



HAL
open science

Les déterminants de la décision de prescription d'antibiotiques en EHPAD : étude qualitative auprès des médecins généralistes prescripteurs d'un EHPAD du Var

Victoria Andreo

► To cite this version:

Victoria Andreo. Les déterminants de la décision de prescription d'antibiotiques en EHPAD : étude qualitative auprès des médecins généralistes prescripteurs d'un EHPAD du Var. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03200355

HAL Id: dumas-03200355

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03200355v1>

Submitted on 16 Apr 2021

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.



Les déterminants de la décision de prescription
d'antibiotiques en EHPAD

Étude qualitative auprès des médecins généralistes
prescripteurs d'un EHPAD du Var

THESE

Pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine générale

Présentée publiquement et soutenue à la faculté de Nice

Le 11 février 2021

Par ANDREO Victoria

Née le 27 juillet 1992

Membres du jury :

- | | |
|---|---------------------|
| • Monsieur le Professeur Olivier GUERIN | Président |
| • Madame le Professeur Brigitte MONNIER | Assesseur |
| • Monsieur le Docteur Nicolas HOGU | Assesseur |
| • Madame le Docteur Isabelle POURRAT | Directrice de thèse |

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie
Recherche
Etudiants

Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA Jean
M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les membres du jury qui ont accepté de prendre le temps de juger mon travail.

Monsieur le Professeur Olivier Guérin

Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de consacrer du temps à mon travail dans ce contexte sanitaire si particulier.

Madame la Professeur Brigitte Monier

Veillez recevoir l'assurance de mon profond respect pour avoir bien voulu évaluer mon travail. Mes sincères remerciements pour tous les efforts que vous fournissez dans la formation des internes en médecine générale.

Monsieur le Docteur Nicolas Hogu

C'est avec enthousiasme que vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse. C'est avec ce même enthousiasme que j'ai participé aux séances de GEASP que vous dirigez. Je vous remercie sincèrement pour la participation à mon jury de thèse et pour tout ce que vous m'avez apporté dans ma formation d'interne en médecine générale.

Madame le Docteur Isabelle Pourrat

Sans toi Isabelle rien n'aurait été possible, c'est ton enthousiasme débordant et l'énergie que tu mets à faire bouger les choses qui m'ont donné envie de réaliser cette thèse sous ta direction. Je te remercie infiniment pour le temps que tu m'as accordé, pour tes conseils bienveillants et ta disponibilité qui m'ont donné la motivation pour faire mon possible pour réaliser un travail de qualité.

Merci à tous les médecins qui m'ont accordé de leur temps précieux, sans eux ce travail n'aurait pas été possible.

Je tiens à remercier également toutes les équipes soignantes de l'EHPAD dans lequel j'ai réalisé ce travail et notamment Bénédicte Champavier qui m'a apporté une aide précieuse lors de mon de recueil de données.

Merci à tous les médecins qui ont contribué à ma formation tout au long de mes études, notamment l'équipe des urgences de Draguignan pour m'avoir accompagnée dès mes premiers pas dans la vie d'interne et avec qui j'apprends encore chaque jour. Je tiens également à remercier les Docteurs Barrière et Baidi avec qui j'ai passé six mois exceptionnels dans le service de pneumologie, merci pour leur bienveillance et pour toutes les connaissances qu'ils ont eu à cœur de me transmettre, merci aussi à Pauline pour son accueil et sa bonne humeur.

Merci à tous mes amis qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de mon parcours. Merci à Fanny et Julien, mes acolytes qui ont permis d'adoucir un peu les dernières années d'externat. Merci à mes amies Myriam, Julie et Désirée d'être restées à mes côtés malgré la distance et le manque de temps que j'avais parfois à leur accorder.

Papa, maman merci pour le soutien et la confiance que vous me portez depuis que je suis née. Merci d'avoir accepté mes choix, mon engagement dans ces études et de m'avoir apporté un soutien sans faille.

Alex, merci de me supporter au quotidien, merci de m'avoir toujours soutenue dans les bons comme les mauvais moments, d'avoir toujours été là à mes côtés. Sans toi je n'en serais peut-être pas là aujourd'hui. A notre amour.

Je remercie également toute ma famille, ma Mounette qui attend ce jour depuis si longtemps, à Geneviève pour ses conseils bienveillants et ses relectures éclairées, merci Antoine, Thierry et tous ceux que j'oublie d'être à mes côtés.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	10
TABLE DES MATIERES.....	12
ABREVIATIONS.....	14
INTRODUCTION	15
METHODE	18
TYPE D'ETUDE	18
SELECTION DES PARTICIPANTS	18
GUIDE D'ENTRETIEN	18
DEROULE DE L'ENTRETIEN	20
ANALYSE DES DONNEES.....	20
LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	20
RESULTATS.....	21
POPULATION CONCERNEE	21
DESCRIPTION DES RESULTATS.....	22
LA SITUATION PATHOLOGIQUE.....	23
La clinique	23
Le cadre nosologique.....	24
Les comorbidités.....	25
L'ENVIRONNEMENT	25
L'équipe de soins au sein de la structure	25
L'accessibilité des examens complémentaires	26
La famille	27
LE MEDECIN	28
Les habitudes de prescription.....	28
L'instinct ou « gut feeling »	28
Connaissances et recommandations	29
Gestion de l'incertitude	30
Facteurs extrinsèques contextuels	31
LA VULNERABILITE DE LA PERSONNE AGEE	31
Troubles cognitifs.....	31
Bénéfices/risques d'une hospitalisation.....	32
Les expériences antérieures avec le patient.....	32

LA THERAPEUTIQUE	33
La tolérance	33
L'antibiorésistance	33
La galénique.....	33
La disponibilité.....	34
RESUME DES RESULTATS	34
DISCUSSION	36
BIAS ET FORCES DE L'ETUDE.....	42
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXE N°1	50
ANNEXE N°2	54
ANNEXE N°3	55
SERMENT D'HIPPOCRATE	56
RESUME	57

ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

C3G : Céphalosporine de 3ème Génération

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CRP : Protéine C réactive

EBM : Evidence Based Medecine

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmière Diplômée d'État

OMÉDIT : Observatoire des Médicaments Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCT : Procalcitonine

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SPILF : Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française

UP : Unité Protégée

INTRODUCTION

Les antibiotiques découverts au cours du 20ème siècle ont permis de faire considérablement baisser la mortalité liée aux infections bactériennes. Première cause de mortalité lors de la seconde guerre mondiale, celles-ci sont aujourd'hui responsables de 2% des décès en France (1).

L'utilisation massive et répétée de ces antibiotiques en santé humaine et animale a contribué au développement de bactéries résistantes à tel point que ce phénomène constitue une des plus grandes menaces qui pèse actuellement sur la santé humaine dans le monde. La résistance aux antibiotiques atteint des niveaux élevés dans toutes les régions du monde et constitue un enjeu majeur de santé publique.

Selon l'OMS « Si nous ne prenons pas des mesures d'urgence, nous entrerons bientôt dans une ère postantibiotique dans laquelle des infections courantes et de petites blessures seront à nouveau mortelles » (2).

Dans le monde, actuellement, l'antibiorésistance est responsable de 700 000 décès par an, une projection sur l'année 2050 estime à 10 millions par an le nombre de décès liés à l'antibiorésistance, ce qui en fera la première cause de mortalité au monde (3).

Suite à l'exposition répétée aux antibiotiques, les bactéries évoluent et développent des mécanismes de résistance qui leur permettent de survivre à ceux-ci. L'antibiorésistance touche non seulement les bactéries pathogènes, mais aussi les bactéries commensales aussi bien chez l'Homme que chez les animaux. Ces bactéries résistantes se transmettent ensuite entre personnes, entre espèces et dans l'environnement, ce qui participe à leur diffusion (4).

Dans les années 2000, le concept « One Health » a émergé avec la prise de conscience des liens entre la santé humaine et animale, il encourage une approche globale et pluridisciplinaire (5). Après avoir dressé un tableau alarmant de la situation (6), l'OMS a établi, en mai 2015, un plan d'action encourageant tous les états membres à mettre en place un plan national intersectoriel de maîtrise de la résistance d'ici 2017.

En France en 2018, 728 tonnes d'antibiotiques destinés à la consommation humaine ont été vendus, 93% d'entre eux ont été dispensés par la médecine de ville (dont 13% relevaient de prescriptions hospitalières) et 7% par la médecine hospitalière.

De même 471 tonnes d'antibiotiques destinés à la santé animale ont été vendus au cours de la même année. 95% de ces antibiotiques étaient destinés à des animaux voués à être consommés et 5% à des animaux de compagnie (7).

Une étude réalisée par Santé Publique France estime le poids des infections à bactéries multirésistantes en France à 158 000 infections et 12 000 décès en 2012 (8).

Parmi les antibiotiques destinés aux humains les médecins de villes sont donc les plus gros prescripteurs d'antibiotiques. Selon un rapport émis en 2014, la HAS estime que dans 40% des cas les prescriptions d'antibiotiques sont contraires aux recommandations (9).

Si un grand nombre d'études se sont portées sur l'utilisation des antibiotiques à l'hôpital ou en médecine de ville, très peu d'études ont été réalisées en France sur la consommation d'antibiotiques en EHPAD et sur les spécificités de ces prescriptions.

Les EHPAD sont des structures médico-sociales qui accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans, la moyenne d'âge nationale en 2015 était de 85 ans et 9 mois (10), dont le maintien à domicile n'est plus possible pour des raisons médicales ou psychosociales.

Fin 2016, 605 000 places en EHPAD sont disponibles en France, ce chiffre a augmenté ces dernières années (11). Il s'agit de personnes dépendantes avec en moyenne 7,9 pathologies. Selon une enquête réalisée auprès des EHPA en 2011, parmi les résidents des EHPAD neuf patients sur dix souffrent d'affection neuropsychologique. Le nombre des pathologies et leur gravité sont corrélés au niveau de dépendance (12). Les résidents sont suivis par un médecin qui exerce généralement en libéral et intervient sur la structure de façon ponctuelle.

Le mode de vie en collectivité, le grand âge, les troubles cognitifs, la dépendance, les pathologies intercurrentes, les insuffisances d'organes... sont autant de facteurs qui favorisent la survenue et la sévérité des infections virales et bactériennes.

Selon l'enquête nationale épidémiologique de 2016 : Prev'EHPAD, réalisée par santé publique France, la prévalence nationale des résidents avec au moins un traitement antibiotique en cours par voie générale le jour de l'enquête est estimée à 2,76 %.

Le traitement est administré par voie orale dans 85,1% des cas et les principales infections visées sont les infections pulmonaires (36,2%), urinaires (33,3%) et la peau et les tissus mous (14,8%).

La durée des traitements curatifs, au jour de l'enquête, dépasse sept jours dans 34,4 % des cas et la réévaluation systématique dans les trois jours n'est réalisée que dans 31,4 % des cas.

Les antibiotiques y sont souvent prescrits de façon empirique et ne sont pas systématiquement en accord avec les référentiels en vigueur.

Les antibiotiques les plus prescrits sont : les C3G (20,9%), les Pénicillines A (19%), l'Amoxicilline-acide Clavulanique (16%), les Macrolides (12,3%) et les Fluoroquinolones (11,4%) (13).

L'idée de ce travail a émergé lors de mon stage SASPAS réalisé au sein d'un EHPAD et dans deux cabinets de médecine générale en fin de cursus de DES de médecine générale. J'étais surprise de constater que la décision de prescription ou de non prescription d'antibiotiques ne reposait pas uniquement sur les recommandations actuelles mais qu'elle intégrait un grand nombre de paramètres dont certains plus spécifiquement liés à la vulnérabilité de la personne âgée ou à la vie en collectivité.

Je me suis alors posée plusieurs questions sur la prescription des antibiotiques en EHPAD par les médecins traitants :

- Quels sont les problèmes rencontrés lors de la prescription d'antibiotiques en EHPAD ?
- Les recommandations actuelles sont-elles adaptées à cette population ?
- Quelle importance accordent les médecins prescripteurs à l'antibiorésistance lors de leur prescription en EHPAD ?
- Sur quoi repose la décision du médecin pour traiter ou pas un résident avec des antibiotiques ?

Cette étude a pour ambition de tenter de répondre à la question suivante : quels sont les déterminants de la décision de prescription d'antibiotiques en EHPAD du point de vue des médecins prescripteurs ?

METHODE

TYPE D'ETUDE

Le but de cette étude descriptive étant d'avoir une vision globale de la démarche diagnostique et thérapeutique et de tenter de décrire les éléments qui entrent en jeu lors d'une prescription, la méthode qualitative semblait être la plus adaptée.

Nous avons choisi de procéder à des entretiens individuels semi dirigés pour permettre aux praticiens de s'exprimer le plus librement possible sur leur point de vue et leur pratique en EHPAD.

SELECTION DES PARTICIPANTS

Le recrutement des médecins participant à l'étude s'est fait après avoir répertorié les prescriptions d'antibiotiques de tous les résidents de l'EHPAD entre le 1er janvier 2019 et le 31 mars 2020 à l'aide du logiciel de suivi des patients Netvie°.

Les médecins sollicités avaient effectué au moins une prescription d'antibiotiques sur cette période de 15 mois, le but était d'avoir un échantillon de médecins le plus diversifié possible notamment au niveau de l'âge, du sexe, de l'expérience, du nombre de patients et du type d'activité.

J'ai tout d'abord contacté les médecins par mail et par courrier pour me présenter, décrire mon travail et leur demander de participer à mon étude. Je les ai ensuite contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien.

Les médecins ayant répondu favorablement à ma demande ont été classés en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur date d'installation, de leur zone d'activité et de l'existence ou pas d'une formation spécifique en infectiologie.

GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré pour recueillir le plus ouvertement possible les retours d'expérience des médecins concernant leur prescription. Ce guide abordait les différentes thématiques, l'ordre des questions était libre et les médecins pouvaient spontanément aborder d'autres sujets s'ils le souhaitaient.

J'ai proposé ce questionnaire à mes deux maîtres de stage de SASPAS également prescripteurs dans d'autres EHPAD pour m'assurer de la clarté du questionnaire et de la pertinence des questions.

Le guide d'entretien initial a donc quelque peu évolué notamment pour reformuler certaines questions qui n'apparaissaient pas suffisamment claires et en supprimer d'autres trop éloignées de la question principale.

En amont de chacun des entretiens j'avais réalisé des vignettes pour chaque patient ayant bénéficié d'une prescription d'antibiotique durant la durée de l'étude. Ces vignettes résumaient le contexte de la prescription à partir des informations tracées dans le logiciel (Annexe 2) :

- La date des faits et le nom du patient
- Les observations écrites des infirmières sur le logiciel de l'EHPAD
- Les constantes des patients
- Les observations médicales
- La prescription d'antibiotiques
- Les résultats des éventuels bilans biologiques
- Les résultats d'éventuels examens d'imagerie

A la fin de la vignette je comparais la prescription réalisée avec deux référentiels : *Antibioclic°* (14) et le *Guide des recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD* fait par OMEDI- Ile de France (15).

Antibioclic° est un outil d'aide à la prise de décision concernant une antibiothérapie en soins primaires. Cet outil a été édité par des médecins du département de médecine générale de l'université Paris Diderot 7. Les sources utilisées sont principalement les recommandations de la HAS et l'ANSM.

Le guide de recommandations publié par OMEDIT Ile de France a été mis à jour en 2018 basé sur les recommandations de la société de langue française SPILF et de l'agence ANSM.

La trame du guide était la suivante :

Une première partie générale qui résume l'objet de l'étude, décrit l'objectif de l'entretien et la question à laquelle je souhaite répondre.

Une deuxième partie qui comporte un rappel du contexte de la prescription avec la lecture de la vignette et une discussion autour du cas avec les souvenirs éventuels du médecin, les données de l'examen, les éléments ayant participé au diagnostic, les éléments ayant participé à la thérapeutique et les éventuelles difficultés rencontrées autour de ce cas.

Une troisième partie avec des questions plus générales sur les prescriptions en EHPAD et l'importance de l'antibiorésistance dans la pratique du médecin.

DEROULE DE L'ENTRETIEN

Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement signé de tous les participants à l'aide d'un dictaphone et de la fonction enregistreuse d'un téléphone (Annexe 3).

Après avoir rappelé le cas au médecin, je l'ai laissé s'exprimer et me faire part de ses souvenirs sans l'interrompre. A la fin de chaque situation je faisais un résumé pour vérifier que j'avais bien compris la démarche du médecin et je lui demandais s'il avait des éléments à corriger ou ajouter.

ANALYSE DES DONNEES

La retranscription des données a été déléguée à une secrétaire médicale expérimentée dans ce type de travail de recherche. Les propos ont été retranscrits sur Microsoft Word mot pour mot et anonymisés.

Les idées évoquées ont été analysées et regroupées en différentes catégories et sous catégories après une lecture systématique et méthodique des verbatims. Elles ont été définies et ajustées en collaboration avec ma directrice de thèse.

LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Diverses sources ont été utilisées :

- Bases de données

MEDLINE Pubmed

CAIRN.INFO

EM Consulte

- Sites d'organismes officiels

Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM)

Haute autorité de santé (HAS)

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation et du travail (ANSES)

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Agence régionale de santé (ARS)

Ministère de la santé et des solidarités

Commission Européenne

Santé publique France

RESULTATS

POPULATION CONCERNEE

L'EHPAD compte dix médecins généralistes prescripteurs, neuf d'entre eux avaient prescrit au moins une cure d'antibiotiques au cours de la période étudiée. Parmi eux, cinq médecins ont accepté de participer à mon travail.

Cinq entretiens ont donc été réalisés entre le 8 mai et le 21 octobre 2020. Trois entretiens ont été réalisés au cabinet et deux au domicile des participants selon la préférence des interviewés. Ils ont tous été réalisés en face à face et enregistrés après consentement signé des participants.

Il s'agissait de médecins généralistes, trois femmes et deux hommes, leur âge était compris entre 31 et 62 ans. Ils avaient tous une activité libérale exclusive, en secteur 1, seul un médecin avait exercé à l'hôpital dans les services d'urgence, de soins palliatifs et de médecine polyvalente et exerçait actuellement une activité libérale partielle en nutrition en secteur 2. Aucun d'entre eux n'avait bénéficié d'une formation spécifique en infectiologie.

Quatre des cinq médecins exerçaient en milieu semi rural sur la commune de l'EHPAD et un des médecins exerçait en milieu urbain sur la commune de Fréjus, tous se trouvaient dans le département du Var.

Deux médecins exerçaient la fonction de maître de stage universitaire pour des internes en médecine générale au sein de la faculté de médecine de Nice.

Trois d'entre eux intervenaient de façon systématique à l'EHPAD une fois par semaine et de façon ponctuelle sur appel des équipes infirmières en cas d'urgence. Deux des médecins participants ne se rendaient à l'EHPAD que sur appel des équipes en cas de besoin ou de renouvellement d'ordonnance médicamenteuse.

Les praticiens interrogés suivaient entre 4 et 24 patients à l'EHPAD.

Au total ces cinq médecins interrogés suivaient 60 patients à l'EHPAD sur 106 au total soit 56,6% des patients.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau 1.

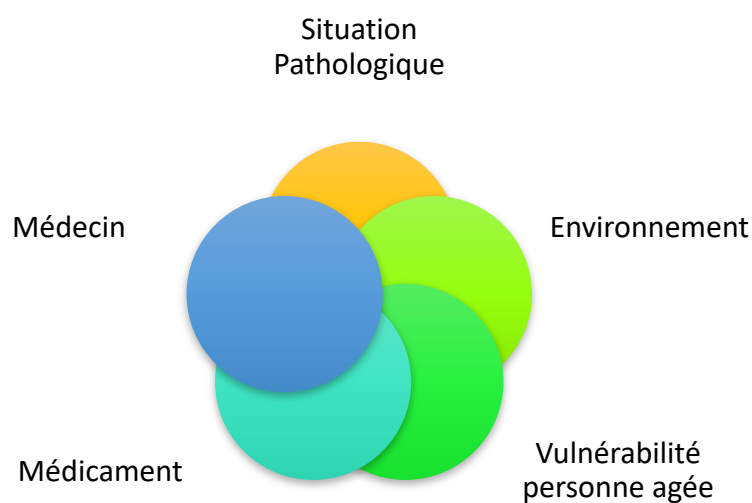
Tableau 1 : Caractéristiques de l'ensemble des médecins interrogés

Médecin	Age	Sexe	Zone installation	Date de la 1ere installation	Expérience en infectiologie	Secteur d'exercice	MSU	Nombre patient à l'EHPAD	Intervention à l'EHPAD
A	31 ans	H	Semi rural	2016	NON	Secteur 1	NON	24	Tous les jeudis + urgences
B	31 ans	F	Semi rural	2016	NON	Secteur 1	OUI	21	Tous les mardis + urgences
C	62 ans	H	Semi rural	1996	NON	Secteur 1	NON	4	Sur appel
D	49 ans	F	Urbain	1999	OUI	Secteur 2	NON	6	Tous les mardis + urgences
E	46 ans	F	Semi rural	2005	NON	Secteur 1	OUI	5	Sur appel

DESCRIPTION DES RESULTATS

Lors de l'analyse des données, cinq grands domaines ont pu être distingués dans l'argumentaires des médecins. Chacun de ces domaines (figure 1) sont divisés en sous catégories.

Figure 1 : Les grands domaines évoqués par les médecins



LA SITUATION PATHOLOGIQUE

LA CLINIQUE

Pour tous les médecins interrogés, la clinique est un élément déterminant lors de la décision de prescription d'un antibiotique chez la personne en EHPAD.

Toutefois la difficulté à réaliser un examen clinique est évoquée à de nombreuses reprises par les médecins interrogés, « *l'examen était très limité ! Je pense que je n'ai jamais réussi à lui prendre la tension* » ; « *Dès que je cherche à l'examiner, notamment quand y'a une douleur, c'est impossible* ». Cette difficulté peut conduire le médecin à faire une erreur « *si j'avais pu faire un toucher vaginal, je me serais rendu compte que c'était bien des métrorragies et pas une infection urinaire, et peut-être que je n'aurais même pas fait d'ECBU* » rapportait un médecin en parlant d'une patiente ayant reçu des antibiotiques suite à des saignements d'origine inconnue.

Cette faible fiabilité conduit souvent les médecins à demander des examens complémentaires.

L'examen clinique seul apparaît souvent peu contributif selon les médecins interviewés « *elle est difficile à ausculter, parce qu'elle ne respire pas amplement ! Clairement, je trouve que l'auscultation, elle n'est pas intéressante, chez elle* » ; « *L'auscultation, elle n'était pas suffisamment parlante pour que je la mette sous antibio d'emblée* ».

Une des médecins interrogés m'avoue même qu'elle se fierait plus facilement à la biologie qu'à l'auscultation « *même si j'avais eu une auscultation claire, avec 126 de CRP, je pars du principe que c'est mon auscultation, que le foyer n'est pas auscultatoire* ». Le degré de confiance accordé à l'examen clinique chez le sujet âgé institutionnalisé apparaît donc plus faible qu'en population générale pour les médecins interrogés.

A contrario un examen clinique fiable va conforter le médecin à prescrire des antibiotiques sans délai « *j'ai décidé de pas lui faire de bilan, parce que j'étais sûre de mon auscultation* », « *son auscultation, est claire, si j'entends quelque chose, c'est différent* ».

L'atypie des symptômes est aussi évoquée par de nombreux médecins comme une difficulté à établir un diagnostic, les signes d'alertes plus fréquemment rapportés sont une agitation inhabituelle, une confusion, une anxiété « *c'est une dame qui peut être plus anxieuse et plus agitée quand y'a des pathologies sous-jacentes* » ; « *il était agité ce n'était pas normal.* »

Il apparaît aussi que certains résidents ne sont pas en capacité d'alerter, dans ce cas ce sont les équipes soignantes qui alertent les médecins « *elle ne se plaint jamais* », « *elle n'est pas en mesure de se plaindre* », « *elle ne sait même pas te dire si elle a mal ou pas ! A la limite, elle est plus agitée* ».

A l'inverse certains patients en perpétuelle demande peuvent avoir des plaintes qui passent inaperçues « *si ce patient n'était pas aussi demandeur, on ne serait pas obligé d'attendre un bilan à 180 de CRP pour s'inquiéter !* ».

La durée d'évolution des symptômes a également été évoquée à plusieurs reprises comme étant un facteur motivant la prescription d'une antibiothérapie « *je ne prends pas de risques, parce que ça fait déjà 15 jours qu'elle tousse, donc même si y'avait pas vraiment de foyer, ça devient un peu délicat* ».

Le nombre de consultations va aussi rentrer en jeu « *en l'occurrence, c'est un peu la durée de l'évolution, mais y'a quand même beaucoup d'observation* » ; « *au bout d'un moment, c'est vrai que quand on s'est posé la question 15 fois, de savoir s'il fallait mettre un antibio, peut-être qu'il faut lui mettre* ».

La tolérance des symptômes est également un des paramètres qui influence les médecins dans leur décision de prescription, « *Et j'avais marqué " Encombrement bronchique majeur, mais plutôt bien supporté" (c'est-à-dire qu'elle n'était pas dyspnéique), et donc, en effet, j'ai mis Clamoxyl° parce que c'est la 1^{ère} intention chez les personnes âgées* ».

LE CADRE NOSOLOGIQUE

Les médecins interrogés évoquent à plusieurs reprises un cadre nosologique flou qui rend difficile l'établissement d'un diagnostic précis et complique donc la prescription. Ainsi un des praticiens a évoqué « la pneumonéphrite » comme une entité souvent rencontrée en gériatrie lors d'une infection sans point d'appel évident « *Alors là, je pense que c'était de la Rocephine° pour la pneumo-néphrite ! En gros, on ne savait pas vraiment si c'était pulmonaire, si c'était urinaire...* ».

Parmi les médecins interviewés, certains ont également évoqué des « bronchites surinfectées » qui les poussaient à prescrire des antibiotiques « *la fameuse bronchite surinfectée qui n'existe pas, quoi* », l'un d'entre eux a concédé qu'il s'agit d'une pathologie souvent évoquée « *le concept de bronchite surinfectée, et c'est un truc qui n'est pas vraiment décrit... enfin... il n'y a pas de cadre nosologique particulier, donc c'est un peu flou* ». Le terme « surinfecté » va permettre de justifier la prescription d'une antibiothérapie pour une pathologie qui n'en nécessite pas.

LES COMORBIDITES

Les pathologies sous-jacentes des patients sont des éléments majeurs pris en compte lors de la décision de prescrire ou ne pas prescrire « *« elle est polypathologique, et vasculaire... » ; « elle a un terrain d'asthme, du moins, elle a tendance à faire des bronchites asthmatiformes et des trucs comme ça » ; « elle a une pathologie pulmonaire assez sévère ! Elle a un Pyoderma gangrenosum, qui a abimé ses poumons » ; « elle est oxygène-dépendante » ; « elle est allergique aux PENICILLINES ».*

De même les traitements au long cours vont aussi influencer la décision de prescription ainsi que la voie d'abord du médicament « *elle est sous Cortancyl° donc immunodéprimée* », « *il a des anticoagulants, donc on ne l'a pas faite en IM* ».

Un des médecins interviewés a motivé sa prescription d'Azithromycine pour une bronchite avec les propos suivants « *c'est une personne âgée fragile, qui a des troubles du rythme, une insuffisance cardiaque, une hypertension avec 5 traitements* ».

L'ENVIRONNEMENT

L'EQUIPE DE SOINS AU SEIN DE LA STRUCTURE

Selon les médecins généralistes interrogés la possibilité de surveillance en EHPAD semble avoir une influence bénéfique sur les prescriptions. La plupart des médecins se disent rassurés par la surveillance des équipes de soin « *étant donné que là-bas, ils sont surveillés...Quand tu as une surveillance constante, tu ne prends pas trop de risques* » ; « *vu qu'ils sont relativement bien surveillés, j'ai tendance à temporiser dans la mesure où ils ne sont pas trop mal, avant de démarrer une antibiothérapie* » ce qui permet parfois de différer le début d'une prescription.

De façon globale il ressort que les médecins traitants ont confiance dans la capacité d'alerte des équipes soignantes « *Ils ont un bon sens clinique (quasiment tous) et quand ils nous appellent en dehors de nos jours de visite prévu, c'est qu'il faut qu'on vienne !* » ; « *en EHPAD, on peut trainer un peu plus, car y'a toujours quelqu'un qui est là et qui nous alerte, si jamais ça se dégrade* » ; « *pour le coup, je leur fais relativement confiance, aux IDE* ».

La présence quotidienne d'un IDE au sein de la structure pour prodiguer les soins rassure les médecins « *en EHPAD, j'ai plus confiance sur la surveillance journalière, parce que je savais qu'il y aurait un pansement tous les jours !* » rapportait en médecin concernant la prise en charge d'un érysipèle.

Un des médecins interrogés a déploré l'impossibilité de laisser une voie veineuse périphérique en place pour l'administration d'antibiotiques notamment pour une injection de Ceftriaxone « *ce qui est*

dommage en EHPAD, c'est qu'on ne peut pas laisser une voie [...] comme c'est 1 x/24 h, ils sont obligés de l'enlever tous les soirs, et ça veut dire que ça oblige à repiquer tous les jours. C'est vraiment dommage ! ».

L'ACCESSIBILITE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'accès aux examens complémentaires revient souvent dans les retours d'expérience des médecins interrogés. De façon unanime tous les médecins avouent avoir un moindre recours à la radiographie pulmonaire bien qu'elle puisse être utile pour conforter leur diagnostic.

La difficulté d'avoir un transport est évoquée par certains médecins comme un frein à la radiographie « *ça impose de prendre le rdv, de trouver un transport, qui correspond au rdv, qui est pas toujours le jour où on le veut... du coup, au final, on finit par laisser tomber, en se disant qu'on va traiter et qu'on verra bien ce qui se passe* » ; « *je trouve ça compliqué, moi, de les faire sortir de l'EHPAD pour aller leur faire faire une radio* ».

Un des médecins reconnaît que cet examen lui serait pourtant utile « *en EHPAD, ça manquerait juste, de pouvoir nous dire « Allez, on se fait une petite radio pulmonaire », Ça nous aide un peu ; on ne va pas baser le diagnostic là-dessus, mais ça aurait pu conforter davantage le truc* ».

Pour un des médecins le fait d'envoyer un patient grabataire passer une radiographie pourrait s'apparenter à de la maltraitance « *du fait qu'elle est grabataire je ne veux pas la maltraiter en l'envoyant en radio ! Alors que ça ne changera rien, pour moi !* ».

Concernant les examens biologique et microbiologique c'est le temps de latence entre la prescription et les résultats des examens qui est perçu comme un frein à la prise en charge « *il y a quand même une inertie entre le moment où on va récupérer l'ECBU et le moment où on change la prescription au moment où l'EHPAD va le recevoir, que du coup, on est bientôt à la moitié du traitement, donc si c'est pour changer d'antibio pour 2 jours...* », ce délai rallongé va encourager les médecins à prescrire de manière empirique ou à poursuivre une antibiothérapie qui n'apparaît pas être la plus adaptée « *si à 14 h, il y a un pic de fièvre, on aimerait bien avoir le bilan avant 18 h ; des fois, c'est un peu chaud[...] c'est le problème de l'EHPAD* ».

L'absence de setreptotest est aussi invoquée par un des médecins comme un des éléments qui l'a poussée à prescrire sans documentation microbiologique, ce médecin me disait en parlant de la confiance qu'elle avait dans l'exactitude de son diagnostic « *Elle est relative parce qu'un peu probabiliste sur l'origine bactérienne...* ».

L'élément biologique prépondérant qui influence les médecins dans la décision de prescription d'antibiotique est la CRP. La valeur et la cinétique de la CRP sont des éléments qui reviennent à de nombreuses reprises comme un facteur qui oriente la décision médicale « *avec 126 de CRP, je pars du principe que c'est mon auscultation qui... enfin, c'est que le foyer est pas auscultatoire* » ; « *moi, j'ai une grande confiance en la CRP [...] j'ai du mal à regarder une CRP baisser quand elle est à 200[...] J'arrive à le faire à peu près jusqu'à 100* » ; « *si la CRP avait été à 100, au lieu de 180, je pense que j'aurais temporisé plus facilement. J'aurais peut-être attendu l'ECBU* ».

Pour un autre médecin interrogé, la CRP a une valeur très relative à confronter à la clinique « *des fois, chez les gens âgés, je trouve que ce n'est pas toujours hyper fiable. Disons qu'une CRP à 150, ça nous oriente, clairement ! Mais y'a des fois où ils vont avoir 20 ou 30 et, pour autant, on va quand même avoir confiance en notre diagnostic et dire qu'il faut y aller et mettre un antibio, parce qu'on a l'impression qu'il y a quand même une infection bactérienne* ».

Cependant pour l'ensemble des médecins interrogés la clinique prime et la CRP permet d'étayer un examen clinique peu contributif ou de donner au médecin un argument supplémentaire concernant l'origine bactérienne de l'infection « *elle a toujours une auscultation un peu pourrie, c'est pour ça que je vais au bilan à chaque fois* »

LA FAMILLE

La famille des patients a été citée à quelques reprises comme ayant un rôle d'alerte vis-à-vis du médecin « *sa fille qui m'a appelée, en me disant "Ma mère tousse et ne va pas bien"* » ; « *souvent, quand je vais la voir, c'est à la demande de sa fille, qui s'est rendue compte qu'il y avait un truc pas net ! Et en fait, souvent, elle a raison, sa fille* ».

En général la famille a uniquement un rôle consultatif pour le médecin lorsqu'une décision doit être prise « *j'avais appelé la famille, justement, pour leur dire que ce n'était pas trop bon, qu'on avait essayé de gérer comme ça et ils n'étaient pas trop demandeurs d'une hospitalisation* ».

Aucun médecin ne révèle avoir subi des pressions de la famille pour encourager la prescription d'antibiotiques.

LE MEDECIN

LES HABITUDES DE PRESCRIPTION

Une partie des médecins interrogés justifie certaines de leurs prescriptions par des habitudes qu'ils ont et qui sont ancrées dans leur pratique médicale « *Mais ça, c'est un truc intéressant, aussi, le concept de l'érysipèle ! Tout le monde sait que c'est du Clamoxyl° qui est recommandé, et pourquoi on met tous de l'Augmentin°* » ; « *j'aurais plutôt mis de la Pyostacine°, parce que j'avoue que j'ai plus l'habitude d'utiliser ça ! [...]Après, franchement, c'est une question d'habitude, parce que quand on a le choix entre deux, on a tendance à utiliser celui qu'on connaît* ».

Une des médecins interrogés évoque ce qu'on lui enseignait durant ses études il y a 20 ans « *J'ai été élevée comme ça !!! Ça fait partie des trucs que j'ai appris et que j'ai retenu de mes études. C'est : la personne âgée avec des ATCD importants en collectivité, bronchite fébrile/pas fébrile antibiothérapie !!!* ».

Un autre médecin évoque l'apparition de nouveaux médicaments et l'actualisation des recommandations comme un facteur qui va influencer sur les habitudes des médecins « *je me demande si ce n'est pas au moment où on a passé l'Internat, qu'il y avait une nouvelle reco sortie en disant qu'il fallait utiliser le Selexid°(pivmecillinam), et personne ne connaissait ce truc-là. Du coup, on s'est mis à l'utiliser, entre temps* ». Ceci concorde avec mes résultats car le Selexid° n'est utilisé que par les deux médecins les plus jeunes.

L'INSTINCT ou « GUT FEELING »

Le « Gut feeling » est un concept décrit par le Dr Erick Stopler et d'autres confrères néerlandais qui définit « une sensation viscérale », « un instinct du médecin » qui joue un rôle important dans le processus de diagnostic mais ne repose sur aucun raisonnement scientifique (16).

Un des médecins interrogés expliquait que le choix de la molécule qu'il prescrivait dépendait de son degré de certitude concernant son diagnostic.

« *En EHPAD, sur les infections pulmonaires [...], j'ai tendance à utiliser soit l'Augmentin°, soit le Clamoxyl°, en fonction de comment j'y crois* », il expliquait « *si je suis inquiet à l'idée de pas leur mettre un antibio, à ce moment-là, c'est vrai que je vais mettre plutôt du Clamoxyl°[...]là j'étais à peu près sûr qu'il se passait un truc, donc j'étais plutôt sûr de l'Augmentin°* ». Il évoquait les bénéfices pour le patient, qu'il mettait en balance avec les risques de mauvaise tolérance et le risque de favoriser l'antibiorésistance.

Lors d'un entretien, un des praticiens a comparé 2 prescriptions d'antibiotiques pour une même pathologie chez deux patients différents ; elle m'a avoué ne pas savoir pourquoi dans un même contexte elle avait réalisé deux prescriptions différentes « *j'ai dû me dire que je trouvais qu'il était moins pathologique ce qui n'est même pas vrai, d'ailleurs !* ».

En évoquant une prescription d'antibiotique dans le cadre d'une infection respiratoire, un médecin expliquait « *il y a quelque chose que l'on peut évoquer : surinfection bactérienne, qui est pas du tout une entité réelle, mais qui nous pousse à prescrire* » comme si l'instinct prenait le pas sur la raison !

CONNAISSANCES ET RECOMMANDATIONS

Lors des entretiens, le sujet des recommandations était abordé. Pour chaque prescription celle-ci était confrontée aux références des deux sites Antibioclic° et OMEDIT-Ile de France spécifique à la prise en charge en EHPAD. Je demandais ensuite aux praticiens ce qu'ils en pensaient. Tous les médecins connaissaient Antibioclic° et l'utilisaient régulièrement notamment pour se tenir informé des nouvelles recommandations. « *Antibioclic°, je l'ai sur mon téléphone, je m'en suis servi pas mal au début, et puis après, à force [...] de temps en temps, je regarde pour voir si y'a des nouveautés, mais sinon...* » me disait un des médecins.

Même s'ils avouent avoir recours à Antibioclic°, la plupart des médecins interrogés concèdent qu'ils ne trouvent pas ce référentiel adapté à la personne âgée en EHPAD « *quand on arrive dans Antibioclic° en EHAPD, on est obligé de bidouiller, parce que sinon, on arrive à l'hospitalisation* » ; « *Antibioclic°, si on se base sur eux, on hospitalise tout le monde* » me disait un autre médecin.

Pour certaines infections, les référentiels sont plus utilisés que d'autres, deux des médecins m'ont avoué que pour la prise en charge de l'infection urinaire en probabiliste et après antibiogramme ils utilisaient volontiers Antibioclic° pour choisir leur molécule « *alors, franchement, le choix du traitement, sur ce genre de truc, je ne cherche pas ! Je fais Antibioclic° et je regarde ce qui est recommandé !* ». A contrario un des médecins me disait être en désaccord avec Antibioclic° pour cette même pathologie « *par expérience, les traitements monoprise, chez la personne âgée, ne sont pas toujours efficaces.* »

Quant à la fin de l'entretien, l'avis des médecins était sollicité concernant les recommandations les avis sont assez convergents « *C'est plutôt pour avoir une idée de l'antibiorésistance et de ce que je peux utiliser comme antibio sur tel type d'organe, que réellement pour la prescription, parce qu'on est souvent amené à cocher, et décocher les cases pour avoir l'antibio...* » me disait un des médecins.

Précisons que sur Antibioclic^o le médecin doit cocher des cases sur lesquelles va se baser l'algorithme décisionnel pour aboutir soit à une non prescription d'antibiotique, soit à un choix de molécules hiérarchisé, exprimé en dénomination commune internationale (DCI).

Un autre médecin me répondait « *Dans l'ensemble, je dirais que oui. Après, c'est des recos ! C'est des guides. C'est d'ailleurs pour ça qu'on bidouille un peu Antibioclic* ».

Cependant ils reconnaissent que la prise en compte de la fonction rénale dans les algorithmes est très pratique « *l'avantage, c'est que c'est adapté à la fonction rénale !* »

Un des médecins interviewés suggère qu'un référentiel spécifique aux EHPAD pourrait avoir un plus grand intérêt « *je pense qu'un référentiel d'antibio pour les EHPAD, enfin, en collectivité, comme ça, oui, ça pourrait être intéressant et plus adapté ! Plus direct, plus précis !* ».

GESTION DE L'INCERTITUDE

Il apparaît au cours des entretiens que la prescription d'antibiotiques est aussi une façon pour le médecin de gérer sa propre incertitude, son anxiété vis-à-vis d'une situation dont il n'a pas la maîtrise. Un médecin disait « *c'est toujours un peu chaud en EHPAD, de laisser une hyperthermie pendant plus de 3-4 j, en disant c'est viral, ça va passer.* ». Le contexte de prescription en EHPAD se révèle être anxiogène pour les médecins et ceci modifie leur manière de prescrire. « *On part du principe qu'en EHPAD, ils sont plus vieux, ils sont plus fatigués, ils sont plus fragiles, et ils sont plus exposés, et pour moi, la prescription d'antibiothérapie est forcément un peu plus large* ».

La prescription d'antibiotiques apparaît être un acte raisonnable vis-à-vis du contexte d'une personne vulnérable en EHPAD. L'une des médecins revenait sur une prescription de Ceftriaxone chez un patient présentant un syndrome inflammatoire biologique sans point d'appel évident et elle avouait « *encore là, aujourd'hui, je pense que je mettrais l'antibio pareil, mais par prudence, plus que par conviction* ».

La gestion du risque apparaît être un facteur prépondérant qui entre en jeu dans la décision de prescription « *Je la traite comme ça, comme c'était un vendredi j'ai pas pris de risque !* », disait un médecin pour expliquer une prescription de Clamoxyl^o dans un contexte de toux et encombrement bronchique. L'antibiotique semble rassurer le médecin lui-même et par extension les équipes soignantes « *En tous cas, ça a bien rassuré tout le monde !* ».

A partir d'un certain moment l'émotionnel va prendre le pas sur le rationnel et pousser le médecin à modifier sa prise en charge « *je ne prends pas de risques, parce que ça fait déjà 15 jours qu'elle tousse, donc même si y'avait pas vraiment de foyer, ça devient un peu délicat.* »

FACTEURS EXTRINSEQUES CONTEXTUELS

Le contexte temporel influence également les prescriptions des médecins.

Un médecin m'a avoué prescrire plus facilement des antibiotiques en hiver « *Je pense que j'ai l'antibio plus facile en janvier qu'en juillet !* » ; « *Peut-être que si on avait été au mois de juillet j'aurais un peu plus temporisé. Souvent, quand ils commencent à être tous malades et à tous décompenser, je pense que je peux aller un peu plus facilement à l'antibio* ». Le médecin concerné fait un lien entre la saison, le contexte épidémique et la charge de travail qui en découle, « *je suis plus à l'aise sur le plan de la surveillance, je suis moins chargée* » en parlant de la saison estivale.

Le jour de la semaine influence aussi la décision des médecins en semaine, les médecins privilégient la surveillance ou l'antibiotique à spectre le plus étroit « *comme elle n'était pas inquiétante, ça devait être un mardi je me suis dit « Je le tente et si dans 48 h, ce n'est pas mieux, on mettra de l'Augmentin°, Je l'ai tenté. Je trouve que c'est moins pourvoyeur d'antibiorésistance, donc quand je ne suis pas trop inquiète, je le tente quand même* » disait un des médecins en évoquant une prescription d'Amoxiciline en désaccord avec les recommandations.

A contrario le vendredi le médecin va moins temporiser « *L'IDE me rappelle le vendredi en me disant « Finalement, elle tousse et elle commence à avoir une altération de l'état général ; elle est encombrée* » je dis « *OK, dans ce cas, on ne cherche pas, on la met sous antibio* » c'était vendredi midi ».

LA VULNERABILITE DE LA PERSONNE AGEE

TROUBLES COGNITIFS

Environ neuf résidents sur dix ont des troubles cognitifs, de manière unanime tous les médecins admettent que cela modifie leur prise en charge à plusieurs niveaux « *je pense que j'ai dû l'examiner alors qu'elle faisait des tours dans l'UP, en la suivant avec mon stéthoscope* ».

Ces troubles vont aussi limiter les examens complémentaires « *elle est difficilement mobilisable, elle est démente* » ; « *En fait, là, j'aurais bien fait une écho [...] mais la patiente est toujours autant opposante* ».

Fréquemment se sont des signes indirects qui vont alerter les infirmières et les médecins sur un infection potentielle « *pour le coup, c'est une dame qui a un syndrome démentiel mais qui est relativement continente. Donc là, vraiment, c'était un signal d'alerte* » ; « *il était agité ce n'était pas normal, quand même* ».

Le signe le plus souvent rencontré demeure une agitation inhabituelle voir une confusion « *elle ne sait même pas te dire si elle a mal ou pas ! A la limite, elle est plus agitée ou pas, ça c'est sûr ! Quand elle a mal, ça peut être les symptômes* ».

BENEFICES/RISQUES D'UNE HOSPITALISATION

Le terrain vulnérable ainsi que les troubles cognitifs sont évoqués à plusieurs reprises comme un frein à l'hospitalisation « *elle est démente, donc ça me permet de la traiter en extra-hospitalier, parce que je ne vais pas la faire hospitaliser pour ça* ».

Les médecins n'envisagent l'hospitalisation qu'en dernier recours quand tous les moyens mis en place à l'EHPAD sont dépassés « L'hôpital, pour moi, il est lamentable, en général, hein ! » ; « Ils reviennent avec une escarre ! », « A l'hôpital, ce serait beaucoup moins bien ! ».

Ils reprochent notamment aux urgences le nombre d'examens complémentaires et d'actes invasifs « *La BU classique des Urgences : j'ai envoyé l'ECBU ...* », un des médecins reprochait les sondages « abusifs » faits aux urgences « *parce qu'ils ont décidé que c'était pour ça qu'il était agité, que c'est parce qu'il était en globe ! Mais bon, il est parti de l'EHPAD, personne n'avait dit qu'il était en globe...* ».

LES EXPERIENCES ANTERIEURES AVEC LE PATIENT

Les médecins évoquent la connaissance qu'ils ont de leurs patients ainsi que les expériences passées comme un des facteurs qui les influence dans leurs décisions de prescription.

Un échec de thérapeutique passé est évoqué par ce médecin « *Pourquoi l'Augmentin° ? Parce que j'avais déjà essayé, une fois, de la mettre sous Amoxiciline direct, elle avait été hospitalisée pour décompensation respiratoire !* ».

Plusieurs médecins ont évoqué les antécédents comme un des facteur qui avait motivé leur choix « *elle a des ATCD cardio, elle a une arythmie, elle est sous anticoagulants* » ; « *Oui en fait... c'est un peu le patient fragile* » « *poumons* ».

Quand j'ai demandé à une des médecins interviewés quels sont les éléments qu'elle a pris en compte lors de sa prescription d'Amoxicilline dans un contexte de pneumopathie, elle m'a répondu « *L'auscultation et ma connaissance de la patiente... sur ses antécédents ! Mais surtout l'auscultation, en fait. Parce que juste les ATCD tous seuls, je n'aurais pas traitée !* ».

LA THERAPEUTIQUE

LA TOLERANCE

Les médecins ont évoqué à plusieurs reprises la tolérance de la molécule comme un des facteurs déterminant leur prescription « *« L'Augmentin°, ça donne la diarrhée ! L'Amoxiciline c'est mieux toléré » ; « la Pristinamycine, je pense que la tolérance aurait été moins bonne chez cette dame parce qu'elle a des troubles digestifs... »*

La question de la tolérance et des effets secondaires revient souvent, notamment lorsqu'il s'agit de faire un choix entre l'Amoxiciline et l'Augmentin° et elle varie en fonction du degré de certitude des médecins sur le bénéfice de la prescription pour le patient « *« si je peux m'en sortir sous Amoxiciline, je préfère » ; « quitte à pas prendre de risques, autant pas en rajouter avec quelque chose qui serait mal toléré, ou un quelque chose trop pourvoyeur d'antibiorésistance ».*

L'ANTIBIORESISTANCE

Deux des médecins interrogés ont évoqué le risque de sélectionner des bactéries comme un des facteurs entrant en jeu dans leur prescription « *c'est vrai que je vais mettre plutôt du Clamoxyl°, en me disant « On aura une pression de sélection qui sera un peu moindre qu'avec l'Augmentin° » ; « j'ai tendance à avoir recours au Clamoxyl°, parce que je me dis que ça peut passer comme ça et que ça vaut pas le coup de leur infliger les effets secondaires de l'Augmentin°, et du coup, la sélection de bactéries, quoi ! ».*

LA GALENIQUE

La galénique est aussi un élément qui est pris en compte lors de la prescription d'antibiotiques « *je privilégie la voie orale quand je le peux »*, expliquait un des médecins.

Deux autres médecins évoquaient le nombre de prises, de comprimés et la durée pour expliquer une prescription « *c'est une histoire de galénique. Parce que la Furadantine°, c'est des gélules et la dose, je crois, c'est 2 gélules 3 fois par jours ? [...] en me disant, peut-être, que 6 gélules par jour, elle ne les prendra pas, par rapport à 2 comprimés ? » ; « Parce que l'Amoxiciline, pour moi, de mémoire, c'est 5 ou 6 jours sur une angine, et le Zithromax°, c'est 3 jours ».*

DISPONIBILITE

Un des médecins interrogés a également évoqué du stock tampon disponible à l'EHPAD comme étant un facteur pouvant modifier leur prescription « *il y a des fois où (notamment le WE), on a fait des prescriptions d'antibio un peu "à défaut", parce que c'est ce qu'ils avaient dans leur stock tampon, en fait ! Et ce n'est pas forcément celui qu'on aurait prescrit en temps normal.* »

RESUME DES RESULTATS

Figure 2 : Schéma des résultats

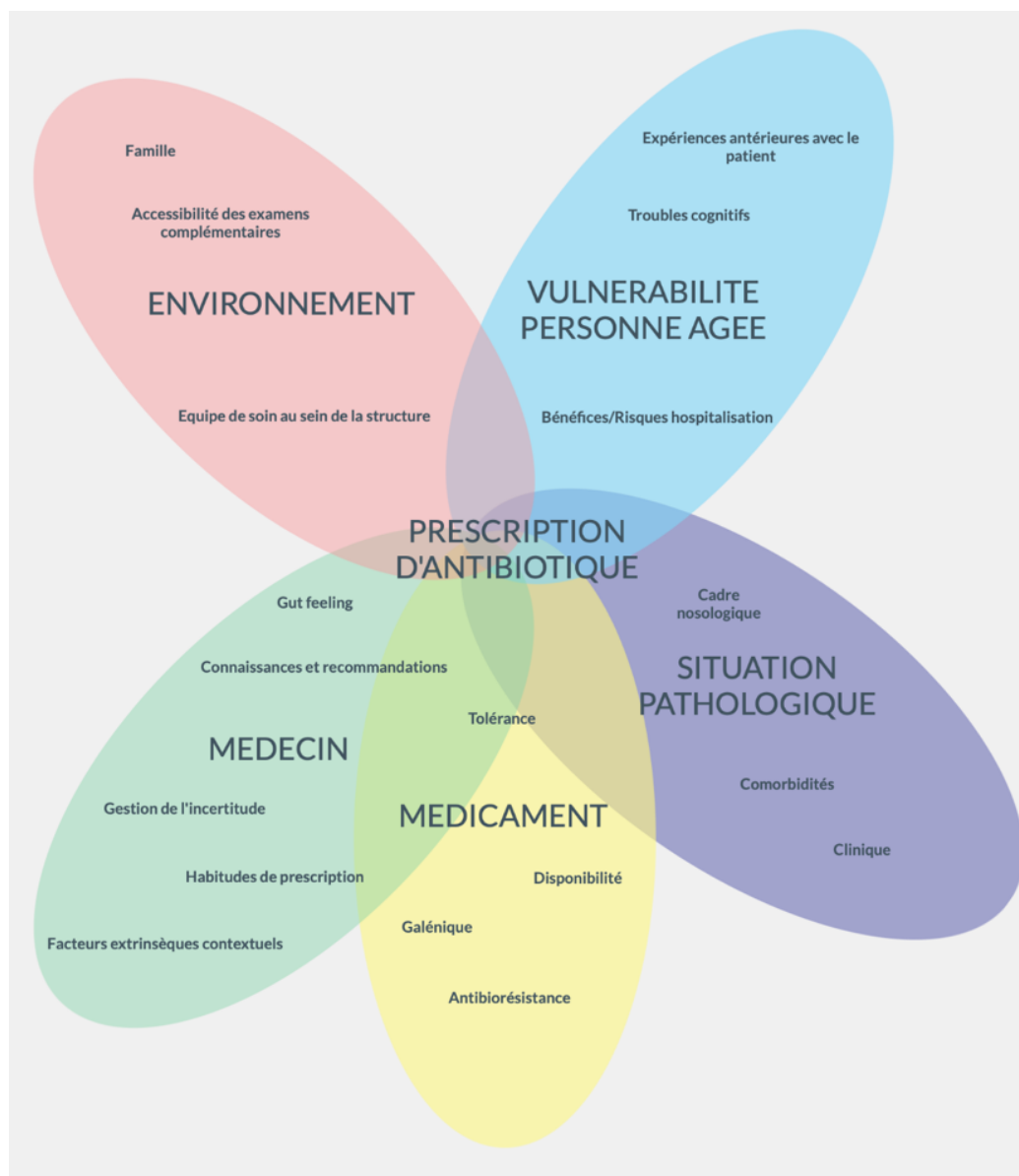


Tableau 1 : résumé des résultats

<p>La situation pathologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La clinique <p>Moindre fiabilité de l'examen clinique Symptômes atypiques Absence de plaintes Durée évolution des symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cadre nosologique <p>Diagnostic flou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les comorbidités <p>Patients polyopathologiques Terrain fragile</p>
<p>L'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de soins au sein de la structure <p>Possibilité de surveillance Capacité d'alerte des équipes Soins IDE quotidiens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examens complémentaires <p>Difficulté d'accès Inertie entre les examens et les résultats Valeur de la CRP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Famille <p>Capacité d'alerte Rôle consultatif dans la prise de décision</p>
<p>Le médecin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habitudes de prescription <p>Habitudes ancrées dans la pratique Dogmes enseignés dans le passé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instinct <p>Choix de la molécule en fonction de degré de certitude du médecin Impressions du médecin sur le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations <p>Guident les prescriptions Non adaptées à la personne âgée en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion de l'anxiété <p>EHPAD anxiogène Antibiotiques rassurent La surveillance rassure le médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs extrinsèques <p>Mois de l'année/contexte épidémiologique Jour de la semaine</p>
<p>La vulnérabilité de la personne âgée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles cognitifs • Balance bénéfiques/risques d'une hospitalisation • Connaissance du patient pas son médecin
<p>Le médicament</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tolérance <p>Effets secondaires acceptables vis-à-vis du bénéfice attendu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiorésistance <p>Pour être le moins sélectif possible sur les bactéries</p> <ul style="list-style-type: none"> • Galénique <p>Pour favoriser l'observance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité

DISCUSSION

Une partie des résultats obtenus par mon étude sont similaires à ceux retrouvés à l'issue de l'étude qualitative de pratique réflexive PAAIR 1 (17) (Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires) réalisée en 2001 qui a permis de décrire 11 situations à risque de prescription inappropriée d'antibiotiques et propose des stratégies de non prescription.

Nous retrouvons notamment dans notre étude en faveur de la prescription : l'aspect du patient notamment son état de fatigue, le nombre de sollicitations, s'il s'agit d'un deuxième ou troisième contact pour le même épisode, la perception du risque, si le malade est perçu comme « à risque particulier », si le médecin doute de l'origine virale de l'infection et si la conviction du médecin qui est forte est opposée aux recommandations quelle qu'en soit la raison.

Dans notre étude, il n'a pas été retrouvé : le souhait du patient d'avoir des antibiotiques, des références à des expériences passées faites par le patient, un traitement antibiotique déjà commencé, la mise en concurrence de plusieurs médecins, le patient qui renvoie à des épreuves personnelles douloureuses ainsi qu'une consultation dont la prescription d'antibiotiques n'est pas le principal problème. Le fait que les désidératas des patients ainsi que les pressions qui en découlent ne soient pas évoquées par les médecins généralistes interviewés, questionne sur la participation de la personne âgée à la décision thérapeutique.

L'étude PAAIR 2 (18) réalisée en 2006 a permis de valider les résultats de l'étude PAAIR 1 et d'identifier d'autres situations à risque liées au contexte psychosocial du patient et au contexte d'exercice du médecin. Les situations à risque liées au contexte psychosocial mises en exergue par mon étude sont notamment liées aux troubles du comportement du patient (agressivité, anxiété). Les situations à risque liées au contexte d'exercice du médecin sont la surcharge de travail du médecin et la forte demande de consultations au médecin.

Bien que la totalité des médecins se soient dit concernés par l'antibiorésistance dans leur pratique quotidienne, les résultats montrent qu'il s'agit d'un facteur qui passe en second plan dans la décision de prescription même s'il est parfois évoqué concernant le choix de la molécule. Ces résultats concordent avec une étude britannique publiée en 2006 (19) qui démontre que les médecins généralistes se disaient préoccupés par les résistances aux antibiotiques et ont admis qu'il s'agit d'un problème croissant. Cependant ces mêmes médecins affirmaient qu'ils rencontraient rarement les

conséquences de l'antibiorésistance dans leur pratique quotidienne. Certains des médecins participant à cette étude avaient même remis en cause leur responsabilité de prescripteur dans l'antibiorésistance. Les médecins interviewés avaient suggéré que l'information sur les schémas de résistance de la part des microbiologistes ainsi que l'éducation des jeunes médecins pourraient être améliorés.

Une étude française publiée en 2010 qui a étudié les perceptions, attitudes et connaissances en matière de résistance bactérienne et prescription d'antibiotiques sur un échantillon de médecin généraliste des Alpes Maritimes (20), a mis en évidence que 80 % des médecins généralistes interrogés se disaient confiants dans leur prescription d'antibiotiques. Les deux facteurs principaux qui influencent leurs prescriptions sont leur expérience (97%) et les recommandations de bonne pratique (81%).

Tout comme dans l'étude sus citée, 91% des médecins admettaient qu'il s'agissait d'un problème national mais là encore seuls 65% d'entre eux estimaient que cela représentait un problème dans leur pratique quotidienne. Les causes majoritairement identifiées concernant les causes de ces résistances sont la prescription inadéquate des antibiotiques et l'utilisation de molécules à large spectre, et/ou à des posologies non optimales.

Certains médecins interrogés disent avoir une grande confiance dans la valeur et la cinétique de la CRP, à fortiori lorsque l'examen clinique s'avère être peu contributif. Une étude néerlandaise publiée en 2013 a évalué l'utilisation de la CRP et de la PCT chez les patients présentant une symptomatologie respiratoire avec une toux aiguë en soins primaires (21). Cette étude démontre que la CRP a une valeur diagnostique supplémentaire chez les patients présentant un risque diagnostique intermédiaire de pneumonie tel que déterminé par les seuls symptômes et signes ; elle permet d'exclure la pneumonie en cas de taux bas.

La PCT quant à elle n'a pas de valeur supplémentaire en soins primaires.

Le seuil optimal de concentration de la CRP devait être supérieure à 30 mg/L pour permettre d'ajouter des informations diagnostiques et augmenter la certitude diagnostique en cas de doute après l'examen physique. Suite à cette étude, pour endiguer la surconsommation d'antibiotiques aux Pays-Bas, le collège des généralistes hollandais a émis des recommandations sur l'usage systématique de la CRP : si son seuil est inférieur à 20 mg/L, l'atteinte pulmonaire clinique n'est pas bactérienne, au-dessus de 100 mg/L elle l'est certainement. Entre ces deux seuils le praticien peut avoir recours à la radiographie pulmonaire. Le but étant de limiter les prescriptions d'antibiotiques et le trop grand recours aux radiographies pulmonaires.

En France un médecin a étudié la faisabilité de l'utilisation d'un appareil de CRP rapide en pratique courante en médecine générale (22). Son étude démontre que la CRP capillaire utilisée en soins primaires diminue de 41% les prescriptions d'antibiotiques, diminue de 52% le nombre de bilan sanguins prescrits au laboratoire et diminue de 60 % le nombre de variables biologiques prescrites. Une étude similaire sur l'intérêt de réaliser des CRP capillaires en EHPAD mériterait d'être menée à son tour.

Depuis 2007, tous les deux ans sont organisés les États Généraux des Infections Nosocomiales et de la Sécurité du Patient. Lors de l'édition 2013 (23), le ministère des affaires sociales et de la santé a préconisé de renforcer les mesures permettant de détecter le plus précocement possible les situations à risque. Cet objectif passe notamment par le renforcement du rôle de référent en antibiothérapie qui devra être présent dans chaque établissement hospitalier.

Ainsi le CHU de Nice assure une mission de conseil et de recours en infectiologie au sein de la région PACA-est, qui passe notamment par la mise en place d'un recours rapide en infectiologie assuré par un infectiologue du CHU. Une ligne téléphonique directe ainsi que des créneaux de consultations urgentes sont ouverts pour les patients orientés par leur médecin traitant.

Aucun des médecins interrogés dans mon étude n'a fait référence à ce dispositif pour faciliter leur prescription alors que tous avouent avoir douté de l'intérêt d'une antibiothérapie ou de la molécule choisie. Ils n'ont pas été interrogés sur leur connaissance de cet outil de conseil au niveau régional. La raison pour laquelle ils n'en font pas usage n'est donc pas connue mais ceci pourrait être une piste pour faciliter leurs prescriptions à l'avenir.

L'intérêt d'un référent en infectiologie est confirmé par une revue de la littérature publiée en 2017 qui répertorie les différentes mesures ayant fait la preuve de leur efficacité dans la réduction de prescription d'antibiotique dans les établissements de soins de longue durée (24).

Ce travail montre qu'une meilleure formation des médecins et des infirmiers diminue le nombre de prescription d'examen complémentaires, l'utilisation d'outils à destination des infirmières en amont de la prescription, l'utilisation des recommandations par les médecins prescripteurs ainsi que l'évaluation de ces prescriptions par un expert en infectiologie sont des stratégies efficaces qui permettent de réduire la prescription inadaptée des antibiotiques.

Tous les médecins interviewés déclaraient utiliser les recommandations du site Antibioclic^o (14) comme un guide de leur prescription mais les trouvaient inadaptées à la personne âgée.

Il existe une multitude de recommandations à l'échelle nationale et internationale, l'hétérogénéité de ces recommandations peut être un frein à leur utilisation. Une étude française publiée en 2003 (25)

qui compare 8 référentiels publiés en langue anglaise et française sur les critères d'hospitalisation et l'antibiothérapie initiale probabiliste dans les pneumopathies aigues communautaires. Les résultats de cette étude montrent des variations importantes dans les modalités d'orientation et d'antibiothérapie et suggère qu'une harmonisation des recommandations est indispensable à leur bon usage.

Ces éléments se retrouvent également dans un article paru dans la lettre d'information sur l'infectiologie, l'organisation du bon usage des anti infectieux et l'hygiène édité par le RésolInfectio PACA-est en novembre 2018 (26), qui préconise que les recommandations nationales pourraient avoir un impact plus fort auprès des praticiens non spécialisés si les experts déterminaient de façon plus ciblée les professionnels concernés par leur conseils thérapeutiques. Ils en concluent que la simplification des consensus devrait être considérée dans tous les champs d'application en infectiologie.

Dans notre travail il est à noter que beaucoup de déterminants de la prescription sont liés au médecin lui-même, cela peut être lié au fait qu'en EHPAD les préférences du patient influent beaucoup moins le praticien. Il apparaît que la gestion de l'incertitude a un rôle prépondérant dans la prescription du médecin. Ce phénomène a été décrit par la sociologue Géraldine Bloy dans un article paru en 2008 (27). L'incertitude en médecine générale comporte deux caractéristiques : l'une basée sur le rapport du médecin aux données médicales et l'autre aux rapports sociaux liés à l'exercice libéral en soins primaires.

L'incertitude liée au rapport du médecin vis-à-vis des données de la science se déploie sur 3 niveaux définis par Fox en 1988 :

- La maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible
- Les limites propres à la connaissance médicale
- La difficulté pour le médecin à faire la part entre les deux premiers niveaux : la distinction entre les propres limites du médecin et celles de la science.

L'incertitude du médecin liée à l'exercice libéral en soins primaires est liée au rôle d'omnipraticien et de primo intervenant et à la grande variété de motifs de consultation qui déborde souvent du registre biomédical auquel il est confronté.

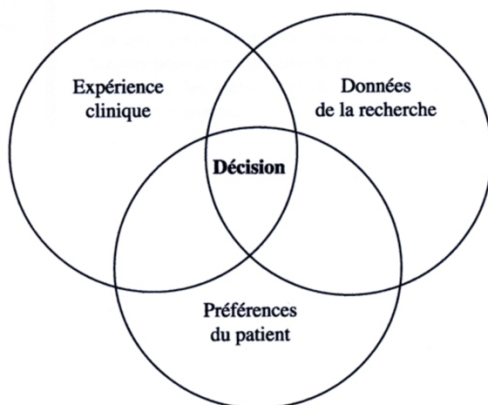
Ces deux paramètres se retrouvent dans nos résultats, la maîtrise incomplète des savoirs est retrouvée à plusieurs reprises dans les entretiens avec des connaissances erronées ou dépassées. Les limites propres à la connaissance médicale sont fréquemment citées notamment dans la faible applicabilité des recommandations chez la personne âgée compte tenu de l'atypie des signes et symptômes. Dans sa pratique, le médecin doit composer avec ces deux premiers niveaux d'incertitude.

Un des modèles pour décrire la démarche décisionnelle est l'Evidence Based Médecine (EBM) ou « médecine fondée sur des preuves ». Il s'agit d'un concept développé au Canada par Gordon Guyatt dans les années 1980 (28) dans lequel la décision médicale est basée sur l'expérience du médecin, les préférences du patient et des preuves issues d'une recherche clinique de haute qualité, valide et applicable dans la pratique courante. L'EBM est définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite, judicieuse et raisonnable des meilleures données probantes actuelles pour prendre des décisions concernant les soins de chaque patient » (29). Les preuves cliniques externes éclairent le médecin mais ne remplacent pas l'expertise clinique individuelle qui décide si elles sont applicables au patient.

Cinq étapes à suivre ont été définies pour appliquer cette approche de la médecine :

- Définition du problème
- Recherche des preuves pertinentes pour répondre au problème
- Évaluation des preuves
- Application des preuves au patient
- Évaluation de l'efficacité des preuves au patient

Figure 3 : La décision selon l'EBM



Tous les médecins interrogés ont décrit ce concept dans leur entretien sans pour autant le nommer. On retrouve bien le trépied expérience du médecin, préférences du patient, données de la science comme fil conducteur de la décision médicale.

En voici une illustration issue d'un entretien :

Mr L. qui présente depuis le jour même une asthénie avec toux et encombrement bronchique. Il est subfébrile avec une température à 38°C, sa fréquence cardiaque est à 100 battements par minute et sa saturation en oxygène à 98% en air ambiant.

Le médecin qui le suit est appelé par les infirmières et passe le jour même examiner Mr L.

Il le trouve asthénique, constate l'encombrement bronchique et la fièvre et doute de la présence d'un foyer dans la base pulmonaire droite lors de son auscultation. Le patient présente de gros troubles cognitifs et refuse de se laisser examiner.

Avec tous ces éléments le médecin décide de prescrire de l'Amoxicilline 1 gramme, trois fois par jour pendant sept jours.

Lors de mon entretien j'ai exploré les déterminants qui ont poussé ce médecin à prescrire cette antibiothérapie. Elle m'a fait part de plusieurs éléments :

- Ses expériences passées avec ce patient qui a un terrain respiratoire fragile et des infections respiratoires récurrentes
- Les antécédents du patient qui est immunodéprimé et dénutri
- Un comportement inhabituel malgré des troubles cognitifs connus
- Une mauvaise tolérance de l'Augmentin° qui lui provoque de forts troubles digestifs
- Une possibilité de revenir examiner le patient en fonction de l'évolution

Si la décision de prescription s'était basée uniquement sur les recommandations de la société Française de Pneumologie par exemple ou même Antibioclic° le médecin aurait prescrit de l'Augmentin pour traiter une pneumopathie aigue communautaire.

On voit bien dans cet exemple que l'expérience du médecin associée aux données cliniques, à la bonne tolérance des symptômes par le patient et à la possibilité de réadapter la prescription en fonction de l'évolution ont conduit le médecin prescripteur à s'affranchir des recommandations pour prescrire la molécule la plus adaptée selon lui dans le contexte.

La pratique médicale évolue de façon constante et impose au médecin de remettre perpétuellement ses connaissances à jour, cela passe par la formation médicale continue. Actuellement il existe un large panel de stratégies de formations. L'apprentissage continu reste le fondement du développement professionnel continu de chacun. La démarche qui est à la base de l'EBM est exigeante car elle impose au médecin d'identifier le problème clinique, la recherche de la solution et la critique de l'information puis la mise en application à sa pratique. Selon une revue systématique menée par Cochrane (30), les interventions qui ont démontré le plus d'efficacité dans le changement des pratiques médicales sont :

- Les visites sur le terrain par des formateurs
- Les notes de rappel liées au dossier des patients
- L'association de plusieurs types d'interventions (revue de dossier, note de rappel, consensus local...)
- Les enseignements formels avec interactivité et implication des participants (ateliers)

Cependant aucune méthode n'a fait universellement preuve de son efficacité et chaque médecin doit faire appel à des stratégies multiples pour modifier sa pratique médicale et tenir à jour ses

connaissances. Ceci met bien en lumière la difficulté pour les médecins à faire évoluer leurs pratiques et explique en partie les réponses de certains médecins interrogés qui font allusion à des connaissances apprises lors de leurs études, il y a plus de 20 ans.

Pour finir j'ai pu comparer mon étude à une étude similaire réalisée par deux médecins de Haute Savoie en 2019 sur les déterminants de prescription des antibiotiques en EHPAD (31). Même si l'étude a été menée différemment et ne repose pas sur des situations authentiques comme celle-ci on note cependant un certain nombre de similitudes dans les résultats.

On peut citer comme déterminants de prescription évoqués parmi les médecins de Haute Savoie interrogés : les difficultés à avoir un examen clinique de bonne qualité, la moindre utilisation des radiographies pulmonaires, l'utilisation de la CRP comme aide en complément de la clinique, les recommandations que ne sont pas adaptées à ces situations et les patients polyopathologiques ; ils représentent tous une difficulté lors de la décision de prescription. A l'inverse, la surveillance par les infirmières ainsi que la capacité d'alerte des familles sont perçues comme des aides précieuses lors de la prise de décision. D'autres études standardisées à plus grande échelle mériteraient d'être menées afin d'avoir une vue d'ensemble des déterminants de prescription à l'échelle nationale et de pouvoir mettre en place des solutions afin de faciliter ce processus.

BIAIS ET FORCES DE L'ETUDE

Si de nombreux travaux ont été réalisés sur les prescriptions d'antibiotiques et l'antibiorésistance, un très faible nombre d'entre elles s'attache aux prescriptions faites en EHPAD et notre étude tient son originalité dans la structure étudiée. Elle permet de commencer à dégager des hypothèses pour explorer la complexité de la décision de prescription au sein des EHPAD.

La force de cette étude tient également au fait qu'il s'agit d'analyse de situations médicales authentiques sur lesquelles les médecins ont pu exprimer leurs habitudes de pratique et leurs doutes. C'est grâce à un travail approfondi de recueil des données que les médecins ont pu faire un travail d'évocation au plus près de la réalité et rendre explicite leur décision en toute confiance compte tenu de l'intimité de l'entretien.

Le fait d'avoir été stagiaire au sein de la structure durant sept mois m'a permis d'en observer le fonctionnement, de formuler des questions relatives à la complexité de la décision de prescription d'antibiotiques et de dégager une piste d'étude concernant cette problématique.

Le travail préliminaire de recueil de toutes les prescriptions d'antibiotiques à posteriori sur 15 mois pour chacun des 106 résidents de l'EHPAD, ainsi que les motifs de ces prescriptions, les molécules utilisées, le nombre de cures et la durée cumulée a été long et fastidieux mais il m'a permis également de prendre conscience des problématiques liées à ces prescriptions et de l'intérêt d'une telle étude pour en connaître les déterminants.

Toutefois les résultats des entretiens semi dirigés reposent en grande partie sur la mémoire des médecins concernant leurs prescriptions, ce qui constitue un biais de mémorisation pour mon étude. Cette étude étant ma première expérience en matière d'entretien, ce qui constitue nécessairement un biais d'investigation. Pour limiter ce biais j'ai testé mon questionnaire et je l'ai étoffé au gré des entretiens.

La principale faiblesse de mon étude réside dans le fait qu'elle repose sur un seul centre, elle n'est donc pas assez représentative de la pratique des médecins en EHPAD ; ceci pourrait être une piste pour réaliser une autre étude plus valide.

Par ailleurs je n'ai pas effectué de retour aux médecins interrogés sur les différentes catégories qui sont apparues, il n'y a donc pas de rétrocontrôle de leur part.

Mon étude est basée sur les déterminants qui ont poussé les médecins à prescrire une antibiothérapie en se basant sur les prescriptions durant 15 mois, cependant je n'ai pas répertorié les moments où les médecins avaient décidé de ne pas prescrire d'antibiothérapie ; ceci constitue un biais à mon étude et pourrait être l'objet d'une autre étude complémentaire transversale.

CONCLUSION

Le mésusage des antibiotiques favorise le développement de l'antibiorésistance. Il concerne tous les domaines y compris les établissements pour personnes âgées.

Ce travail montre que la décision de prescription en EHPAD est multifactorielle et suit bien les principes de l'EBM.

Les principaux déterminants retrouvés dans cette étude sont liés à la structure, au médecin prescripteur, à la vulnérabilité de la personne âgée ainsi qu'à la situation pathologique et à la molécule elle-même. Certains de ces facteurs ne sont pas modifiables mais des actions peuvent être entreprises sur la majorité d'entre eux pour tenter d'améliorer ces prescriptions.

Concernant la structure, celle-ci apparaît être une aide pour les médecins interrogés, cependant afin d'améliorer les prescriptions, des évaluations des pratiques pourraient être mises en place en coopération avec le médecin coordonnateur afin de pouvoir améliorer les prescriptions et éventuellement les comparer à des données à l'échelle nationale. De plus l'acquisition d'outils supplémentaires comme un appareil de CRP rapide ou la réorganisation des stocks tampon en collaboration avec les médecins prescripteurs sont autant de pistes pour faciliter et améliorer les prescriptions.

Les médecins jouent un rôle prépondérant dans la décision de prescription, l'information, la mise à jour de leur connaissances, l'utilisation de référentiels appropriés ; le recours à des spécialistes en infectiologie pourrait améliorer les prescriptions et mettre le médecin plus à l'aise avec la décision. De plus nous avons vu qu'il reste encore des actions d'amélioration à fournir à l'échelle individuelle pour avoir une prise de conscience concernant l'antibiorésistance et une modification des pratiques médicales.

La situation de vulnérabilité des personnes âgées est un déterminant qui ne peut être modifié, cependant, il doit encourager les médecins à redoubler de prudence lors de leurs prescriptions et nécessite une réévaluation systématique de la prescription à 48h avec une surveillance accrue de la tolérance de la molécule et de l'évolution de l'état du patient.

La situation pathologique qui pousse le médecin à prescrire est un des déterminants majeurs, le flou nosologique, la pauvreté de l'examen clinique, l'absence de plaintes et les nombreuses comorbidités vont motiver le médecin à utiliser d'autres ressources afin de poser son diagnostic. L'utilisation accrue d'exams complémentaires comme l'utilisation de la CRP, l'utilisation de référentiels spécialisés et la connaissance du patient sont entre autres des pistes pour faciliter la décision du médecin.

Concernant le choix de la molécule, si la tolérance et la galénique sont systématiquement prises en compte par les médecins, la pression de sélection sur les bactéries passe souvent au second plan ; il est primordial que les médecins intègrent ce paramètre de façon systématique à leurs prescriptions même si cette notion reste relativement abstraite dans leur pratique quotidienne.

Une autre étude prospective sur plusieurs EHPAD pourrait avoir un intérêt pour confirmer ces résultats et mettre en place et évaluer des stratégies visant à améliorer ces prescriptions.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ANSM . Consommation d'antibiotiques et résistances. Disponible sur :
www.ansm.sante.fr
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. Résistance aux antibiotiques. Disponible sur :
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>
- (3) Commission européenne. La politique européenne en matière de lutte contre l'antibiorésistance. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_politique_europeenne_en_matiere_de_lutte_contre_l_antibioresistance.pdf
- (4) Ministère de la santé et des solidarités. L'antibiorésistance pourquoi est-ce si grave ? Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/l-antibioresistance-pourquoi-est-ce-si-grave>
- (5) ANSES. One Health. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/one-health>
- (6) WHO. AMR: Global report on surveillance, 2014.
<http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/>
- (7) Santé publique France, direction de la communication. Consommation d'antibiotiques en France , novembre 2018. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2018>
- (8) Santé publique France. Morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-résistantes aux antibiotiques en France en 2012. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladiesinfectieuses/2015/Morbidite-et-mortalite-des-infections-a-bacteriesmulti-resistantes-aux-antibiotiques-en-France-en-2012>

- (9) Haute autorité de Santé. Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours, février 2014 Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
- (10) DREES. 728 000 Résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Juillet 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- (11) INSEE. Personne âgées dépendantes. Mars 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937>
- (12) DRESS. En EHPAD les patients dépendants souffrent davantage, de pathologies aiguës. Décembre 2016. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_989.pdf
- (13) Prev'EHPAD : infections associées aux soins et traitements antibiotiques en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, résultats nationaux 2016. 2017. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/prev-ehpad-infections-associees-aux-soins-et-traitements-antibiotiques-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes-resultat>
- (14) Antibiothérapie rationnelle en soins primaires. Disponible sur : <https://antibiocliv.com/>
- (15) OMEDIT. ARS Ile de France. Guide de recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD. 2018. Disponible sur : http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2018/07/guide-antibios-V2018_VD.pdf
- (16) E. Stolper, M. Van de Wiel, P. Van Royen, M. Van Bokhoven, T. Van den Weijden, G. Jan Dinant. Gut feeling as a third track in general practitioners diagnostic reasoning. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019314/>
- (17) C. Attali, C. Amade-Escot, V. Ghadi, J.M. Cohen, D. Pouchain. Prescription Ambulatoire des Antibiotiques dans les Infections Respiratoires. Disponible sur : https://epidmeteo.fr/document/PAAIR_rapport_final.pdf
- (18) C. Attali, S. Rola, V. Renard, F. Roudot-Thoraval, O. Montagne, P. Le Corvoisier, M. Médioni, J. Citée, L. Compagnon. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux

recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. Disponible sur : https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/Situations_cliniques_infections_respiratoires_virales.pdf

- (19) S. Simpson, B. De Fiona, C. Butler. General practitioners' perceptions of antimicrobial resistance: a qualitative study. *J Antimicrob Chemother* 2007 Feb;59(2):292-6. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17110392/>
- (20) C. Pulcini, A. Naqvi, F. Gardella, P. Dellamonica, A. Sotto. Résistance bactérienne et prescription antibiotique : perceptions, attitudes et connaissances d'un échantillon de médecins généralistes. *Médecin et maladies infectieuses* Vol 40 - N° 12 P. 703-709 - décembre 2010. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/277192/resistance-bacterienne-et-prescription-antibiotique>
- (21) S. Van Vugt, B. DL Broekhuizen, C. Lammens, C. Butler. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013;346:f245. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f2450.long>
- (22) N. Grofal. QUICK READ CRP° Etude de la faisabilité sur l'utilisation d'un appareil de mesure rapide de la protéine C réactive en pratique courante de médecine générale. Avril 2012. Disponible sur : <https://www.chu-besancon.fr/smfc/201210pdf/12-09-08.pdf>
- (23) M. Tourraine. États Généraux de la sécurité du patient jeudi 14 février 2013. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_natioanl_pour_la_securite_des_patients_2013-2017_-_intervention_marisol_tourainne_-_etats_generaux_securite_des_patients.pdf
- (24) M. 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. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020290/>
- (25) J. Labarère, M. Fourny, P. Pavese, P. Bedouch, C. Brambilla, P. Francois. Concordance des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires. *Revue des maladies respiratoires* Vol 20 - N° 6-C1 P. 858-870 - décembre 2003

Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/143696/concordance-des-recommandations-de-prise-en-charge>

- (26) PM. Roger, C. Michelangeli, D. Girard, P. Etienne, G. Borredon, V. Dautezac, O. KeitaPerse, P. Del Giudice. Simplifier les recommandations d'antibiothérapies : une urgence pour plus d'efficacité. Lettre d'information sur l'infectiologie l'organisation du bon usage des anti infectieux, et l'hygiène, novembre 2018. Disponible sur : https://cdn-www.chu-nice.fr/assets/site/Journal_d_infectiologie_du_ResoInfectio_PACA_Est_INFOH_8.pdf
- (27) G. Bloy. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et santé 2008/1 (Vol. 26), pages 67 à 91
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-1-page-67.htm?contenu=resume>
- (28) R. L Sur, P. Dahm. History of Evidence Based Medecine. Indian J Urol. 2011 Oct-Dec; 27(4): 487–489. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263217/>
- (29) I. Masic, M. Miokovic, B. Muhamedagic. Evidence Based Medicine - New Approaches and Challenges. Acta Inform Med. 2008; 16(4): 219–225. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3789163/>
- (30) L. A Bero, R. Grilli, J M Grimshaw, et al. Closing the gap between research and practice : An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ 1998;317: 465-8. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9703533/>
- (31) E. Richard, P. Baudoin, L'antibiothérapie en EHPAD vue par les médecins généralistes de Haute-Savoie : les déterminants de cette prescription. UGA UFRM - Université Grenoble Alpes - UFR Médecine. 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02319252>

ANNEXE N°1

GUIDE ENTRETIEN POUR LES MEDECINS INTERVIEWES

Préambule

Bonjour, tout d'abord je souhaite vous remercier de m'accorder cet entretien présentiel qui va beaucoup apporter à mon travail.

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale j'ai choisi de travailler sur les difficultés de prescription d'anti-infectieux en EHPAD afin de diminuer l'antibiorésistance.

Je souhaite comprendre grâce à vos témoignages quelles sont les problématiques liées à la prescription des antibiotiques en EHPAD. J'ai choisi de solliciter pour mon étude tous les médecins traitants des résidents de l'EHPAD soit 10 au total.

Ce qui est important dans mon travail est de mettre en lumière toutes les difficultés liées à la prescription d'antibiotiques chez la personne âgée, il s'agit là d'une vision globale de tout ce qui participe à la prise de la décision. *[La façon dont l'infirmière vous présente la situation, les conditions d'examen, le jour de la semaine, la fiabilité que vous accordez aux données, les desideratas des patients et de sa famille, la connaissance de votre patient ...]*

Tout ce que vous me direz sera important pour que je comprenne bien dans quelles conditions ces prescriptions ont eu lieu. L'objectif est d'identifier les problématiques qui entrent en jeu dans cette démarche diagnostique et thérapeutique.

Voilà comment nous allons procéder :

Je vais vous rappeler pour chaque patient ayant fait l'objet d'une antibiothérapie au cours de l'année 2019 le contexte, puis je vais vous demander de me faire part de vos souvenirs pour me permette de comprendre quels sont les éléments ayant guidé votre prescription et quelles ont été vos difficultés et hésitations.

Je vais enregistrer notre entretien pour ne rien perdre du contenu, l'entretien sera anonymisé. Les enregistrements audios seront supprimés dès leur que leur conservation ne sera plus nécessaire.

Pourriez-vous me signer ce consentement s'il-vous-plait ?

Pour chacun des patients j'ai élaboré un guide rappelant les circonstances de prescription, les examens complémentaires éventuels, vos observations et prescriptions, cependant les données que j'ai à ma disposition dans le logiciel, dans les transmissions infirmières et dans vos cahiers sont partielles. Je cherche donc à les compléter grâce à vos témoignages.

Avez-vous des questions à ce stade ?

Si vous êtes prêt nous allons pouvoir commencer.

Je me permets de vous faire lire et signer ce consentement avant de débiter.

1. Rappel du cas

2. Discussion autour du cas

Souvenirs du médecin concernant le cas :

Données d'examen :

- Quelles étaient les circonstances de votre venue à l'EHPAD ?
(Visite de routine/appel de l'IDE/prescription par téléphone)
- Quelles étaient les plaintes du patient ?
- Qu'avez-vous constaté lors de l'examen clinique ?
- Quel diagnostic avez-vous suspecté ?
- Quelle confiance aviez-vous dans l'exactitude de ce diagnostic suspecté ?

Très faible	Faible	Modérée	Importante	Totale
-------------	--------	---------	------------	--------

- De quels éléments biomédicaux ou autres avez-vous tenu compte pour prescrire les antibiotiques ?
Interaction avec l'équipe/examens complémentaires/ATCD/désidératas patient ou famille/circonstances/connaissance du patient

Contexte de prescription :

- Qu'est ce qui a motivé le choix de la molécule/posologie/durée ?

- Avez-vous un référentiel particulier que vous utilisez pour la prescription des antibiotiques en EHPAD ?
- Avec le même tableau clinique quelle attitude thérapeutique auriez-vous eu en cabinet ?
- Quelle confiance avez-vous dans le bénéfice pour ce patient de l'antibiotique prescrit ?

Très faible	Faible	Modérée	Importante	Totale
-------------	--------	---------	------------	--------

- Avec ce diagnostic les recommandations antibiocique et OMEDIT préconisent, qu'en pensez-vous ?
- Qu'est ce qui aurait pu modifier votre décision ?

3. Fin d'entretien

Faire un résumé de la situation

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- Comment jugez-vous l'importance de l'antibiorésistance ?
- Pour vous quelles sont les problématiques liées à la prescription d'antibiotiques en EHPAD ?
- Pensez-vous que les recommandations sont adaptées aux résidents des EHPAD ?
- Quels conseils me donneriez-vous pour améliorer l'entretien

4. Données générales

Quel est votre âge ?

Quelle est votre date d'installation ?

Quelle est votre date de thèse ?

Dans quel secteur êtes-vous installé ?

Avez-vous une formation ou une pratique particulière en infectiologie ?

Quel est votre secteur de convention ?

Combien de patient suivez-vous à l'EHPAD ?

Comment intervenez-vous en EHPAD ? (à la demande/en systématique)

Je vous remercie encore de m'avoir accordé du temps en participant à ce travail. Je ferai un résumé de notre entretien, si vous le désirez je vous le ferais parvenir et si vous avez des commentaires je serai heureuse d'en tenir compte.

Souhaitez-vous que je vous envoie un résumé de ma thèse ?

ANNEXE N°2

VIGNETTE PATIENT

Mr L.

1. Décembre 2019

Observation IDE du 31/12 : « Résident très asthénique ce matin semble encombré , sub-fébrile, FC 100 bpm, T° 38°, TA 144/88, SpO2 98 %, appel MT, passera cet après-midi »

Observation du 31/12 : « T° = 38°C ce matin,
Asthénique mais réactif
SpO2 = 95 % AA
Répond aux questions de façon adaptée
Encombrement bronchique + doute sur foyer base G; RAS par ailleurs
=> Amoxicilline 1gr*3/j »

Prescription du 31/12 : Amoxicilline 1g, 3 fois par jour pendant 7 jours

Observation du 07/01 : « Amélioration clinique globale
Auscultation de contrôle impossible (opposition), pas de dyspnée »

Recommandations :

Antibioctic° :

Pneumopathie : AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE PO : 1 g 3 fois/j pendant 7 jours

OMEDIT :

Amoxicilline-acide clavulanique 1g×3/j PO 7 jours

ANNEXE N°3

FICHE DE CONSENTEMENT

FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Dans le cadre de ma thèse pour obtenir le grade de Docteur en médecine générale je vous sollicite pour participer à mon travail de recherche. L'objectif est de comprendre quel sont les éléments qui participent à la décision de prescription d'antibiotiques pour les 3 infections les plus fréquemment rencontrées en EHPAD : les pneumopathies, les infections urinaires et les érysipèles.

Je souhaite recueillir les données sur la base d'entretiens semi-dirigés avec les médecins généralistes prescripteurs au sein de l'EHPAD Les Micocouliers à Roquebrune sur Argens.

Je vous propose lors de cet entretien d'échanger sur les prescriptions établies depuis le 1^{er} janvier 2019 concernant les patients que vous suivez.

Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone, il sera ensuite retranscrit mot pour mot pour être analysé et ce de façon anonyme.

Je soussigné(e) :

Accepte de participer au travail de thèse dirigée par le Docteur POURRAT Isabelle et réalisée par ANDREO Victoria, interne en médecine générale.

J'ai reçu, et j'ai bien compris, les informations suivantes :

- Il s'agit d'une étude sur la démarche décisionnelle concernant la prescription des antibiotiques en EHPAD.
- Je bénéficierai d'informations concernant les résultats de ce travail si je le souhaite.
- Les données recueillies lors de tous les entretiens seront analysées de façon anonyme.

Fait à.....

Le.....

Signature du médecin

SERMENT D'HIPPOCRATE

Voici le texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.

RESUME

INTRODUCTION : L'antibiorésistance constitue un problème majeur en santé publique. En 2050 elle sera devenue la première cause de mortalité au monde. On estime que 93% des antibiotiques destinés à l'être humain sont prescrits par les médecins de ville. De nombreuses études portent sur les prescriptions d'antibiotiques en population générale mais peu d'entre elles se penchent sur les prescriptions en EHPAD.

Ce travail a pour vocation de comprendre les déterminants qui entrent en jeu dans la décision de prescription d'antibiotiques en EHPAD.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative descriptive qui recueille l'expérience des médecins au travers d'entretiens individuels semi dirigés basés sur des situations authentiques.

RESULTATS : Cinq médecins ont été interrogés sur des prescriptions effectuées entre janvier 2019 et mars 2020. Cinq domaines de déterminants se dégagent au cours de ces entretiens.

La situation pathologique est un des facteurs prépondérants qui entre en jeu lors de la décision, sont notamment évoqués : la clinique souvent atypique avec un examen clinique peu contributif, le cadre nosologique flou et les nombreuses comorbidités des patients. La structure de vie ainsi que les équipes soignantes participent à cette décision. Si la surveillance par les familles et les équipes paramédicales ainsi que les soins prodigués sont perçus comme une aide dans la décision, la complexité pour la réalisation des examens complémentaires est perçue quant à elle comme un frein au diagnostic. Les déterminants qui entrent en jeu sont aussi en grande partie liés au médecin lui-même, notamment ses habitudes de prescriptions, son intuition, l'utilisation des recommandations et sa façon de gérer l'anxiété induite par la situation. Certains facteurs extrinsèques ont aussi été évoqués. La vulnérabilité de la personne âgée détermine aussi ces prescriptions pour la totalité des médecins notamment les troubles cognitifs, la balance bénéfique/risque liée à une hospitalisation et le passif du médecin avec son patient. Les derniers facteurs évoqués sont liés à la molécule : il s'agit de la tolérance, de la galénique, de la disponibilité et sa pression de sélection sur les bactéries.

CONCLUSION : La décision de prescription d'antibiotiques est multifactorielle et complexe. Plusieurs déterminants sont retrouvés dans ce travail et de nombreuses pistes d'amélioration peuvent être envisagées en collaboration entre les médecins prescripteurs, des médecins infectiologues, et les EHPAD.

MOTS CLES : Antibiotiques, déterminants, EHPAD, médecine générale, qualitatif, prescription, antibiorésistance, personne âgée, EBM.