : C'est nous qui recevons les bio ouais.

Chercheur : ...et en fonction vous rappelez les, l'EHPAD pour rééchanger plus repasser si besoin quoi ?

M14 : Tout à fait.

Chercheur : Ok. Euh, est-ce que vous êtes amenée à demander des imageries en EHPAD ?

M14 : Rarement. Rarement parce que c'est, c'est typiquement logistiquement compliqué, que si il y a besoin d'une imagerie à tout prix, c'est souvent plus simple d'envoyer le patient aux urgences comme il aura tout sur place. Parce que, parce que le déplacer pour faire faire une radio des poumons c'est quand même super compliqué, sachant qu'on a à peu près tous des échoscopes dans nos sacs donc au pire on met un coup d'écho nous, qu'est pas un vraie échographie, mais qui permet quand même d'aller voir une condensation pulmonaire sur l'écho, et, et de se passer de la radio de poumon et d'ailleurs une radio de poumon quand on a une écho qu'est pertinente, voilà on peut se poser la question de l'indication.

Chercheur : Parce que... oui. Vous voulez dire si vous, hum si vous êtes à peu près persuadée qu'il y a une pneumopathie, c'est vraiment pour faire la différence avec un épanchement pleural c'est ça ou... ?

M14 : Non c'est pour voir les signes de condensation pulmonaire.

Chercheur : D'accord vous pouvez voir à l'échoscope ?

M14 : Ouais, foie hépatisé euh non le poumon hépatisé. Poumon qui ressemble à un foie et ça c'est...

Chercheur : En cas de foyer on voit un petit quelque chose. OK. Très bien. Euh, est-ce que vous avez une situation récente où vous avez prescrit un antibiotique en EHPAD ?

M14 : Comme ça sur le bout de la langue ?

Chercheur : Ouais désolée. **rire**

M14 : Euh...

Chercheur : Situation qui vous revient ?

M14 : Oui j'ai vu un petit papy, quel jour sommes-nous, jeudi. Donc ça veut dire que c'était pas hier, c'était vendredi dernier. J'ai vu un petit papy en EHPAD, un petit papy qu'est-ce qu'il avait ? **réfléchit** Il avait... ah bah il toussait il crachait il avait inhalé, c'est ça c'était un petit papy qu'était forcément grabataire qu'était forcément dément, euh fébrile depuis 48 heures, que mon collègue avait vu, que mon collègue avait mis sous amox, et qui était toujours aussi fébrile il décollait pas du tout. Moi je l'ai vu 48 heures après et en fait il avait inhalé donc l'amox ça suffisait pas donc j'ai mis de l'Augmentin®. Et j'ai fait faire une bio qui montrait un joli syndrome infectieux que j'ai eu 24 heures après parce qu'il a été piqué le lendemain matin. Qu'avait un syndrome inflammatoire assez majeur avec une CRP qu'était à 200, et les blancs qu'était à 14000, ou à 14700. Et que j'ai pas revu donc j'imagine que ça va mieux. Ou alors ils l'ont emmené à l'hôpital.

Chercheur : Ouais vous avez pas eu de nouvelles ?

M14 : J'ai pas eu de nouvelles. Sachant que si un de mes collègues d'SOS l'avait revu j'aurai eu le dossier donc je l'ai pas, en tout cas nous on l'a pas revu.

Chercheur : D'accord, ok. Et pour ce patient vous avez fait donc la biologie, est-ce que il y a eu besoin de faire un petit coup d'échoscopes ou la clinique suffisait ?

M14 : Euh non, alors je l'ai fait cliniquement celui-là.

Chercheur : Oui.

M14 : Ouais.

Chercheur : Ok. Très bien. Hum, est-ce que, qu'est-ce que vous pensez des ressources et des recommandations qu'on peut avoir en matière d'antibiothérapie pour l'EHPAD ?

M14 : C'est toujours plus compliqué chez les patients qui sont, qui sont comme ça grabataires qui sont parfois déments, parce que j'imagine, je pense je connais pas les statistiques qu'on a l'antibiothérapie plus facile et que bah forcément il y a des résistances, il y a plus de résistances, il y a qu'à voir le nombre qui se promène avec un BMR dans leurs urines en EHPAD. Et que des fois on est bien embêtés, des fois on est bien embêtés avec un antibiogramme où absolument tout qu'est résistant sauf un machin qui se met en IV en réa sur une voie veineuse centrale. Et que bah dans ce cas les recommandations elles, elles atteignent un petit peu leurs limites et que le coup de fil à l'infectiologue est pratique pour faire un truc un petit peu en dehors des clous.

Chercheur : Donc ouais si vous arrivez vraiment au bout du bout c'est l'infectiologue ?

M14 : Ouais.

Chercheur : L'infectiologue de l'hôpital de (Ville) ?

M14 : De l'hôpital de (Ville) ouais.

Chercheur : Et vous arrivez à faire à l'EHPAD ou il faut hospitaliser le résident ?

M14 : C'est rare qu'on hospitalise. C'est rare qu'on hospitalise parce que parce que déplacer un patient c'est logistique une fois de plus c'est compliqué et puis un patient dément qu'est déplacé bah forcément il va aggraver sa démence, forcément il va être plus agité donc forcément il va être moins bien cliniquement, c'est souvent beaucoup plus pertinent de les traiter à l'EHPAD. Alors des fois oui on les transporte mais bon c'est rare. C'est un truc qu'SOS a apporté je pense. Parce qu'avant quand il y avait pas SOS c'était aux urgences forcément, là on permet, on peut les soigner, on peut les soigner à l'EHPAD et on peut des fois ne pas les soigner c'est-à-dire des fois on peut, pas ne pas les soigner mais ne pas les antibiothéramer en sachant que bah déjà il y a l'équipe infirmière, équipe paraméd' qui peut surveiller et elles savent qu'on est là tout le temps, donc si ça va pas elles nous appellent on repasse. C'est pas rare qu'on passe voir le même patient deux-trois fois d'affiler, et que le premier met pas d'antibio, le deuxième met pas d'antibio et puis le troisième il confirme qu'il faut pas mettre d'antibio. Et finalement le patient il s'en sort. Et il guérit. Et puis des fois le premier antibio, le deuxième, enfin le premier en met pas, le deuxième est obligé d'en mettre un. Et ça permet aussi de temporiser et de, de se donner le temps.

Chercheur : D'accord. Et vous avez parlé d'antibiorésistance, qu'est-ce que ça évoque pour vous l'antibiorésistance ?

M14 : Ça évoque beaucoup de santé publique, déjà, euh beaucoup de santé pub, beaucoup de discussion et de bataille et d'explication au patient qui des fois, alors pas en EHPAD, parce qu'en EHPAD c'est, 'fin les patients ils iront pas dire « bah comment ça j'ai pas mon antibio » c'est rare qu'ils disent ça. Mais l'antibiorésistance des EHPAD elle commence en ambulatoire, elle commence chez les bébés et chez les mamans qui veulent à tout prix qu'on soigne une fièvre depuis dix minutes avec un antibiotique et c'est souvent des batailles longues et féroces.

Chercheur : Pour ne pas mettre d'antibiotique ?

M14 : Pour expliquer pourquoi on met pas d'antibiotique et pourquoi, « vous savez je me connais docteur moi ça tombe toujours sur les bronches hein, moi il me faut il me faut un antibiotique hein, non mais je me connais docteur. Et puis t'façon la dernière fois on a fini par mettre un antibiotique ». Oui bah on a fini par mettre un antibiotique c'est que ça veut dire que ça allait pas mieux mais ça veut dire qu'on a commencé par pas en mettre et que, et que bah vous avez, ça allait pas mieux donc vous avez rappelé donc le médecin vous a revu donc vous avez été réexaminé et là il a jugé qu'il fallait mettre un antibiotique, bah peut être que votre pathologie elle avait évoluée, peut être que cette fois elle va pas évoluer dans le même sens. « Oui non mais docteur mettez moi tout de suite l'antibiotique ». Non je vous mettrai pas tout de suite l'antibiotique. « Non mais ce que vous faites docteur, c'est que vous le mettez en bas de l'ordonnance, puis promis hein mais promis je le prendrai que si ça va pas mieux dans deux jours. » Et c'est c'est, c'est sans arrêt.

Chercheur : Ça l'antibiotique anticipé c'est quelque chose que font certains médecins, pour revenir sur l'EHPAD est-ce que c'est quelque chose que vous pouvez faire avec l'infirmière, faire une ordonnance d'antibiotique à administrer que si, je sais pas persistance de la fièvre ou...

M14 : Non moi je préfère revoir le patient, toujours revoir le patient et réévaluer cliniquement et refaire comme il faut et mes collègues je sais qu'ils travaillent comme ça parce que des fois je retourne voir leur patient et des fois ils retournent voir les miens, donc non nous on retourne voir, puis on est là tous le temps.

Chercheur : Est-ce que vous pensez que ça c'est un petit peu modulé par le fait que justement vous avez toute une équipe qui peut repasser derrière, est-ce que ce serait différent si... ?

M14 : Ah oui oui bah j'imagine qu'un médecin traitant qu'a toute sa patientèle au cabinet, euh qui qui perd du temps j'imagine que quand on est installés au cabinet on pense qu'on perd du temps en visite et c'est et c'est légitime vu le nombre de patients qu'ils ont déjà à traiter au cabinet, donc ouais c'est sûr que j'imagine que c'est, ça rend service de dire bah « si ça va pas mieux dans deux jours voilà vous faites ça et puis on en parle plus »

Chercheur : Hum. Ok. Bah très bien écoutez c'est pas mal est-ce que vous avez d'autres choses à dire sur le sujet qu'on n'aurait pas abordés ? Sur le sujet de l'antibiothérapie en EHPAD ?

M14 : **rire** Non non non.

Chercheur : Ça va ?

M14 : Ouais !

Chercheur : Eh bah, merci beaucoup !

Bibliographie

1. O'Neil J. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations [Internet]. 2016 May p. 1–84. Available from: <https://amr-review.org/>
2. Comité interministériel pour la santé. Maîtriser la résistance bactérienne aux antibiotiques [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cited 2019 Apr 28]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/maitrise-de-l-antibioresistance-lancement-d-un-programme-interministeriel>
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2018.
4. Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance. Pas le temps d'attendre : assurer l'avenir contre les infections résistantes aux médicaments - Rapport au secrétaire général des Nations unies [Internet]. 2019 Apr. Available from: <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/final-report/en/>
5. Dyar OJ, Pagani L, Pulcini C. Strategies and challenges of antimicrobial stewardship in long-term care facilities. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. 2015 Jan;21(1):10–9.
6. INSEE. Population par âge. Tableaux de l'économie française. 2018 Feb 27;26–7.
7. DREES. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Etudes Résultats*. 2017 Jul;1015:1–8.
8. Lucie Calvet, avec la collaboration de Nadège Pradines (DREES). État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. *Etudes et résultats*. 2016 Dec;988:1–4.
9. Yara Makdessi et Nadège Pradines (DREES). En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. *Etudes et résultats*. 2016 Dec;989:1–4.
10. Enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Résultats nationaux 2016. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 67 p.
11. Morrill HJ, Caffrey AR, Jump RLP, Dosa D, LaPlante KL. Antimicrobial Stewardship in Long-Term Care Facilities: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Feb;17(2):183.e1-183.16.
12. Stuart RL, Wilson J, Bellaard-Smith E, Brown R, Wright L, Vandergraaf S, et al. Antibiotic use and misuse in residential aged care facilities. *Intern Med J*. 2012 Apr 4;42(10):1145–9.

13. M. Loeb. Antibiotic Use in Long-Term-Care Facilities: Many Unanswered Questions | Infection Control & Hospital Epidemiology | Cambridge Core. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2000 Oct;20(10):680–3.
14. Rotjanapan P, Dosa D, Thomas KS. Potentially inappropriate treatment of urinary tract infections in two Rhode Island nursing homes. *Arch Intern Med.* 2011 Mar 14;171(5):438–43.
15. Lemoine L, Dupont C, Capron A, Cerf E, Yilmaz M, Verloop D, et al. Prospective evaluation of the management of urinary tract infections in 134 French nursing homes. *Médecine Mal Infect.* 2018 Aug 1;48(5):359–64.
16. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2014, 152 p., ISBN : 978-2-8011-1749-1.
17. ANAP. Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD - Retour d'expériences des territoires PAERPA. 2019 Mar.
18. Ministère des Solidarités et de la Santé, DICOM_Gabriel.DS. Communiqué de presse : Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme [Internet]. 2018. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>
19. Pacte de refondation des urgences | Agence régionale de santé Grand Est [Internet]. Available from: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/pacte-de-refondation-des-urgences-1>
20. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 119. 2016-41 Jan 26, 2016.
21. Christian R, Baker K. Effectiveness of Nurse Practitioners in nursing homes: a systematic review. *JB Libr Syst Rev.* 2009;7(30):1333–52.
22. Antwi YA, Bowblis JR. The Impact of Nurse Turnover on Quality of Care and Mortality in Nursing Homes: Evidence from the Great Recession. *Am J Health Econ.* 2017 Aug 23;4(2):131–63.
23. Bakerjian D. Care of Nursing Home Residents by Advanced Practice Nurses A Review of the Literature. *Res Gerontol Nurs.* 2008 Jul 1;1:177–85.
24. Martin C, Ramos-Gorand M. High turnover among nursing staff in private nursing homes for dependent elderly people in France: impact of the local environment and the wage. *Econ Stat Econ Stat.* 2017 Jul 7;(493).
25. Rémy Marquier, Thomas Vroylandt, (DREES), Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, et al. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. 2016 Sep. (Les dossiers de la DREES).
26. Global Aging Consulting. Les EHPAD en France - Opinions des Familles - Sondage. 2017 Oct; Available from: <http://www.fredericserriere.com/silvereconomie/ehpad-les-avis-des-familles/>

27. D. Alcetegaray. Dynamique de changement autour du positionnement médecin coordonnateur. Ecole des hautes études en santé publique; 2015.
28. Federal Register. CMS 2015 and Medicare and Medicaid Programs: reform of requirements for long-term care facilities. [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 15]. Available from: <https://www.federalregister.gov/documents/2015/07/16/2015-17207/medicare-and-medicaid-programs-reform-of-requirements-for-long-term-care-facilities>
29. Morgan J Katz, Ayse P Gurses, Pranita D Tamma, Sara E Cosgrove, Melissa A Miller, Robin L P Jump. Implementing Antimicrobial Stewardship in Long-term Care Settings: An Integrative Review Using a Human Factors Approach. Clin Infect Dis Issue 11. 2017 Dec;65(11):1943–51.
30. Loeb M, Bentley DW, Bradley S, Crossley K, Garibaldi R, Gantz N, et al. Development of minimum criteria for the initiation of antibiotics in residents of long-term-care facilities: results of a consensus conference. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001 Feb;22(2):120–4.
31. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/12/22/2018-1203/jo/texte>
32. Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes | Legifrance [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038730185&categorieLien=id>
33. Nadia Graradji. Un “pouvoir général de prescription” aux médecins coordonnateurs en EHPAD ? Géroscopie. 2018 Dec 4;
34. URPS Pays de la Loire. État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire [Internet]. 2014. Available from: <http://urml-paysdelaloire.org/publication/ehpad-2/>
35. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l’avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/8/1/SSAS1821639A/jo/article_snum1
36. MG France. A quand la Visite Longue pour toutes nos visites ? [Internet]. 2018. Available from: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/2011-a-quand-la-visite-longue-pour-toutes-nos-visites>
37. M. Durand, B. de Wazieres, G. Gavazzi, L. Legout, L. Bernard, E. Forestier, T. Fraisse. Déterminants de la prescription d’antibiotiques chez les personnes âgées en phase terminale de soins palliatifs : enquête nationale de pratiques - ScienceDirect. Médecine Mal Infect Vol 48 Issue 4 Suppl June 2018 Page S51.
38. Gaétan Gavazzi, Jean-Paul Janssens et Karl-Heinz Krause. Pneumonies chez les patients âgés en fin de vie. InfoKara. 2004 Apr;19:149–53.

39. Béziaud N, Pavese P, Barnoud D, Laval G. Infections bactériennes en soins palliatifs : antibiothérapies et limitations thérapeutiques. *Presse Médicale* - Vol 38 - N° 6 - P 935-944. 2009 Jun 2;
40. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Seventh Edition. Oxford, New York: Oxford University Press; 2013. 480 p.
41. BVA Opinion. EHPAD : Les directives anticipées, partage d'expériences [Internet]. *Parlons Fin de Vie*. 2019. Available from: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/press/ehpad-les-directives-anticipees-partage-dexperiences/>
42. A. Buzyn. Réponse au référé S2018-3239 - La pertinence de la prescription des antibiotiques [Internet]. Available from: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-pertinence-de-la-prescription-des-antibiotiques>
43. J. Carlet, P. Le Coz. Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2015 Jun p. 150.
44. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci IS*. 2008 Jul 16;3:36.
45. Pulcini C, Naqvi A, Gardella F, Dellamonica P, Sotto A. Résistance bactérienne et prescription antibiotique : perceptions, attitudes et connaissances d'un échantillon de médecins généralistes. *Médecine Mal Infect*. 2010 Dec 1;40(12):703–9.
46. Mayne S, Bowden A, Sundvall P-D, Gunnarsson R. The scientific evidence for a potential link between confusion and urinary tract infection in the elderly is still confusing - a systematic literature review. *BMC Geriatr*. 2019 Feb 4;19(1):32.
47. Phillips CD, Adepoju O, Stone N, Moudouni DKM, Nwaiwu O, Zhao H, et al. Asymptomatic bacteriuria, antibiotic use, and suspected urinary tract infections in four nursing homes. *BMC Geriatr*. 2012 Nov 23;12:73.
48. Ravat F, Jault P, Gabard J. Bactériophages et phagothérapie: utilisation de virus naturels pour traiter les infections bactériennes. *Ann Burns Fire Disasters*. 2015 Mar 31;28(1):13–20.
49. ANSM. Comité scientifique spécialisé temporaire. Phagothérapie – retour d'expérience et perspectives [Internet]. 2019 Mar [cited 2019 Jul 4]. Available from: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Phagotherapie-Publication-du-compte-rendu-du-CSST-Phagotherapie-retour-d-experience-et-perspectives-Point-d-Information>
50. Brown MM, Sloane PD, Kistler CE, Reed D, Ward K, Weber D, et al. Evaluation and Management of the Nursing Home Resident With Respiratory Symptoms and an Equivocal Chest X-Ray Report. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Dec 1;17(12):1164.e1-1164.e5.
51. Mounayar AL, Chaussade H, Bouvet D, Robert S, Goudeau A, Marchand-Adam S, et al. La PCR multiplex : un outil diagnostic d'infection respiratoire basse chez l'adulte. *Rev Mal Respir*. 2015 Jan;32:A14.

52. OMEDIT - ARS Ile-de-France. Bon usage des antibiotiques en EHPAD [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 4]. Available from: <http://www.omedit-idf.fr/juste-prescriptionbon-usage/infectiologie/bon-usage-des-antibiotiques-en-ehpad/>
53. Prévention du risque infectieux : bilan positif pour les équipes mobiles d'hygiène intervenant en Ehpap [Internet]. [cited 2019 Jul 4]. Available from: <http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/prevention-du-risque-infectieux-bilan-positif-pour-les-equipes-mobiles-dhygiene-intervenant-en>
54. Backman C, Taylor G, Sales A, Marck PB. An integrative review of infection prevention and control programs for multidrug-resistant organisms in acute care hospitals: a socio-ecological perspective. *Am J Infect Control*. 2011 Jun;39(5):368–78.
55. Cohen CC, Pogorzelska-Maziarz M, Herzig CTA, Carter EJ, Bjarnadottir R, Semeraro P, et al. Infection prevention and control in nursing homes: a qualitative study of decision-making regarding isolation-based practices. *BMJ Qual Saf*. 2015 Oct;24(10):630–6.
56. Tarzi S, Kennedy P, Stone S, Evans M. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *J Hosp Infect*. 2001 Dec;49(4):250–4.