HAL
open science

Evaluation de la diffusion et de l'appropriation de la partie infectiologie du guide de bon usage des médicaments destiné aux EHPAD par des coordonnateurs lorrains

Zouhair Bouabid

To cite this version:

Zouhair Bouabid. Evaluation de la diffusion et de l'appropriation de la partie infectiologie du guide de bon usage des médicaments destiné aux EHPAD par des coordonnateurs lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932060

HAL Id: hal-01932060

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932060v1

Submitted on 23 Nov 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE 2017 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Zouhair BOUABID

Le 11 mai 2017

EVALUATION DE LA DIFFUSION ET DE L'APPROPRIATION DE LA PARTIE INFECTIOLOGIE DU GUIDE DE BON USAGE DES MÉDICAMENTS DESTINÉ AUX EHPAD PAR DES COORDONNATEURS LORRAINS

Examinateurs de la thèse:

Madame le Professeur Céline PULCINI	Président
Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME	Juge
Madame le Docteur Nelly AGRINIER	Juge
Monsieur le Docteur Jacques BIRGE	Juge et directeur

16 février 2017

Président de l'Université de Lorraine : **Professeur Pierre MUTZENHARDT**

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY – Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER – Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ – Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT – Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET – Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER **2ème sous-section : *(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL **4ème sous-section : *(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER **3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL **3ème sous-section : *(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO **4ème sous-section : *(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT **2ème sous-section : *(Neurochirurgie)***

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET **2ème sous-section : *(Cardiologie)***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : *(Médecine générale)*

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)* Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)*** Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE **2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS *(stagiaire)* **2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN *(stagiaire)*
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'urgence)*
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA **4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE Docteur Jean-Michel MARTY

==========
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président

Madame le Professeur Céline PULCINI

Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury. Nous vous prions de voir dans ce travail toute l'expression de notre respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Gériatrie

Vous avez accepté de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos plus profonds remerciements.

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur Nelly AGRINIER

Maître de Conférences des Universités

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre haute considération.

A notre Juge et Directeur

Monsieur le Docteur Jacques BIRGE

Docteur en Médecine Générale

Pour votre disponibilité et votre accompagnement sans faille tout au long de ce travail, soyez assuré de toute ma gratitude et ma profonde considération.

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail, recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.

A tous les participants aux questionnaires et aux formations, que nous ne pouvons bien évidemment pas citer afin de préserver l'anonymat, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance, pour avoir donné de votre temps bien volontiers, soyez assurés de toute ma gratitude. Sans vous rien n'aurait été possible.

A mes parents, merci pour votre soutien depuis le début de ma scolarité. Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée, pour le goût du travail que vous m'avez transmis et pour m'avoir sans cesse poussé à donner le meilleur de moi-même. Vous avez su m'apprendre la rigueur, le dépassement de soi et le désir d'aller au bout des choses. Merci pour la foi que vous m'avez transmise.

A toi Sonia, pour ton soutien indéfectible durant toutes les étapes de ces longues études. Je te remercie pour ta patience et ton écoute. Merci de m'avoir offert ce merveilleux petit bonhomme qui me remplit de joie. Je ne te remercierai jamais assez.

Au Dr Kénora Chau, merci pour le temps que tu as pu me consacrer et pour ton aide précieuse dans les nombreuses séances ateliers thèse/mémoire.

Mima, je ne t'oublie pas pour ta participation dans l'élaboration des questionnaires.

Jiji, pour nos bons vieux moments de rigolade.

Wiwi, je n'oublie pas ton soutien au début de mes études. Tu t'es comporté comme une seconde mère. Shay et Linoush, je vous souhaite beaucoup de réussite.

A ma belle-famille, merci à vous d'avoir été présents. Sam, Rara, on attend votre tour ! Sarah grand merci pour ta relecture et tes corrections (heureusement !)

A mes amis Mouss, Jagou, Sid, Sof, Juju et tous les autres.

Cheyenne je ne t'oublie pas hermano…

SERMENT

« Au moment d'être admis 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.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS 19

INTRODUCTION 21

I. L' EHPAD ET SES ACTEURS 23

1. L'EHPAD 23

1.1 Structure 23

1.2 Population 24

1.3 Le risque infectieux en EHPAD 24

1.3.1 Les facteurs de risque liés à l'institution 24

1.3.2 Les facteurs de risque propres aux résidents 24

1.3.3 Les facteurs de risque liés au diagnostic 25

2. Les intervenants 25

2.1 Les MC 25

2.1.1 Formation et statut 25

2.1.2 Missions 26

2.1.3 La prescription 27

2.2 IDEc/IDEr 27

2.2.1 Formation 27

2.2.2 Missions 28

2.3 Les MT 28

II. ANTIBIOTHERAPIE EN FRANCE ET ANTIBIORESISTANCE 30

1. L'absence d'innovation antibactérienne 30

2. Les impacts de l'antibiorésistance 30

3. Evolution de la consommation des ATB en ville en France entre 2000 et 2015 ... 31

4. Situation de la France en Europe en 2015 32

III. LA CONTRE-ATTAQUE 35
1. Dans le monde 35
2. En Europe 36
3. En France 36
3.1 Campagnes de communication 36
3.2 Les Circulaires Ministérielles 37
3.3 Les différents Plans Nationaux Antibiotique 37
3.4 La Task force « Tous ensemble, sauvons les ATB » 38
3.5 La feuille de route interministérielle de maîtrise de l'antibiorésistance 39
3.6 Recommandations et outils d'aide à la pratique 40
IV. LE GUIDE DE BON USAGE DES MÉDICAMENTS EN GÉRIATRIE 41
1. Elaboration 41
2. Diffusion 42
2.1 Sous forme papier 42
2.2 Sous forme numérique 42

MATERIEL ET METHODE 43
I. QUESTIONNAIRE ÉVALUANT L'APPROPRIATION ET LE DIFFUSION DE LA PARTIE INFECTIOLOGIE DU GUIDE DE BON USAGE DES MÉDICAMENTS POUR EHPAD PAR LES COORDONNATEURS LORRAINS 44
1. Élaboration des questionnaires 44
2. Méthode de recueil 44
3. Population interrogée 45
3.1 Population cible 45
3.2 Critères d'inclusion 46
3.3 Critères d'exclusion 46
3.4 Nombre de répondants nécessaires 46
4. Test de faisabilité - Pré-test 47
5. Méthodologie d'analyse des réponses 47

II. FORMATION DES INTERVENANTS EN EHPAD 48

1. Invitation 48

2. Déroulement des séances 48

3. Questionnaire d'opinion 49

RESULTATS ET ANALYSE 50

I. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE D'OPINION SUR LA FORMATION EN ANTIBIOTHÉRAPIE 51

1. Etude du profil des participants 51

1.1 Sexe 51

1.2 Age 51

1.3 Profession 51

1.4 Département d'exercice 51

2. Concernant la logistique de la formation 52

3. Concernant le graphisme de l'exposé 52

4. Concernant le contenu de la formation 53

5. Etude qualitative des réponses à la question ouverte 53

II. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PARTIE INFECTIOLOGIE DU GUIDE 55

1. Résultats préliminaires 55

1.1 Taux de réponse par département 55

1.2 Durée de passation du questionnaire 55

1.3 Motifs de non réponses 56

2. Etude des réponses 56

3. Etude qualitative des réponses à la question ouverte 59

3.1 Concernant la forme du guide 60

3.2 Concernant le contenu du guide 60

3.3 Concernant l'appropriation 60

3.4 Concernant la diffusion 61

3.5 Concernant les sessions de formation 62

4. Les prescriptions « téléphoniques » et « induites » 62

DISCUSSION 64

I. CALENDRIER DE LA FORMATION EN ATB PAR RAPPORT À LA DIFFUSION DU GUIDE 65

II. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION 65

1. Taux de réponse 65

2. Critique méthodologique 65

2.1 La population 65

2.2 Le questionnaire 65

2.3 Les Méthodes de recueil 66

2.3.1 Téléphonique 66

2.3.2 Auto-administré 67

2.3.3 Face-à-face 67

3. Médecins non-répondeurs 67

4. Interprétation des résultats 68

III. RELATION MC-MT 68

CONCLUSION 71

BIBLIOGRAPHIE 74

ANNEXES 79

LISTE DES ABREVIATIONS

ACdeBMR Alliance Contre le développement des Bactéries Multi-Résistantes

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS Agence Régionale de la Santé

AS Aide-Soignant

ATB Antibiotique

BMR Bactérie Multi-Résistante

CAT Conduite À Tenir

CIS Comité Interministériel pour la Santé

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CSP Code de la Santé Publique

DCI Dénomination Commune Internationale

DDJ Dose Définie Journalière

DESC Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DU Diplôme Universitaire

EARSS European Antimicrobial Resistance Surveillance System

ECDC European Centre for Disease Prevention and Control

EHPAD Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ESAC European Surveillance of Antimicrobial Consumption

ETP Equivalents Temps Plein

HAS Haute Autorité de Santé

ICATB	Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDEc	Infirmier Diplômé d'Etat coordonnateur
IDEr	Infirmier Diplômé d'Etat référent
InVS	Institut de Veille Sanitaire
NSP	Ne Sait Pas
MC	Médecin Coordonnateur
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin Traitant
OMéDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques
OMS	Organisation Mondial de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de la Langue française
STATISS	Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TATFAR	Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance
UE	Union Européenne
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
WAAAR	World Alliance Against Antibiotic Resistance

INTRODUCTION

Découverts par Fleming en 1928, les ATB ont permis de faire considérablement reculer la mortalité associée aux maladies infectieuses au cours du XXième siècle. Parallèlement, on a pu observer rapidement, et ce dès le début des années 1950 (1), des phénomènes de résistances à ces molécules favorisés par un mésusage. **En France, chaque année, on estime à 158 000 le nombre d'individus contractant une infection à BMR, dont 12 500 en décèdent** (2).

La prévalence de la résistance bactérienne aux ATB est préoccupante en ville mais également dans les EHPAD ; celle-ci est liée à la surconsommation et à une prescription inappropriée.
La décision et l'indication de prescription des ATB sont rendues particulièrement complexes par les comorbidités, la difficulté de l'examen clinique et un accès problématique aux examens complémentaires.
Dans le même temps, le nombre d'ATB mis à disposition est de plus en plus limité ces dernières années, marquées par une raréfaction de l'arsenal thérapeutique majorant ainsi le risque d'impasse thérapeutique en ambulatoire.

En France, le nombre de personnes institutionnalisées est en constante croissance et avoisine actuellement les 600 000 personnes (3), la très grande majorité vivant en EHPAD.
L'augmentation de l'espérance de vie fait que de plus en plus de sujets sont porteurs de pathologies chroniques liées au vieillissement, avec des conséquences majeures au niveau individuel. Le choix de la thérapie antibactérienne doit donc prendre en compte les spécificités de cette population vulnérable et à risque de complications.
La vie en collectivité met en contact quotidien les résidents, ce qui favorise la transmission des agents infectieux et le risque de contamination.

C'est dans ce contexte que le guide du bon usage du médicament en gériatrie a vu le jour au printemps 2015, document élaboré par un groupe de travail mis en place dans le cadre de la gestion du risque en EHPAD, coordonné par l'ARS et l'OMéDIT de Lorraine et mis à disposition des prescripteurs d'EHPAD lorrains. Afin de limiter l'émergence des souches bactériennes, le réseau lorrain ANTIBIOLOR a participé à la rédaction de la partie consacrée aux pathologies infectieuses.

Depuis 2005, les MC interviennent obligatoirement (4) dans chaque EHPAD. Ils représentent le principal relais dans la diffusion de recommandations de bonnes pratiques, notamment en matière d'antibiothérapie.
Dans notre travail de thèse mémoire, nous chercherons à évaluer la diffusion et l'appropriation par les coordonnateurs d'EHPAD lorrains sur le chapitre infectiologie du guide de bon usage au sein de leurs établissements. Les intervenants en EHPAD seront invités à participer à des séances de formations en infectiologie.

Par ailleurs, un audit est en cours sur le bon usage des ATB en EHPAD.

I. L' EHPAD ET SES ACTEURS

1. L'EHPAD

1.1 Structure

Anciennement « maisons de retraite », les EHPAD sont des structures dans lesquelles les personnes âgées plus ou moins dépendantes vivent en collectivité pour de longues périodes, le plus souvent jusqu'à leur décès.

Un établissement est qualifié d'EHPAD (5) lorsqu'il a signé, en application de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, une convention tripartite avec le Conseil Général et l'autorité compétente de l'Assurance Maladie (représentée par le Directeur général de l'ARS). Cette convention repose sur cinq principes fondamentaux : la transparence des coûts et des prises en charge, le renforcement des moyens médicaux, la solidarité envers les personnes âgées dépendantes, une démarche qualitative et la mise en œuvre d'un partenariat.

On compte plus de 7 300 établissements en France (6).

Les EHPAD se situent entre un lieu de vie privé et l'hôpital. Ils représentent une forme d'hébergement collectif et un domicile privé pour le résident. Ils sont de taille très variable, en moyenne autour de quatre-vingt lits.

Le monde des EHPAD est très hétérogène. Il en existe classiquement trois principaux types : publics, participants au service public hospitalier (PSPH) et privés (à but lucratif ou non).
La majorité d'entre eux sont isolés, certains sont situés dans un établissement hospitalier (bénéficiant ainsi des structures d'hygiène de celui-ci) et d'autres sont rattachés à un hôpital (mais situés à distance).

La région Lorraine comptait 272 EHPAD au 1er Janvier 2015. La répartition se fait de la façon suivante (7) :

Département	Meurthe-et-Moselle (54)	Meuse (55)	Moselle (57)	Vosges (88)	TOTAL
Nombre d'établissements	70	23	116	63	272
Nombre de lits	6010	1967	8097	5450	21524

1.2 Population

On estime qu'en France les EHPAD accueillent environ 600 000 personnes, les femmes représentant les trois quarts des effectifs (8).

Pour être accueilli en EHPAD, il faut remplir les critères cumulatifs suivants :

- Personnes seules des deux sexes ou des couples
- de plus de 60 ans
- et être dépendant, c'est-à-dire être en perte d'autonomie.

1.3 Le risque infectieux en EHPAD

Bien que la consommation d'ATB ainsi que la prévalence de la résistance bactérienne y soient élevés (9), aucune obligation réglementaire n'existe actuellement en ce qui concerne la politique de bon usage dans ces établissements.
L'infection est fréquente en EHPAD (10) puisqu'on estime que 50 à 80 % des résidents reçoivent au moins une antibiothérapie par an (11). Elle est située à mi-chemin entre le « communautaire » et le « nosocomial ». À l'heure actuelle émerge le concept d'infection acquise (ou contractée) en EHPAD, intitulé dans la littérature internationale « nursing home-acquired infection ». L'infection est une cause de décès très fréquente en EHPAD.

Les BMR sont ainsi fréquemment portées par des personnes vivant en EHPAD, en particulier chez celles qui effectuent des séjours hospitaliers (60 % environ) (12). Les EHPAD représentent des « réservoirs » importants de BMR, expliquant de fréquentes réimportations à l'hôpital.

Différents facteurs de risque ont été identifiés dans ces établissements (13) (14).

1.3.1 Les facteurs de risque liés à l'institution

La vie en EHPAD, regroupant des résidents dans un espace confiné, augmente le risque infectieux des résidents. De plus, l'organisation pour lutter contre ce risque est le plus souvent insuffisante, avec un personnel généralement en sous-effectif et mal formé aux mesures d'hygiène, ce qui contribue à la diffusion des infections dans l'environnement. Les structures sont parfois anciennes et vétustes avec des réseaux d'eau incertains.

1.3.2 Les facteurs de risque propres aux résidents

Le concept du « vieillard fragile » se caractérise par un terrain (dénutrition, poly pathologie, poly médication, dépendance, altérations neurosensorielles) et un état d'instabilité physiologique du fait de réserves fonctionnelles minimes. Cet état prédispose aux infections.
Les résidents en EHPAD sont parfois difficilement examinables (état grabataire, démence, parfois peu ou pas communiquant) avec de nombreux pièges sémiologiques (clinique peu ou

pas évocatrice, pauci symptomatique). Par exemple, le patient dément déambulant ne respectant pas les mesures d'isolement.
Le diagnostic de l'infection est quelques fois plus difficile chez la personne âgée car l'infection se déroule de façon atypique ou asymptomatique.

1.3.3 Les facteurs de risque liés au diagnostic

L'accès aux examens complémentaires est parfois laborieux et le diagnostic des infections repose le plus souvent sur l'examen clinique, ce qui peut avoir pour conséquence des traitements ATB empiriques non-documentés.
Il existe également une diversité dans la prise en charge médicale par les nombreux médecins de ville intervenant.

2. Les intervenants

2.1 Les MC

2.1.1 Formation et statut

La présence d'un MC est obligatoire depuis 2005 dans les EHPAD.

Ses conditions de formations consistent (15) :

- soit en un DESC de gériatrie
- soit une capacité gérontologique
- soit un DU de médecin coordonnateur d'EHPAD
- soit à défaut, une attestation de formation continue délivrée par un organisme agréé (mentionnée à l'article D.312-157 du Code de l'action Sociale et des Familles)

Si le MC n'est pas titulaire de l'un de ces diplômes au moment de la signature de son contrat, il s'engage et dispose d'un délai de trois ans à partir de la date d'embauche pour satisfaire à l'une des conditions de diplôme ou de formation.

Il est médecin salarié et son temps de présence est défini contractuellement avec le représentant légal de l'établissement. Son temps d'activité est fonction du nombre de résidents dans l'établissement : en effet, depuis le décret n°2011-1047 du 02 septembre 2011 relatif au temps d'exercice, son temps de présence ne peut être inférieur à :

- 0,25 ETP pour 44 places et moins ;
- 0,40 ETP pour 45 à 59 places ;
- 0,50 ETP pour 60 à 99 places ;
- 0,60 ETP pour 100 à 199 places ;
- 0,80 ETP pour 200 places et plus

Ce décret précise également que la commission de coordination gériatrique, présidée par le MC, doit se réunir au minimum deux fois par an (en moyenne trois à quatre fois par an en fonction des établissements). La commission de coordination gériatrique est un lieu d'échanges entre l'équipe soignante de l'EHPAD et les médecins intervenants dans l'établissement à titre libéral. Il est discuté, en son sein, des bonnes pratiques gériatriques à mettre en place.

2.1.2 Missions

Les missions du médecin coordonnateur d'EHPAD sont définies par deux décrets, celui du 27 mai 2005 et celui du 2 septembre 2011, ainsi que par une circulaire du 7 décembre 2012.

Le MC est chargé de faciliter l'intervention des MT des résidents. Il doit favoriser leur accès au cabinet médical et aux dossiers médicaux. Il est tenu d'assurer l'accès des MT aux dossiers de soins des résidents et de protéger le contenu des données retranscrites dans ces dossiers.
Il contribue à la qualité de la prise en charge gérontologique des personnes âgées dépendantes en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé (salariés ou libéraux) appelés à intervenir auprès des résidents. Pour autant, il ne dispose à leur égard d'aucune autorité fonctionnelle.

Les activités du MC qui, sous l'autorité du responsable de l'établissement, assure l'encadrement médical de l'équipe soignante, sont réparties en treize missions.

Selon l'article publié au Journal Officiel en 2011, le MC :

1. Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, et coordonne et évalue sa mise en œuvre,
2. Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution,
3. Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels au sein de l'établissement,
4. Evalue et valide l'état de dépendance des résidents,
5. Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques,
6. Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments,
7. Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation,
8. Elabore un dossier type de soins,
9. Etablit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale,
10. Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins,
11. Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés,

12. Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques,
13. Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence.

Par ailleurs, le rapport Carlet a formulé trois propositions (rapport du 19 juin 2015, rendu public en octobre 2015, cf. après) relatives à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance :

« Le médecin coordonnateur en EHPAD est un relais efficace dans la diffusion de recommandations de bonnes pratiques, de la réalisation d'évaluation des pratiques sur le bon usage des ATB, de la promotion de la vaccination auprès des MT et des résidents et de leurs familles ».
« Le médecin coordinateur en EHPAD est chargé de coordonner la politique du médicament dans l'établissement, en collaboration avec les médecins prescripteurs des résidents et avec l'appui du personnel paramédical ».
« *Le médecin coordinateur doit disposer des moyens nécessaires à la* ***mise en place d'un programme de bon usage des ATB dans l'établissement. Ceci doit faire partie de ses missions obligatoires. Il peut s'agir de mettre des recommandations à la disposition des prescripteurs intervenant dans l'EHPAD ou de former le personnel »***

2.1.3 La prescription

Le MC peut, dans un contexte où il n'est pas possible d'attendre l'intervention du MT du résident, réaliser des prescriptions pour les résidents.
Le périmètre de prescription accordé aux médecins coordonnateurs est régi par le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011.
En effet, ce droit de prescription se limite aux quatre situations suivantes : urgence, risque vital, risque exceptionnel ou collectif nécessitant une organisation adaptée des soins, ou impossibilité du MT à se déplacer.

2.2 IDEc/IDEr

2.2.1 Formation

Si le diplôme d'état d'infirmier est requis, celui de cadre de santé, tout comme le DU de gérontologie, le DU Infirmier référent d'EHPAD ou le Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsabilité d'unité d'intervention sociale (Caferuis) demeurent facultatifs, mais souvent recommandés.

Reste qu'une expérience en gériatrie et/ou dans le management d'équipe est la plupart du temps exigée par le directeur de l'établissement

2.2.2 Missions

Contrairement aux MC, l'IDEc n'a pas de charte avec des missions définies.
Rattaché à la direction et en collaboration avec le MC, l'IDEc est responsable de l'organisation, de la coordination et du contrôle des activités de soins dans leur globalité. Il joue un rôle pivot et est une réelle interface entre les différents acteurs de l'EHPAD.

En plus des tâches « classiques » inhérentes aux IDE, voici une liste non-exhaustive de ses missions, il :

- examine les demandes d'admission en collaboration avec le MC, et accueille les entrants notamment lors de la première visite
- participe à l'élaboration et à la mise en place des projets de soins et de vie individualisés
- accompagne les résidents et leurs familles durant toute la durée du séjour
- évalue le niveau de dépendance des résidents (profil évolutif)
- gère les situations de la fin de vie (directives anticipées, information de la famille
- met en place les différents protocoles (d'hygiène, de nutrition) et leur évaluation et gère les risques (prévention des chutes, des accidents, du risque infectieux
- participe aux différents réseaux locaux (gériatrique, Alzheimer, hygiène).
- est responsable de la gestion du personnel, de l'organisation du planning, contribue à la formation des personnels
- gère la logistique concernant les repas (commandes, respect des régimes, gestion des réclamations), le linge (marquage, entretien, relations avec les familles), l'entretien des locaux (protocoles, traçabilité), le matériel, les produits d'incontinence, etc.

2.3 Les MT

Il s'agit le plus souvent de médecins libéraux extérieurs à l'établissement ; il peut s'agir du MC avec « une double casquette ».

Pour préciser les missions et les rôles de chacun, un décret du 30 décembre 2010 a prévu des contrats-types conclus entre médecins libéraux et les établissements.

Dans ces contrats est mentionnée l'idée selon laquelle le MC est chargé de l'encadrement des prescriptions médicales auprès des résidents.

La circulaire du 7 décembre 2012 précise que cette disposition doit plutôt s'entendre, non comme un encadrement à proprement parler, mais plutôt comme une coordination de la politique générale du soin de l'établissement, pour permettre la promotion de bonnes

pratiques gériatriques. Il n'y ainsi aucun droit pour le MC de contrôler, d'orienter ou de remettre en cause les prescriptions du MT.

Le contrat signé par les médecins libéraux intervenants précise les conditions d'exercice pour pouvoir intervenir dans l'établissement (**arrêté du 30 décembre 2010).**

Les engagements de l'établissement sont les suivants :
- présenter au MT le fonctionnement général de la structure
- mettre à disposition les dossiers médicaux et assurer les transmissions avec les membres de l'équipe soignante
- permettre de réaliser les consultations dans de bonnes conditions
- fournir la liste des dispositifs médicaux et produits diététiques
- fournir un livret du médicament (liste par classes pharmacologiques)

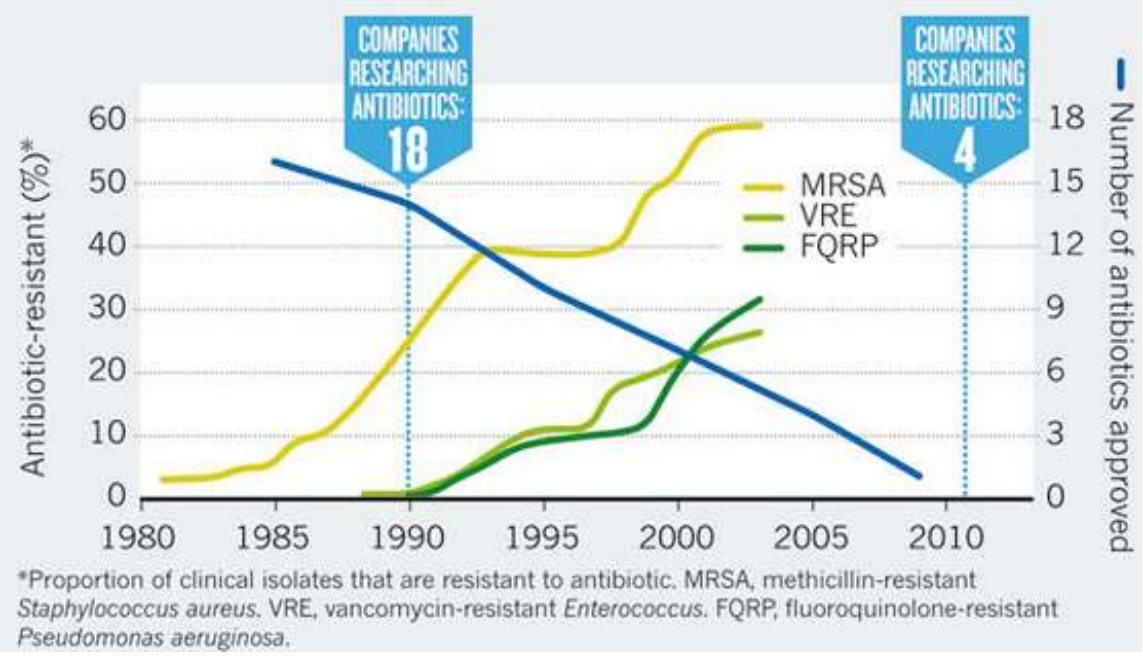
Les engagements des MT sont les suivants :
- adhérer au fonctionnement de la structure (dossier médical, protocoles, projet individualisé)
- assurer la continuité des soins hors permanence des soins
- signaler sa présence lors de toute visite pour faciliter les transmissions
- prendre en compte dans ses prescriptions les aides à la prescription (livret du médicament)
- participer dans la mesure du possible à la vie médicale
- assister au moins 1 fois/an à la commission de coordination gériatrique

Les MT conservent leur indépendance professionnelle comme le rappelle l'article R. 4127-5 du CSP. Le MC met à disposition une liste des médicaments à utiliser de façon préférentielle dans les prescriptions destinées aux résidents de l'EHPAD. Cela n'empêchera pas le libéral qui le souhaite, de prescrire en dehors de cette liste ; ainsi la liberté de prescription est conservée, mais « guidée » pour obtenir une politique cohérente de prescription.

II. ANTIBIOTHERAPIE EN FRANCE ET ANTIBIORESISTANCE

1. L'absence d'innovation antibactérienne

De nos jours, on note un désengagement de l'industrie pharmaceutique dans la recherche en anti-infectieux en ville (16).



C'est un marché qui n'intéresse plus les firmes pharmaceutiques pour des raisons essentiellement économiques car ce sont des molécules dont l'élaboration est longue, dont le prix de vente est peu attractif et dont la durée de prescription est limitée (pathologies aigues et réduction du nombre de prescriptions dans le cadre des programmes de bon usage). Le retour sur investissement est considéré comme étant trop faible par les industriels. Ainsi, seules deux nouvelles molécules ou stratégies thérapeutiques ont été développées en antibiothérapie depuis une trentaine d'années en ambulatoire (17) … d'où la crainte réelle de retourner à l'ère « pré-ATB » !

2. Les impacts de l'antibiorésistance (18)

Ils sont multiples :

- Escalade thérapeutique : avec recours à des antibiothérapies complexes et dites de derniers recours mises en réserve jusque-là. Elles correspondent à des traitements lourds, coûteux, avec des durées longues et le plus souvent parentérales (avec les effets secondaires des traitements liés aux voies veineuses),

- Economique : le coût est estimé sur l'échelle internationale à 100 000 milliards de dollars à l'horizon 2050, avec une perte de croissance annuelle estimée entre 2,5 et 3,5 du PIB (19),

- Mortalité : en 2050, en l'absence de mobilisation, les résistances aux antimicrobiens seront responsables de plus de morts que le cancer (10 millions par an) (20),

- Bactérie « toto-résistante » : une infection à une bactérie résistante à tous les ATB existants menace le recours à la chirurgie prothétique, au traitement par chimiothérapie anti-tumorales et autre transplantation d'organes,

- Recommandations : ces phénomènes d'antibiorésistance ont un impact réel sur les recommandations.

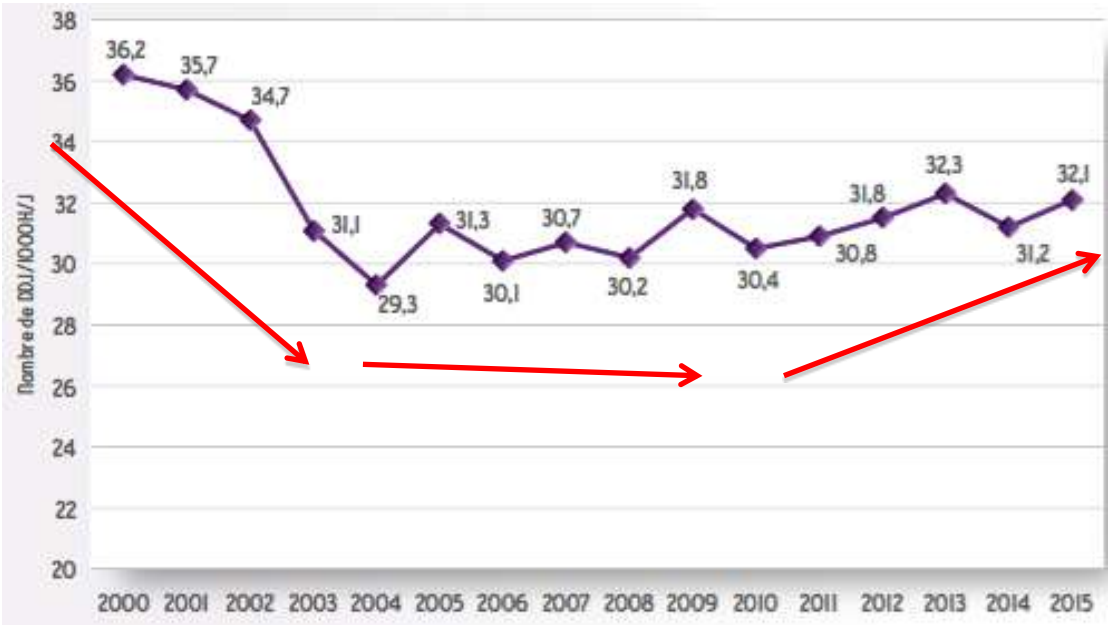
3. Evolution de la consommation des ATB en ville en France entre 2000 et 2015 (données ANSM) (21)

L'ANSM publie chaque année les données de consommation dont elle dispose et elle les inscrit dans une perspective de long terme, dont le point de départ se situe en 2000 (avant la mise en place du premier Plan ATB).

En effet, selon le rapport dressé par l'ANSM en janvier 2017, des résultats positifs des différentes actions entreprises ont été notés : en effet sur le plan quantitatif, on peut noter une baisse de la consommation d'ATB de 11,4 % entre 2000 à 2015.

Néanmoins, ces résultats sont à nuancer car on observe une reprise de la consommation depuis 2005.

Le mouvement peut être décomposé en trois périodes comme le montre le schéma suivant :



En effet, l'évolution se caractérise par des phases distinctes :

- Entre 2000 et 2004, un mouvement continu de baisse ; cette diminution coïncide avec la mise en place du premier Plan ATB et de la Campagne de l'Assurance Maladie « Les ATB c'est pas automatique » (cf. après) : **- 18,9 %**

- Entre 2005 et 2010, inversion de la courbe marquée mais une évolution « en dents de scie » se traduisant par une moindre consommation en ATB : **-2,8 %**

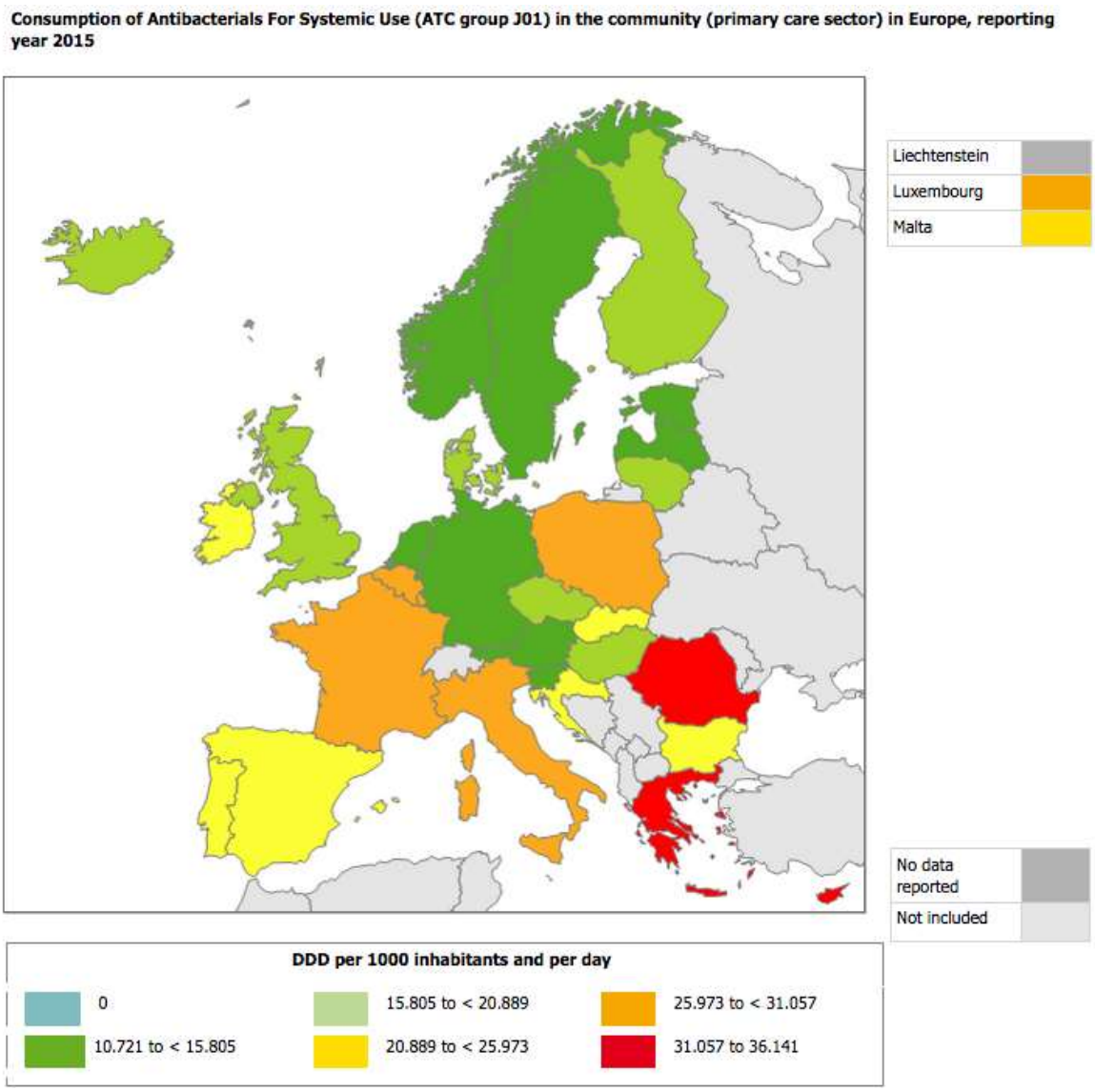
- Depuis 2010, ré-accélération du phénomène avec une tendance à la reprise qui se confirme chaque année : **+ 5,4 %** entre 2010 et 2015

NB : on peut noter une légère chute de la consommation en 2014 pour se situer à 31,2 (22), après trois années de hausse consécutive. L'incidence des pathologies hivernales, beaucoup plus faible qu'en 2013, peut en partie expliquer cette moindre utilisation des ATB.

Il est légitime de se demander si actuellement nous n'atteignons pas un plateau correspondant à l'essoufflement de toutes ces mesures et de leurs acteurs. En effet, les résultats de 2015 montrent que la consommation se situe aujourd'hui à un niveau un peu supérieur à celui atteint il y a dix ans, en 2005.

4. Situation de la France en Europe en 2015 (ville)

La carte suivante, issue du rapport final de l'ECDC (23), montre la répartition par pays, de la consommation d'ATB en 2015 en ville.



Les données de consommation ont été converties en nombre de DDJ, pour mille habitants et par jour (DDJ/1000H/H). Il s'agit là du meilleur indicateur défini par l'OMS pour rendre possible la comparaison de consommation sur le plan international. Une DDJ constitue la posologie de référence pour un adulte de 70 kg dans l'indication de chaque molécule.

La consommation européenne peut schématiquement se diviser en trois zones : les pays du Nord, faibles consommateurs ; les pays de l'Est, consommateurs modérés ; et les pays du bassin méditerranéen, forts consommateurs.

Ainsi, on peut voir que la France arrive dans le peloton de tête en termes de consommation d'ATB, avec une consommation de 29,9 DDJ/1000H/J (en 2015). En effet elle se situe au 3ième rang et arrive juste derrière la Grèce (qui est le pays le plus gros consommateur en Europe avec une consommation de 36,1 DDJ/1000 H/J en 2015) et la Roumanie.
La consommation moyenne d'ATB en Europe en ambulatoire est de 21,6 DDJ/1000H/J, ce qui place donc la France nettement au-dessus de cette moyenne. A noter que les « meilleurs élèves » d'Europe sont les Pays-Bas avec 10,6 DDJ /1000H /J.

La France consomme 30% d'ATB de plus que la moyenne européenne et presque trois fois plus que les pays les moins consommateurs. De ce fait, on estime que cette surconsommation entraine une dépense injustifiée de 71 millions d'euros par rapport à la moyenne européenne, et de 441 millions par rapport aux pays les moins consommateurs (24).

III. LA CONTRE-ATTAQUE

1. Dans le monde

D'un point de vue mondial, l'OMS coordonne et aide à mettre en place tous les dispositifs prévus dans la lutte contre les résistances bactériennes.

- La TATFAR en 2009 : son but était d'améliorer la coopération entre les Etats-Unis et l'Union Européenne dans trois domaines clés : l'utilisation thérapeutique appropriée des antimicrobiens dans les communautés médicales et vétérinaires, les soins de santé et les infections résistantes aux médicaments associées à la communauté, et les stratégies pour améliorer la pipeline de nouveaux médicaments antimicrobiens.

- La WAAAR (25) ou ACdeBMR depuis mai 2014 : elle regroupe plus de 700 membres, dont 80 membres étrangers, en provenance de 55 pays différents. Elle est multidisciplinaire et représente tous les acteurs (multi-professionnelle). Elle est soutenue par 50 sociétés savantes, ou groupes professionnels français et étrangers. Elle propose 10 actions dont l'organisation dans chaque pays, idéalement par les ministères de la santé, d'un plan national de lutte contre la résistance bactérienne, financé, avec la participation de tous les acteurs, en particulier les associations de consommateurs. Elle propose entre autres la mise en place de larges campagnes d'information et de sensibilisation dirigées vers les professionnels de la santé et le grand public, ainsi que la surveillance de la consommation des ATB et de la résistance. Une demande auprès de l'UNESCO d'inscrire le «concept d'antibiotique» au patrimoine mondial de l'humanité a été émise.

- Le plan d'action mondial sur l'antibio-résistance : adopté par l'OMS en mai 2015 lors de sa 68ème assemblée, il invite chaque pays à se doter d'un plan d'action national sous une approche « Une seule santé – One Health », afin de maîtriser l'antibio-résistance dans tous les secteurs.
De même, dans le cadre de la 70ième assemblée générale des Nations Unies le 21 septembre 2016, une résolution sur l'antibio-résistance a été approuvée par les chefs d'États et de gouvernement pour renforcer la coordination internationale.

- La semaine mondiale pour un bon usage des ATB, qui a lieu en Novembre, depuis 2015. Son but est de mieux faire connaître le phénomène mondial de résistance aux ATB ainsi que de sensibiliser le grand public et les personnels de santé, afin d'éviter que la résistance aux ATB ne continue à se propager. Les échanges menés au cours du G7 ont abouti à une déclaration commune des Etats lors de la TATFAR. La lutte contre l'antibio-résistance a été l'une des priorités des Pays-Bas lors de sa présidence de l'UE en 2015.

- Assemblée générale des Nations Unies à New York le 21 septembre 2016 : les chefs d'État se sont engagés à décliner le plan d'action mondial sur l'antibio-résistance afin de s'attaquer aux causes fondamentales de la résistance aux antimicrobiens.

2. En Europe

- Recommandations 2002/77/CE du Conseil en novembre 2001 relatives à l'utilisation prudente des agents antimicrobiens en médecine humaine. Celles-ci invitaient les états membres à définir des méthodes pour enrayer le développement de résistances aux ATB et renforcer la collecte d'informations concernant les prescriptions et l'utilisation des antimicrobiens.

- Création de l'ECDC en mai 2005 ; il s'agit du Centre européen de prévention et Contrôle des maladies. Il a pour rôle de publier un rapport épidémiologique annuel sur les maladies infectieuses en Europe. Il émet des avis scientifiques et des recommandations concernant les risques liés aux maladies infectieuses actuelles et émergentes. Deux programmes européens ont été mis en place dès le début par l'ECDC : il s'agit de l'EARSS et de l'ESAC, qui sont des réseaux destinés à surveiller l'évolution des résistances bactériennes et la consommation d'antimicrobiens en Europe.

- La journée européenne d'information sur les ATB les 18 novembre « European Antibiotics Awareness Day », elle a été mise en place à l'initiative de l'ECDC. La première journée européenne de sensibilisation a eu lieu le 18 novembre 2008. Son but est de sensibiliser les professionnels de santé et le grand public à la nécessaire mobilisation pour un meilleur usage des ATB disponibles et un renforcement de la lutte contre la résistance aux ATB ; elle doit être l'occasion d'intensifier les échanges entre soignants et soignés sur le problème du bon et du moindre usage des ATB.

- Plan stratégique européen sur la résistance aux ATB en septembre 2011 : proposé par le Comité Régional de l'Europe, sous l'égide de l'OMS, il reprend différents axes, qui sont de promouvoir la coordination nationale pour mettre en œuvre des plans d'actions stratégiques dans les pays, de développer les fonctions de réglementation et émettre des recommandations, de promouvoir l'utilisation prudente des ATB dans de nombreux secteurs; de renforcer les systèmes de surveillance de l'usage des ATB et des bactéries résistantes et de sensibiliser à l'utilisation prudente de ces médicaments et au fait que l'on ne prévoit pas la commercialisation prochaine de nouveaux ATB.

3. En France

3.1 Campagnes de communication

Plusieurs campagnes de communication ont été organisées au cours des quinze dernières années, pilotées par la CNAMTS. Celles-ci ont ciblé plusieurs publics, selon des approches méthodologiques différentes, et ont obtenu des résultats variables :

- « Les Antibiotiques, c'est pas automatique » de 2002 à 2005, son objectif était d'amener les usagers du système de santé à développer un réflexe instinctif de remise en question de la prescription. La communication s'est appuyée sur l'achat d'espaces publicitaires. Cette campagne fut un véritable succès, avec une diminution de la consommation d'ATB (cf. ci-dessus).

- « Viral, pas d'antibiotique » de 2005 à 2008, elle expliquait l'inefficacité des ATB contre les virus : elle a connu avec un effet médiatique limité, sans retentissement sur la consommation d'ATB, slogan n'apparaissant pas aussi accrocheur.

- « Les Antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins forts » en 2009, davantage portée sur l'explication du phénomène de la résistance, concentrée sur le web. La campagne a contribué à une diminution éphémère de la consommation d'ATB (cf. ci-dessus).

Ainsi, on estime que grâce à ces actions, plus de 40 millions de prescriptions ont été évitées entre 2002 et 2012 (26).

3.2 Les Circulaires Ministérielles

- La circulaire ministérielle du 2 Mai 2002 relative au bon usage des ATB dans les établissements de santé, incite à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.

- La circulaire ministérielle 19 juin 2015 relative à l'élargissement de la précédente circulaire à l'ensemble des secteurs de soins ainsi qu'à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibio-résistance sous la responsabilité des ARS.

3.3 Les différents Plans Nationaux Antibiotique

Trois plans se sont succédés entre 2001 et 2016, instaurés par le Ministère de la Santé :

- Plan National Antibiotique 2001- 2005 : à partir de propositions d'experts, Mr Bernard Kouchner, alors Ministre délégué à la Santé, souhaitait donner une impulsion nouvelle au bon usage des ATB dans le but de maîtriser et de rationaliser la prescription des ATB. Le plan s'articulait autour de sept axes : améliorer l'information, la surveillance des consommations et des résistances, le bon usage des ATB à l'hôpital, les échanges d'informations entre la ville et l'hôpital, renforcer les actions de formation, diffuser des outils pour aider les professionnels.

- Plan National Antibiotique en 2007- 2010 : il avait pour but de restreindre autant que possible l'apparition et la diffusion des résistances bactériennes, ce qui passe notamment par une poursuite de la diminution des consommations d'ATB à partir de nouvelles réflexions. Il reprend les principales orientations du plan 2001-2005 et les complète à la lumière des travaux effectués dans le cadre du comité de suivi du plan pour préserver l'efficacité des ATB, principalement par les réflexions qui ont eu lieu à l'occasion du comité plénier du 31 mai 2005 et du comité restreint du 8 décembre 2005.

- Plan National Antibiotique 2011-2016 ou « Plan National d'Alerte » (27) :
Ce plan fait suite aux deux précédents. Il visait à maîtriser et rationaliser la prescription des ATB. Ce dernier plan était nommé Plan d'Alerte afin de marteler les esprits sur la menace de

santé publique qui plane. Il comprenait deux évolutions importantes, à savoir une dimension européenne et internationale incontournable, et la territorialisation de la mise en œuvre coordonnée par les ARS.
Ce plan a pour but de diminuer la pression de sélection s'exerçant sur les bactéries par une « juste utilisation des ATB », une résorption des prescriptions et des consommations injustifiées, un allègement de la pression de sélection et un moindre développement des résistances bactériennes. Il avait fixé un objectif chiffré en matière de réduction des consommations entre 2011 et 2016 : - 25%, ce qui conduirait la consommation française à se situer dans la moyenne européenne …on en est malheureusement très loin.

3.4 La Task force « Tous ensemble, sauvons les ATB » (28)

Publié en Juin 2015, ce rapport appelé également Rapport Carlet, a été rédigé sous la direction du Dr Jean Carlet, président du groupe de travail spécial sur la préservation des ATB et président de l'ACdeBMR.
Il fait le point sur le risque lié aux bactéries multirésistantes et propose des actions à mener. Il rappelle le grand nombre d'infections à BMR survenant et la létalité importante de ces dernières.

Les propositions du groupe s'articulent autour de 4 axes :

Axe 1 : approfondir les recherches, en particulier de nouveaux produits luttant contre l'antibiorésistance. Cet axe fait appel à la recherche publique et privée. Il reconnait que la rentabilité des ATB est faible comparée à d'autres classes thérapeutiques. Le texte propose des pistes pouvant y remédier.

Axe 2 : mieux suivre l'évolution globale du phénomène via des indicateurs normalisés et partagés. Cela est en particulier nécessaire pour pouvoir évaluer l'efficacité des mesures entreprises.

Axe 3 : améliorer l'usage des ATB. Le groupe recommande particulièrement :

- la création de centres régionaux de conseil en antibiothérapie dans les régions, métropoles, départements, et régions et collectivités d'Outre-mer.
- à l'hôpital, de renforcer le rôle et le nombre des référents en infectiologie. Il est rappelé qu'ils doivent, si besoin, pouvoir aller examiner des patients avec les prescripteurs, et donc être médecins cliniciens. Une évolution de l'indicateur ICATB et des critères de certifications est souhaitable.
- en médecine de ville, il s'agit en priorité de travailler avec les «gros prescripteurs», en particulier avec des visites confraternelles, de la formation (y compris obligatoire) et de l'évaluation des pratiques.
- en EHPAD, **il est proposé de renforcer le rôle du médecin coordonnateur**.

Axe 4 : accroître la sensibilisation des populations au bon usage des ATB. Il s'agit à la fois de publicité, de campagnes d'information grand public, mais aussi de l'information et de la formation des professionnels de santé.

3.5 La feuille de route interministérielle de maîtrise de l'antibiorésistance (29)

Cette feuille de route gouvernementale a été présentée le 17 novembre 2016.
À la demande du Premier ministre, le premier CIS a été consacré à la préparation et à l'adoption d'une feuille de route gouvernementale visant à maîtriser l'antibiorésistance. Celle-ci se compose de quarante actions réparties en treize mesures phares. Elle a pour objectif de diminuer la consommation d'antibiotiques de 25 % d'ici 2018 et de réduire les conséquences sanitaires de l'antibiorésistance.
Ces mesures associent les principaux acteurs de lutte contre l'antibiorésitance (ANSM, ARS, CNAMTS, HAS, InVs, OMS).

Les treize mesures sont les suivantes :

1. Lancer le premier programme national intersectoriel de sensibilisation à la prévention de l'antibiorésistance
2. Améliorer l'accès à l'information et l'engagement citoyen en faveur de la maîtrise de l'antibiorésistance. Formation des professionnels de santé et bon usage des antibiotiques
3. Apporter une aide à la juste prescription des médicaments par les professionnels de santé humaine et animale
4. Inciter les professionnels de santé à la juste prescription en renforçant son encadrement
5. Encourager un bon usage des antibiotiques
6. Améliorer l'adoption par les professionnels et le public de mesures de prévention efficaces en santé humaine et animale. Recherche et innovation en matière de maîtrise de l'antibiorésistance
7. Structurer et coordonner les efforts de recherche, de développement et d'innovation sur l'antibiorésistance et ses conséquences
8. Faire converger le soutien à la recherche et l'innovation en renforçant le partenariat public-privé
9. Valoriser et préserver les produits contribuant à la maîtrise de l'antibiorésistance. Mesurer et surveiller l'antibiorésistance
10. Améliorer la lisibilité de la politique nationale de surveillance de l'antibiorésistance et des consommations antibiotiques et de ses résultats
11. Développer de nouveaux indicateurs et outils de surveillance par une meilleure exploitation des bases de données. Gouvernance et politique intersectorielles de maîtrise de l'antibiorésistance
12. Renforcer la coordination interministérielle de la maîtrise de l'antibiorésistance

13. Coordonner les actions nationales avec les programmes européens et internationaux afin de conforter le rôle moteur de la France dans la maîtrise de l'antibiorésistance.

3.6 Recommandations et outils d'aide à la pratique

Des recommandations de bonnes pratiques ont vu le jour afin d'appliquer directement les bonnes mesures auprès des professionnels de santé. C'est ainsi qu'ont été éditées les recommandations de la SPILF en Mai 2002 et celles de l'AFSSAPS la même année, qui sont régulièrement actualisées au rythme de l'évolution des résistances bactériennes.

Un référentiel de bonne pratique a été élaboré. Il regroupe des données scientifiques et est mis à jour, comme le guide de bon usage des médicaments en gériatrie, afin d'harmoniser les prescriptions.

Ainsi, de nombreux plans, rapports et autres feuilles de route ont vu le jour ces quinze dernières années. Ils ont cependant peu d'impacts sur les habitudes de prescriptions, notamment par un manque d'actions concrètes.

IV. LE GUIDE DE BON USAGE DES MÉDICAMENTS EN GÉRIATRIE

1. Elaboration

Ce document a été élaboré par un groupe de travail mis en place dans le cadre de la Gestion du Risque en EHPAD, coordonné par l'ARS et l'OMéDIT de Lorraine.
Ce travail s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins en EHPAD. Il répond également à une attente formulée sur le thème du médicament dans la circulaire du 29 mars 2013 relative aux actions de l'axe de gestion du risque en EHPAD (30).
Il représente une action concrète pour réduire le risque iatrogénique chez la personne âgée. En effet, la iatrogénie médicamenteuse représente à elle seule 20% des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans (31) ; faisant ainsi de la diminution et la prévention des complications iatrogéniques une priorité de santé publique.

Ce groupe avait pour mission d'élaborer un outil d'aide à la lutte contre la iatrogénie dans les EHPAD. Le code de l'action sociale et des familles (article L. 313-12) confie cette mission au MC en collaboration avec les MT des résidents et le pharmacien d'officine référent.
Le groupe de travail s'est appuyé sur des travaux déjà réalisés par ses membres et sur d'autres documents élaborés par d'autres OMéDIT.
Ce guide contient quarante-cinq pages et s'articule autour de trois parties :

- Les médicaments inappropriés, à éviter si possible chez le sujet âgé et les alternatives thérapeutiques envisageables.
- Une liste préférentielle des médicaments dont le rapport bénéfice/risque a été évalué et jugé acceptable. Elle a pour objectif de limiter le nombre de médicaments à manipuler afin de mieux les connaître, d'en sécuriser le circuit, d'utiliser des formes galéniques adaptées (si possible) et d'aider les MG dans l'élaboration de leur prescription, la thérapeutique gériatrique n'étant pas traitée prioritairement dans la formation médicale initiale et continue.
- Une partie infectiologie reprenant les règles de bon usage des ATB en EHPAD avec des informations validées et actualisées, adapté aux personnes âgées et aux différentes situations cliniques rencontrées. Cette partie a été élaborée avec le réseau ANTIBIOLOR sur la base de l'ANTIOBIOVILLE édition 2015 avec la participation des Docteurs Jacques BIRGE, médecin généraliste, vice-président du réseau ANTIBIOLOR ; Pr Thierry MAY, médecin infectiologue, Chef de pole CHU Nancy ; Dr Christian GAUCHOTTE, gériatre, ancien médecin coordonnateur de deux EHPAD en Moselle.

Ce guide constitue également une aide à l'élaboration de la liste préférentielle de chaque établissement. Il représente pour les professionnels de santé une ressource documentaire.

2. Diffusion

La mise à disposition de ce guide a bénéficié du soutien financier de l'ARS de Lorraine pour son impression et sa diffusion.

2.1 Sous forme papier

Un exemplaire a été envoyé par voie postale à chaque EHPAD de la région par l'intermédiaire des délégations territoriales de l'ARS. Selon les départements, les envois ont été faits courant **octobre 2015** aux 272 EHPAD de Lorraine.

2.2 Sous forme numérique

Le référentiel a été mis en ligne à partir du 16 septembre 2015. Il est disponible sur les sites de l'OMéDIT de Lorraine (https://omedit.sante-lorraine.fr/dossiers-thematiques/personnes-agees-ehpad,552,352.html) et de l'ARS Lorraine (http://www.ars.lorraine.sante.fr/Guide-de-Bon-Usage-du-medicame.183674.0.html).

MATERIEL ET METHODE

I. QUESTIONNAIRE ÉVALUANT L'APPROPRIATION ET LE DIFFUSION DE LA PARTIE INFECTIOLOGIE DU GUIDE DE BON USAGE DES MÉDICAMENTS POUR EHPAD PAR LES COORDONNATEURS LORRAINS

Cette étude a fait l'objet d'une analyse quantitative par le biais d'un questionnaire individuel standardisé soumis prioritairement par téléphone (guide d'entretien en Annexe1)

1. Élaboration des questionnaires

Les questionnaires étaient composés en majorité de questions fermées (permettant d'aboutir à une analyse statistique) et d'une question ouverte (permettant de recueillir d'éventuelles remarques concernant le guide ainsi que le ressenti et l'opinion de chacun au sujet de l'enquête).

Les questions ont été formulées avec les libellés les plus simples, les plus neutres et les plus précis possibles afin de faciliter le recueil et l'interprétation des données.

Une grille de réponses servait de support écrit afin de cocher les réponses des coordonnateurs. Les réponses aux questions ouvertes étaient retranscrites fidèlement par écrit au cours de l'entretien.

Plusieurs types de réponses figuraient dans les questionnaires pour les questions fermées. Elles étaient soit (32):

- Sous forme catégorielle : sexe, profession, modes d'exercice...
- Sous forme binaire : oui/non
- A choix multiples avec parfois un nombre de choix limité : thèmes utilisés (2 choix possibles)
- Sous forme numérique : âge, nombre de résidents, note donnée au guide sur 10
- Et enfin à échelle : « un peu », « parfois», « souvent », « toujours ».

2. Méthode de recueil

Les données ont été collectées prioritairement par enquête téléphonique à l'aide d'un guide d'entretien téléphonique figurant en Annexe 1.

Une étape préliminaire visait à se renseigner sur le temps de présence des coordonnateurs dans la/les structure(s) où ils exercent leur activité, ce temps de présence était donné par l'hôtesse d'accueil de l'établissement, le secrétariat médical ou l'équipe paramédicale.
Ensuite, les coordonnateurs étaient appelés directement dans l'EHPAD où ils occupent leur fonction et le choix du moment pour répondre au questionnaire était calqué sur leur présence au sein de l'établissement.

Le temps de questionnaire était annoncé préalablement au médecin (estimé entre cinq et dix minutes), de même que le caractère anonyme de celui-ci.

Dans le cas où le coordonnateur ne connaissait pas le guide, il lui était proposé un envoi par voie postale ou communication du lien où il pouvait trouver le guide en version informatique. Il lui était ensuite proposé de le recontacter une fois le document approprié par le médecin (deux semaines après en moyenne).

Lorsque le questionnaire ne pouvait pas être soumis par téléphone, trois autres modes d'administration du questionnaire étaient proposés :
- Un envoi par mail (figurant en Annexe 2)
- Un envoi postal
- Un entretien en face à face

Ces alternatives étaient soumises lorsque l'entretien téléphonique n'était pas réalisable (pour diverses raisons, cf. après), de façon à privilégier un maximum de réponses et ainsi d'optimiser le taux de répondants.

Concernant l'envoi par mail, le questionnaire a été retranscrit à l'identique et réalisé sur la plateforme Google doc, avec le logo d'ANTIBIOLOR intégré dans chaque questionnaire. Le coordonnateur répondeur était obligé de répondre à une question avant de passer à une autre, pour éviter les non-réponses.

Concernant l'envoi par courrier, le questionnaire a été retranscrit à l'identique et envoyé à l'adresse de l'établissement à l'attention du coordonnateur.

Un premier envoi (courriel et courrier) a été réalisé le 01/04/16 avec une relance trois semaines après en cas de non-réponse.

3. Population interrogée

3.1 Population cible

Il s'agissait des 179 coordonnateurs lorrains en date du 01/01/16.

La liste des EHPAD lorrains et des coordonnateurs rattachés a été fourni par Mme Isabelle BIGEREL, géographe de la santé Lorraine et chargée d'études planification, référent PATHOS à l'ARS Lorraine. Sur cette liste figuraient les adresses et les coordonnées téléphoniques de chaque EHPAD, ainsi que l'adresse mail des coordonnateurs.

3.2 Critères d'inclusion

Ils étaient les suivants :

- Tous médecins lorrains thésés titulaires soit d'un DESC de gériatrie, soit d'une capacité gérontologique, soit d'un DU de médecin coordonnateur d'EHPAD ou à défaut une attestation de formation continue (ou qui se sont engagés dans les trois ans à satisfaire à l'un de ces diplômes),
- Tous les IDEc désignés par le directeur de l'établissement, titulaires ou non d'un DU de gérontologie ou DU « Infirmier référent d'EHPAD»,
- En activité à temps partiel ou à temps plein.

3.3 Critères d'exclusion

- Etablissements : les foyers logements, les USLD, les maisons de retraite non EHPAD (n'ayant pas signé de convention tripartite).
- Coordonnateurs:
  - Remplaçant
  - exerçant en milieu hospitalier exclusivement
  - ne répondant pas aux appels au bout de sept essais ou qui repoussent les réponses sept fois (directement ou par le biais de leur secrétaire/accueil de l'établissement/équipe paramédicale), ou ne répondant pas aux courriels/courriers malgré une relance (pour les médecins ayant opté pour cette modalité de réponse).

3.4 Nombre de répondants nécessaires (33)

Nous décidons d'accepter une marge d'erreur de +/– 5%.

Compte tenu du fait qu'il s'agisse d'une population finie et connue (179 coordonnateurs), le calcul du nombre de répondants est obtenu selon les deux formules mathématiques suivantes :
→Pour déterminer le nombre des répondants nécessaires, nous appliquons la formule où la taille de l'échantillon (n) est égale à l'inverse de l'erreur (E) au carré : $n = 1 / E^2$
Comme nous avons déterminé que l'erreur acceptable serait de 5 %, nous avons donc : n = 1 / (0,05 X 0,05), soit n = 1 / 0,0025; n = 400.
Nous avons donc besoin de 400 répondants.
→La taille de la population étant de 179, elle est inférieure à la taille de l'échantillon. Il faut ainsi appliquer le facteur de correction. Ce dernier suit la formule suivante : n' = (N X n) / (N + n), où n' = l'échantillon corrigé ; N = la taille de la population ; n = la taille de l'échantillon
D'où n' = (179 X 400) / (179 + 400) = 71 600 / 579 = 123,66

Ainsi, le nombre minimal de coordonnateurs permettant d'obtenir un résultat statistiquement significatif est donc de 124.

4. Test de faisabilité - Pré-test

Il s'agissait de mettre à l'épreuve et tester le questionnaire par rapport à quelques individus selon une approche qualitative. Cette phase est primordiale pour s'autoriser à modifier le questionnaire avant diffusion.
Ce test avait pour but d'évaluer la clarté et la précision des termes utilisés. Il permettait de vérifier la pertinence et la maniabilité du questionnaire, l'intelligibilité des questions/réponses, de rechercher les omissions potentielles et enfin d'estimer la durée de passation du questionnaire.

Ainsi, les questionnaires ont été testés auprès de dix coordonnateurs d'EHPAD possédant les mêmes caractéristiques que celles de la population définie :
- 4 MC exerçant en Meurthe-et-Moselle
- 1 MC exerçant en Meuse
- 3 MC et 1 IDEc exerçant en Moselle
- 1 MC exerçant dans les Vosges

Ainsi, l'ordre des questions a été revu, certaines questions ont été reformulées et certaines réponses prédéfinies ont été réorganisées. Une question apparaissant comme refusée et ambiguë a été supprimée.
Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire semblait plus important que celui annoncé. Ce dernier a donc été modifié dans le guide d'entretien afin d'être annoncé plus justement.
Enfin, le questionnaire a été remodelé afin de favoriser une plus grande praticité d'utilisation.
Ce pré-test a permis d'élaborer la version finale qui a été soumis aux enquêtés (Annexe 1).

5. Méthodologie d'analyse des réponses

Les données ont été consignées sous un format papier au moment de leur recueil puis dans un second temps, elles ont été retranscrites sous forme de tableaux Excel pour homogénéiser les données dans le but de pouvoir les traiter.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'appui du Dr Kénora Chau (Chef de clinique de médecine générale, Département de Médecine Générale – Faculté de Médecine de Nancy) par le biais du logiciel STATA/SE 12.0.

Les réponses à la question ouverte ont fait l'objet d'une analyse qualitative des notes prises lors du questionnaire afin de faire émerger les suggestions principales.

II. FORMATION DES INTERVENANTS EN EHPAD

Des séances de formation en infectiologie en EHPAD ont été organisées par le réseau lorrain d'antibiologie ANTIBIOLOR à l'occasion de la sortie du guide.

1. Invitation

Une première étape consistait à contacter les coordonnateurs de la région par le biais d'une invitation par courriel, à l'intention de l'administration des EHPAD et/ou directement aux coordonnateurs (Annexe 2)

Il leur était proposé une date et un lieu de formation.

Une fois la date et un lieu fixés, un nouveau courriel de confirmation était envoyé aux coordonnateurs.

2. Déroulement des séances

La séance se déroulait dans une ambiance conviviale, avec un pot d'accueil servi avant et après la formation.

Le profil des participants était varié (cf résultats) : il s'agissait essentiellement de MC mais il y avait également des médecins libéraux intervenant en EHPAD, des IDEc, des IDE non-coordonnateurs, des pharmaciens ainsi que des étudiants en médecine (externes et internes).

Les séances étaient animées par le Dr Jacques Birgé (Médecin Généraliste et Vice-Président d'ANTIBIOLOR), le Dr Sandrine Hénard (Praticien Hospitalier du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy), et le Dr Eliette Jeanmaire (Praticien Hospitalier au Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy).

Un diaporama était présenté, la durée de la formation était d'environ 2h30. Une première partie reprenait les recommandations en matière d'ATB, puis s'en suivait dans un second temps, une partie de rappels cliniques. Un temps aux questions -réponses était consacré en fin de session pour éclaircir les participants.
Au total, trois séances de formation ont été tenues dans les départements de Moselle et Meurthe-et-Moselle. Ces lieux de réunion ont été stratégiquement sélectionnés car ils permettaient de regrouper un maximum de participants (situé à distances raisonnables des EHPAD Lorrains avec une certaine facilité d'accès pour les participants).
A noter que deux sessions de formation étaient initialement prévues dans la Meuse et les Vosges mais l'idée a été abandonnée devant la faiblesse du nombre de participants potentiels (4 en Meuse, 6 dans les Vosges).

Ainsi, les sessions de formations ont eu lieu :
- la 1ière, le mardi 16 juin 2015 à la Domus Medica de METZ : elle a réuni 23 participants dont 17 coordonnateurs,
- la 2nde le mardi 20 octobre 2015 au CHU de Brabois à Nancy : elle a réuni 19 participants dont 16 coordonnateurs,
- la 3ième, le mercredi 27 avril 2016 au CHU de Brabois à Nancy : elle a réuni 24 participants dont 20 coordonnateurs.

A noter qu'une session de formation s'est tenue le 16 septembre 2016 à l'Abbaye des Prémontrés de Pont-à-Mousson à l'occasion de la réunion « entre les deux tours » de l'audit sur l'antibiothérapie en EHPAD évaluant l'amélioration des pratiques de prescription. Cette session, qui a regroupé 12 coordonnateurs, était animée par le Dr Francois Goehringer (Praticien Hospitalier du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy)

3. Questionnaire d'opinion

Un questionnaire d'opinion (Annexe 3) a ensuite été transmis par mail aux participants dans les jours suivants la formation. Son but était de recueillir leur niveau de satisfaction et de connaître leurs éventuelles suggestions dans le but d'améliorer le contenu et la forme des sessions suivantes.

RESULTATS ET ANALYSE

I. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE D'OPINION SUR LA FORMATION EN ANTIBIOTHÉRAPIE

Les résultats concernent les trois sessions de formations confondues.

1. Etude du profil des participants

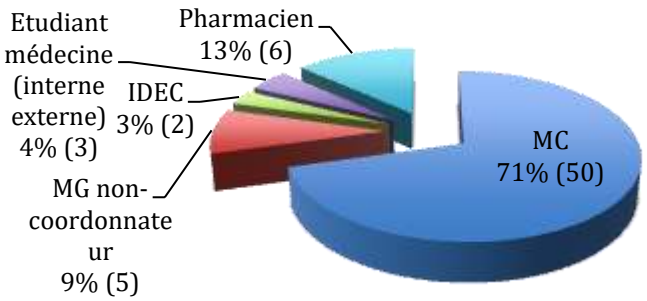
1.1 Sexe

Les femmes représentaient 59% des participants soit un effectif de 39/66. Les hommes représentaient 41% des participants soit un effectif de 27/66.

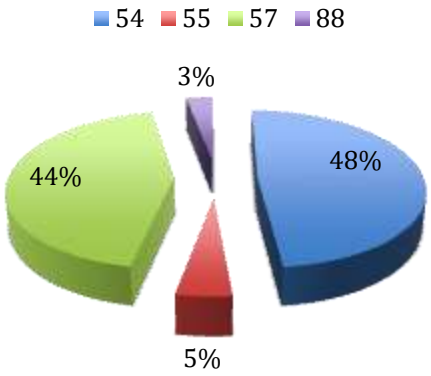
1.2 Age

L'âge moyen était de 48 ans, avec un minimum de 23 ans (étudiant en médecine accompagnant un MC) et un maximum de 74 ans.

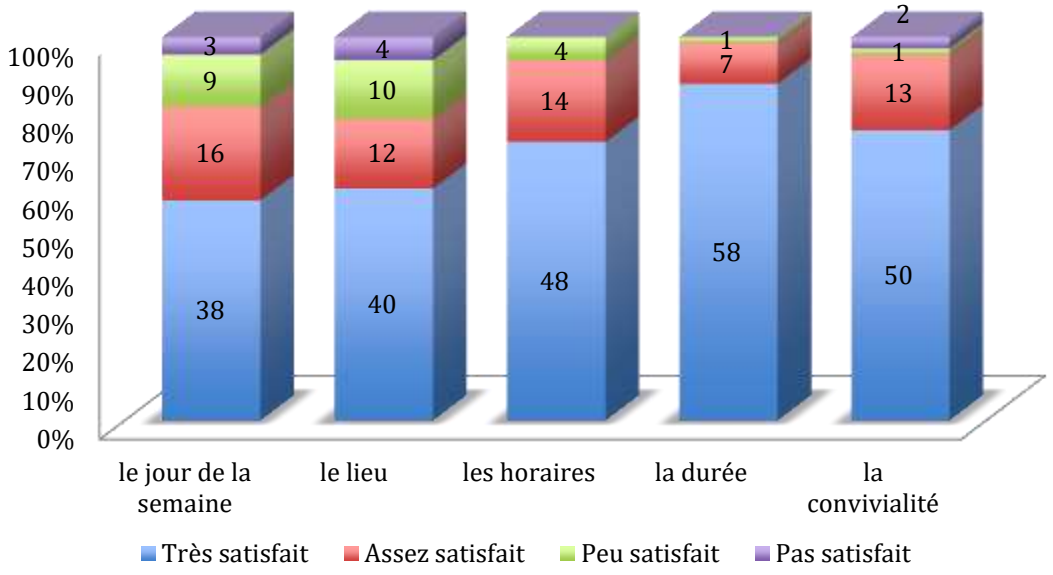
1.3 Profession



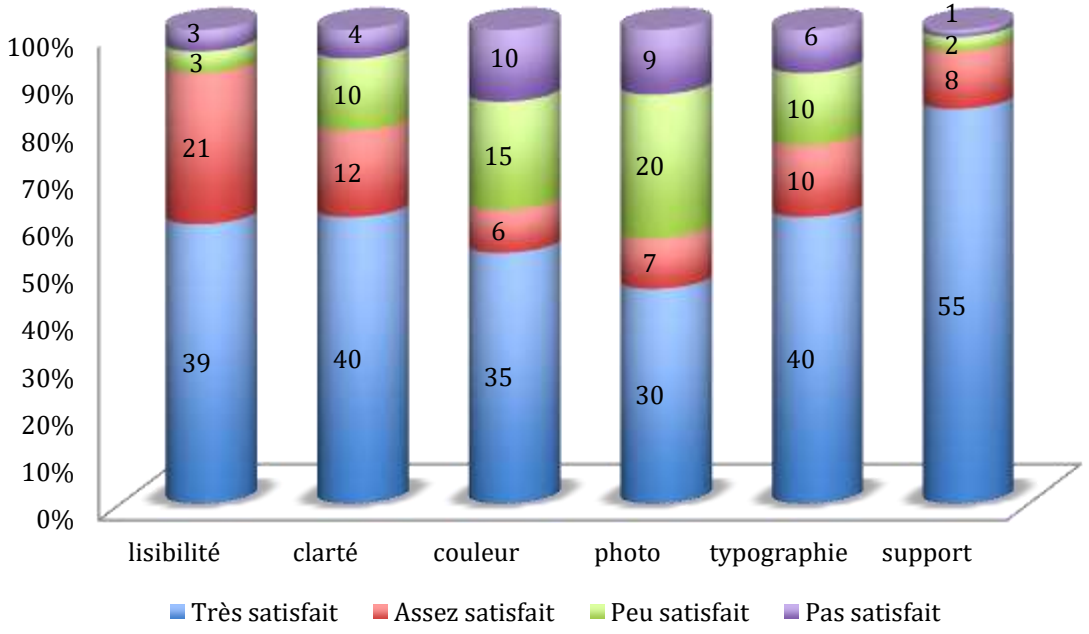
1.4 Département d'exercice



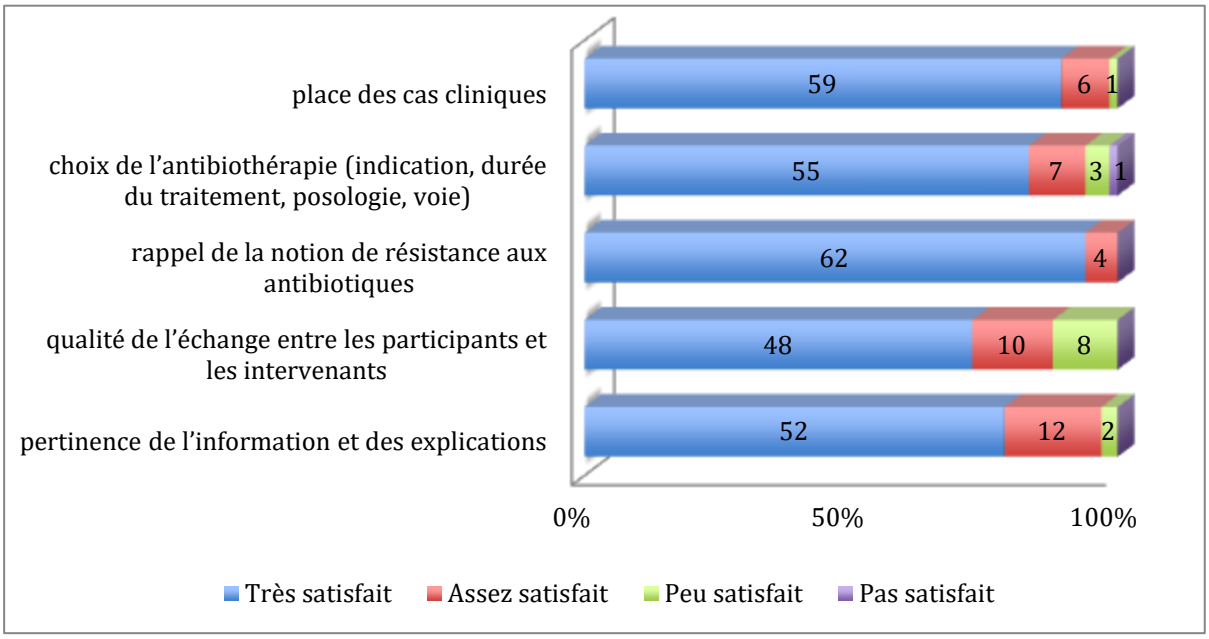
2. Concernant la logistique de la formation



3. Concernant le graphisme de l'exposé



4. Concernant le contenu de la formation



5. Etude qualitative des réponses à la question ouverte

Les réponses furent le plus souvent courtes.

14 MC, 2 IDEc et 1 pharmacien ont répondu à cette question :

- Un MC estimait que le choix d'un binôme infectiologue et MG était intéressant dans la mesure où l'on avait « deux points de vue dans leur pratique courante respective »,

- 2 MC préféraient bénéficier de la formation un mercredi car « plus de liberté ce jour-là », raison pour laquelle la troisième séance de formation a été réalisée un mercredi,

- Un MC aurait souhaité « une formation un soir ou le samedi car plus grande disponibilité »,

- Un MC estimait que « l'après-midi fut formatrice » et que la session « était à renouveler », alors qu'un autre jugeait qu'un « petit comité était optimal pour favoriser les échanges »,

- Plusieurs participants souhaitaient récupérer le diaporama exposé,

- Une IDEc aurait souhaité un temps de pause entre exposé et cas cliniques, « ce qui favoriserait les échanges entre les participants » selon elle,

- Une autre IDEc formulait la demande de « transmettre ou faire transmettre le référentiel aux MC d'EHPAD »,

- Un pharmacien ayant participé à la première session aurait préféré que la formation se déroule « dans une salle plus grande et un écran de projection plus net ». Cette critique a été prise en compte lors des deux sessions au CHU où la salle était plus grande et plus lumineuse,
- Plusieurs MG non-coordonnateurs souhaitaient recevoir un exemplaire papier du guide,

- Les participants étaient très satisfaits de la place des cas cliniques « Bonne présentation avec intérêt des cas présentés », ils étaient même demandeur « développer un peu plus les situations cliniques »,

- Un MC hospitalier proposait de « passer un peu moins de temps sur les généralités et de détailler précisément les deux infections les plus fréquentes (urinaires et pulmonaires) et leur prise en charge ».

- Enfin un MC proposait de réaliser cette formation « lors des réunions des associations départementales de coordonnateurs en EHPAD ».

II. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PARTIE INFECTIOLOGIE DU GUIDE

1. Résultats préliminaires

L'enquête s'est déroulée du lundi 22/02/2016 au samedi 02/06/2016 soit sur une durée de 3 mois et demi.
Cette fenêtre temps a été choisie afin de permettre d'obtenir le maximum de répondants. Elle comprenait une seule période de vacances scolaires optimisant le nombre de réponses.
14 EHPAD n'avaient pas de coordonnateurs au moment de l'enquête (4 dans le 55, 6 dans le 57, 4 dans le 88).
Parmi les 179 coordonnateurs de la région, 6 étaient en arrêt de travail au moment de l'enquête (2 dans le 54, 3 dans le 57, 1 dans le 88) et n'ont donc pas pu être interrogés.

1.1 Taux de réponse par département

Département	54	55	57	88	TOTAL
Nombre de coordonnateurs interrogeables	49	17	69	38	173
Nombre de réponses	35	13	56	29	133
% de coordonnateurs répondeurs	71	76	81	76	77

Au total, parmi les 173 coordonnateurs interrogeables, 133 ont donné une réponse à l'enquête, ce qui représente 77% de répondants.

Le département où l'on comptait le plus de MC répondeurs était celui de la Moselle (56/69 soit 81%)

1.2 Durée de passation du questionnaire

Téléphonique : le temps moyen passé pour répondre à la totalité du questionnaire téléphonique était de 9 minutes. Le temps le plus court était de 3 minutes et le plus long de 21 minutes, sachant que le temps a été arrondi à la demi-unité près, pour un temps annoncé en début de questionnaire entre 5 et 10 minutes.

Face-à-face : il s'agissait de deux MC, tous deux situés dans le 57. La durée respective de chaque entretien était de 17 minutes et de 21 minutes. Les deux entretiens se sont déroulés dans le bureau médical du MC.

1.3 Motifs de non réponses

Les raisons les plus fréquentes données par les coordonnateurs pour expliquer leur refus de répondre étaient par ordre de fréquence décroissante :

- « Je n'interviens qu'une fois/deux fois par semaine » : il s'agissait de la réponse qui revenait le plus souvent, ce qui représentait 13 coordonnateurs soit 32% des non répondeurs,

- « Je suis occupé à faire les coupes PATHOS » (modèle qui évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies de la population), réponse donnée par 6 coordonnateurs soit 15% des non-répondeurs,

- « Nous sommes en période de grippe/gastroentérite, pas de temps à perdre », 5 coordonnateurs soit 13%,

- « Je passe la visite », 5 coordonnateurs soit 13%,

- « Je suis en entretien avec une famille », 3 coordonnateurs soit 7%,

- « Je ne réponds jamais par téléphone », 3 coordonnateurs soit 7%,

- « Je ne suis pas intéressé », 2 coordonnateurs soit 5%,

- « J'en ai marre d'être sollicité tout le temps », 1 coordonnateur soit 3%,

A noter que 2 médecins ont refusé de répondre ne connaissant pas le réseau ANTIBIOLOR, ce qui représentait 5% des non-répondeurs.

2. Etude des réponses

La répartition des résultats est présentée en fonction de l'âge des répondants. Il n'a pas paru pertinent de dresser un tableau où figurent les résultats en fonction du mode d'exercice dans la mesure où la grande majorité des coordonnateurs étaient des médecins.

Les résultats entre parenthèses correspondent à l'écart type, le p correspond à l'anova (la différence est significative quand $p < 0,05$).

Exemple : Parmi les moins de 50 ans interrogés, 49% sont des hommes et 51% sont des femmes.

QUESTION	AGE (ans)			TOTAL	p
	<50	50-65	> 65		
2. Sexe					0,01
Homme	49	63	84	65	
Femme	51	36	16	35	
3. Département d'exercice					0,94
54	28	31	19	26	
55	10	3	10	10	
57	39	42	52	42	
88	23	24	19	22	
4. Profession					0,16
Médecin	90	95	100	95	
IDE	10	5	0	5	
5. MT de résidents parmi les MC					0,09
Oui	28	45	26	36	
Non	72	56	74	64	
6. Nombre d'années de coordination	5 (6)	9 (6)	10 (7)	8 (6)	0,49
7. Autre activité que coordonnateur					0,01
Oui	62	71	39	61	
Non	38	29	61	39	
Si oui, type d'activité					0,06
Libérale	54	73	58	65	
Hospitalière	42	11	17	21	
Libérale et Hospit.	4	7	17	7	
Autres	0	9	8	7	
8. Nombre de résidents	99 (43)	112 (56)	106 (42)	107 (49)	
9. Dossiers informatisés					0,9
Oui	85	83	81	83	
Non	15	17	19	17	
10. Utilisation par les MT de l'outil l'informatique					0,8
Par tous	39	36	28	35	
Par certains	58	60	64	60	
Pas du tout	3	4	8	5	
11. Connaissance du guide					0,32
Oui	100	97	100	99	
Non	0	3	0	1	
Si oui, par quel moyen					0,43

Voie postale	59	60	64	61	
Formation	12	6	0	7	
Bouche/Oreille	3	10	10	7	
Internet	5	11	10	9	
Autre	21	13	16	16	
12. Possession du guide					0,06
Oui	92	95	81	91	
Non	8	5	19	9	
13. Utilisation du guide					0,01
Oui	80	64	45	64	
Non	20	36	55	36	
Si oui : sous quelle forme					0,16
Papier	53	67	87	66	
Electronique	7	10	6	8	
Les 2	40	23	7	26	
14. Nombre d'accès au guide par mois	11 (9)	5 (7)	4 (7)	6 (7)	0,36
15. Note du graphisme (sur 4)	3,25 (0,5)	3,03 (0,6)	2,96 (0,5)	3,08 (0,§)	0,38
16. Note du contenu (sur 4)	3,36 (0,5)	3,20 (0,4)	3,19 (0,5)	3,25 (0,5)	0,42
17. Thèmes pour le(s)quel(s) le guide est utile					
Antibiothérapie non recommandée	33	33	26	32	0,73
CAT en cas d'allergie	5,1	5	3	4	0,92
Sphère orl et respiratoire	49	48	42	47	0,83
Sphère Uro-génitale	44	40	35	40	0,79
Sphère digestive	15	11	10	12	0,73
Sphère cutanée	5	6	16,	8	0,19
Vaccination	3	5	6	4	0,73
18. Utilisation surtout					0,19
Rappels cliniques	15	15	29	18	
Recommandations en antibiothérapie	39	57	50	50	
Les 2	46	28	21	32	
19. Note du guide format papier (sur 10)	8,2 (0,9)	7,7 (1,1)	7,6 (1)	7,83 (1)	0,13
20. Note du guide format électronique (sur 10)	8,2 (0,9)	7,9 (1,2)	7,6 (1)	7,9 (1,1)	0,07
21. Mise à disposition du guide					0,22

Oui	77	60	68	70	
Non	23	40	32	33	
Si oui, sous quelle forme					0,11
Papier Seul	60	75	90	74	
Electronique Seul	40	23	10	1	
Les 2	0	2	0	25	
22. Fréquence d'utilisation du guide par les MT					0,17
Toujours	10	5	0	5	
Souvent	3	6	0	4	
Parfois	31	17	13	20	
Jamais	21	26	35	26	
NSP	35	46	52	45	
23. Le guide sera utilisé à l'avenir					0,04
Oui	72	49	45	55	
Non	28	51	55	45	
24. Réalisation d'une formation/présentation du guide					0,04
Oui	62	38	35	44	
Non	38	62	65	56	
25. Participation à une formation en ATB					0 ,07
Oui	54	35	29	39	
Non	46	65	71	61	
Si non pourquoi ?					0,02
Trop éloigné	39	18	30	26	
Pas reçu d'invitation	33	12	9	16	
Manque de temps	28	41	22	33	
Pas intéressé	0	29	39	26	

3. Etude qualitative des réponses à la question ouverte

Il s'agit là des réponses à la question ouverte en fin de questionnaire. Elle permettait de recueillir les éventuelles remarques ou suggestions concernant le guide dans sa globalité. On comptait 72 réponses sur les 133 possibles, soit 54% de réponses. Les réponses étaient brèves pour la plupart.

Cette étude a fait l'objet d'une analyse manuelle. Les réponses ont été classées en 5 catégories :

3.1 Concernant la forme du guide

Un MC était demandeur « d'une forme USB », deux MC ont suggéré de « créer une application pour Smartphone».
Pour un MC hospitalier, le guide était jugé « pratique de part principalement un format adapté, toujours dans la poche de ma blouse ».

Un MC trouvait « pratique la répartition des fiches par couleur », jugeant qu'il « était facile d'utiliser le code couleur pour trouver des renseignements ».
Un MC trouvait « la forme numérique facile d'accès et très fluide »
Enfin un MC demandait si un « format CD allait voir le jour ».

3.2 Concernant le contenu du guide

Les trois adjectifs qui revenaient le plus souvent étaient « clair », « lisible » et « synthétique ».
Un MC trouvait le document « très bien fait, complet », et qui « répond à mon sens, à la prise en charge de la personne âgée ».
Un IDEc estimait que « la précision concernant les formes médicamenteuses écrasables ou non me parait très importante pour adapter les voies d'administration notamment chez les patients souffrant de trouble de la déglutition ».
Un MC pensait qu'il « aurait été intéressant d'inclure des fiches de synthèse avec les situations clinique les plus fréquentes ».
Un MC trouvait le document « très complet », et il l'a « transmis à d'autres médecins coordonnateurs hors de notre région ».
Un coordonnateur le « recommande à tous ses collègues hospitaliers », estimant que cet outil « complet et synthétique est un bon complément à antibioguide ».
A contrario un MC trouvait le guide « un peu chargé à mon goût, on s'y perd » et que « la place des situations cliniques était peu importante, dommage ». Un MC déplorait « l'absence de recommandations sur les nouveaux anticoagulants ».
Un MC estimait que « les antiémétiques proposés en première intention ne paraissent pas adaptés à la personne âgée car générateur de troubles neurologique et cardiologique ».
Un MC trouvait que « la durée des traitements n'est pas toujours claire, il me paraît plus pertinent de trancher sur une durée exacte que de formuler une fourchette, comme par exemple la pneumopathie d'inhalation où la durée de traitement est comprise entre sept et quatorze jours ! ».
Cette idée était reprise par un autre MC qui estimait que « les durées de traitement rendent la décision difficile ».

3.3 Concernant l'appropriation

Un MC rapportait que « le guide a été très bien reçu par ses confrères » et « qu'il était souvent feuilleté ».

Un autre disait qu'il « l'utilisait dans sa pratique courante, aussi bien à l'EHPAD qu'au cabinet ».
Une IDEC disait qu'elle y avait recours régulièrement pour « vérifier les formes écrasables ou non des médicaments et les gélules qu'on pouvait ouvrir ».
Un MC disait l'utiliser « au quotidien » et « qu'il remplaçait ses précédents référentiels »
Un autre rapportait qu'il était « facile de l'utiliser et d'harmoniser les prescriptions » car « ils n'étaient que trois médecins prescripteurs »
Un MC a répondu que « l'optimisation de l'utilisation du guide est permise par le fait que seulement deux médecins, avec qui je noue d'excellents rapports, interviennent et prescrivent ».
Un MC pensait que « l'appropriation d'un tel guide » ne « l'intéresse pas » car « en fin de carrière », un autre MC justifie la non-utilisation du guide car il « part à la retraite » bien que « le référentiel soit bien fait ».
Un MC avouait « l'avoir reçu mais ne l'avoir jamais ouvert ».

3.4 Concernant la diffusion

Un MC a « profité de la sortie du guide pour réunir les médecins prescripteurs et leur parler du guide ».
Le guide est « mis à disposition sous la forme numérique sur l'écran de chaque PC de l'établissement, il sert de support à la fois aux IDE et aux médecins extérieurs » selon un MC.
Un MC trouvait que « la forme papier permettait d'augmenter la visibilité dans les salles de soin ».
Une IDEc « a fait des copies de l'exemplaire reçu par l'ARS pour le mettre dans le bureau médical à chaque étage de l'établissement » mais « le guide restait peu ou pas utilisé ».
Un autre IDEc estimait qu'il « était délicat en tant que IDE de parler du guide aux médecins intervenants de par mon statut ».
Un MC suggérait qu'il serait « souhaitable de recevoir plus de forme papier du guide », idée reprise par un autre MC qui disait « vouloir obtenir un guide pour chaque médecin intervenant ce qui permettrait une meilleur utilisation », un MC estimait que « tous les médecins qui interviennent en EHPAD devraient recevoir une version du guide ».

Plusieurs MC ne connaissaient pas le guide avant l'enquête « heureusement que vous m'avez appelé, je ne connaissais pas le guide de l'ARS » ou n'avaient pas mis le document à disposition. En effet un MC avouait que « l'enquête m'a fait réfléchir sur la nécessité de mettre à disposition le guide, de le distribuer aux MT de résidents », un autre pensait que « ça serait une bonne idée de mettre le guide à disposition », enfin un autre MC reconnaissait que « c'est vrai que je pourrai mettre le guide à disposition, ça pourrait être incitatif vis-à-vis des médecins intervenants ».
Un MC estimait qu'il ne pourrait pas « présenter le guide aux confrères prescripteurs », car il a « d'autres sujets plus importants à soulever lors des prochaines commissions gériatriques ».
Un MC pensait que « la diffusion d'un tel guide aurait peu d'impact sur la prescription des médecins prescripteurs », il avait « déjà élaboré et mis à disposition plusieurs référentiels de

bon usage de médicaments mais qui sont restés malheureusement peu ou pas utilisés malgré le fait de les avoir évoqués et insisté lors des commissions gériatriques ».
Le guide est « mis à disposition mais les référentiels ne sont jamais utilisés » pour un autre MC ».
Un MC justifiait le fait « de ne pas réaliser la présentation du guide » car « les MT des résidents sont souverains en matière de prescription » et qu'il « ne souhaite pas interférer avec leurs prescriptions ».
Un MC qui était MT de tous les résidents estimait que « c'était plus facile pour lui de mettre en œuvre les bonnes pratiques comparativement aux autres MC où plusieurs médecins interviennent dans leur EHPAD » parce qu'il « était le seul maitre des prescriptions ».
Un MC avouait « entretenir de très mauvaises relations avec les médecins intervenants, ce qui faisait barrage à la diffusion du document », un autre disait qu'il « ne tirait pas sa légitimité de son diplôme de gériatre vis-à-vis des MT et qu'il était peu consulté par ces derniers au sujet d'un traitement ou d'un résident ».

3.5 Concernant les sessions de formation

Un MC jugeait la session de formation « très formatrice grâce à la qualité des intervenants et des échanges », elle « répondait aux attentes des participants ».
La séance de formation « a permis d'éclairer plusieurs zones d'ombre » pour un autre coordonnateur.
Un MC estimait que « les informations du guide et des réunions ANTIBIOLOR étaient parfois contradictoires en matière d'antibiothérapie » sans apporter plus de détails.
Certains ne se sentaient pas concernés par la formation en Antibiothérapie organisée par ANTIBIOLOR dans la mesure « ils n'étaient pas médecin prescripteur et qu'ils n'avaient pas de poids sur les prescriptions des confrères ».
Un MC estimait « qu'il aurait été plus légitime d'inviter et de former les MG qui sont prescripteurs plutôt que les MC».
Un autre MC justifiait sa non-participation « compte tenu de l'activité libérale prenante » et qu'il « aurait pu participer à une formation organisée par ANTIBIOLOR uniquement si celle-ci est réalisée le samedi matin ou un soir en semaine ».
Un MC n'avait pas participé à une formation car se disait « distant sur le plan géographique », un autre parce qu'il était « retraité » et qu'il « allait quitter ses fonctions », un dernier « faute de temps car je travaille en tant que coordonnateur à temps plein ».

4. Les prescriptions « téléphoniques » et « induites »

Il existe une fréquence non négligeable des prescriptions dictées par téléphone par les MT notamment en matière d'antibiothérapie. Cette prescription est initiée devant la crainte d'une aggravation clinique selon plusieurs MC. Ils expliquent pourtant que ce type de prescription ne devrait pas exister dans la mesure où l'un des champs de prescription du MC est la situation où il y a impossibilité au MT de se déplacer.

Plusieurs MC ont soulevé la part de prescription générée par le personnel soignant (IDE, AS). En effet, les IDE de ces établissements peuvent être tentés de procéder à des prélèvements itératifs pouvant influencer les prescripteurs. Enfin, certains MC rapportent une part de prescriptions d'ATB induites sous la pression des familles, voire même sous la pression du résident.

DISCUSSION

I. CALENDRIER DE LA FORMATION EN ATB PAR RAPPORT À LA DIFFUSION DU GUIDE

Trois sessions de formations se sont tenues à l'occasion de la sortie du guide et de son arrivée dans les EHPAD lorrains. Précisons que ces formations ont concerné les coordonnateurs avant et après diffusion du guide (la première session de formation s'est tenue en juin 2015 avant sa sortie, une autre en octobre 2015 lors de sa diffusion dans les EHPAD et enfin une dernière en avril 2016 à distance de son arrivée dans les EHPAD). L'enquête téléphonique s'est déroulée entre février 2016 et mai 2016. Ainsi, les réponses obtenues peuvent être fonction de la participation ou non à une séance de formation et elles étaient conditionnées au degré de formation du répondeur, ce qui est générateur de biais dans les résultats.

II. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

1. Taux de réponse

Le taux de réponse fut très bon : 77% de répondants parmi les coordonnateurs interrogeables au moment de l'enquête, ce qui est un signe encourageant de l'implication des coordonnateurs dans la problématique de l'antibiothérapie.

2. Critique méthodologique

2.1 La population

La liste des coordonnateurs lorrains est mise à jour régulièrement (une fois par an par les services de l'ARS) mais le turn-over étant important, cela limitait nos possibilités de contacter tous les coordonnateurs, ce qui constitue un biais de recrutement.
Au moment de l'enquête, dix MC partaient en retraite dans les semaines ou mois à venir, douze EHPAD allaient accueillir un coordonnateur dans les semaines ou mois à venir, et enfin onze EHPAD allaient voir le jour d'ici la fin 2016 dans la région.

2.2 Le questionnaire

Notre questionnaire avait pour objectif d'évaluer vingt-cinq mesures. Certains répondeurs ont pu être découragés par ce nombre conséquent.
Nous pouvons nous interroger sur la compréhension de certains items à l'origine de biais de confusion comme par exemple l'item intitulé « Quels sont les thèmes pour lesquels le guide a été particulièrement utile ». Cet item s'adresse à la pratique du coordonnateur et il peut être confondu avec celle des MT.

Les coordonnateurs avaient la possibilité de répondre par « je ne sais pas » à l'item 22, ce qui était une alternative pour ceux qui ne savaient pas se positionner.

Les questions fermées ont pu être à l'origine de réponses automatiques entre le oui et le non, sans que l'interviewé ne réfléchisse vraiment. Elles ont pu être aussi source d'un sentiment de frustration dans les réponses proposées.

La question ouverte permettait une implication de l'interviewé et de palier l'inefficacité de certaines questions mal formulées (on ne contraint pas le sujet à donner une réponse qui ne lui correspond pas tout à fait). Mais sa place en fin de questionnaire a pu paraître inadaptée dans la mesure où le répondeur sort d'un enchainement de questions, il peut être « lassé » et « pressé » d'en finir et on lui demande de réfléchir et de se positionner. Cela pouvait provoquer un comportement d'évitement et ainsi donner une faiblesse dans le taux de réponse, ou encore des réponses qui ne lui correspondent pas. On y retrouvait parfois des informations ambiguës ou pas assez étayées comme par exemple un coordonnateur qui a répondu « ce référentiel est incomplet » sans donner plus d'explications.

2.3 Les Méthodes de recueil

2.3.1 Téléphonique

Nous avons choisi de diffuser le questionnaire prioritairement par voie téléphonique dans la mesure où ce moyen donne les meilleurs résultats en termes de réponses (34).

Elle représente 79% du recueil, ce qui conforte le fait que le recueil par téléphone donne les meilleurs résultats en termes de taux de répondeur. Ce moyen était choisi de façon privilégiée dans la mesure où c'est un moyen interactif. En effet, le fait de pouvoir dialoguer avec les interlocuteurs participant au questionnaire permettait de recueillir le maximum d'informations notamment pour la question ouverte, bien que le temps que chaque coordonnateur pouvait consacrer au questionnaire fût court. Il permettait d'instaurer un climat de confiance et d'éclairer le répondeur sur d'éventuels doutes ou incompréhensions. Il permettait également une large couverture géographique et « l'obligation » faite au répondant d'aller au terme du questionnaire.
Cependant, il existait une difficulté réelle de joindre les coordonnateurs, avec le plus souvent une disponibilité limitée, un risque d'interruption de l'interview et la présence de filtres (secrétaire, équipe paramédicale). Le questionnaire n'était en réalité pas complètement anonyme dans la mesure où l'on savait à quel EHPAD on s'adressait et par définition l'identité du coordonnateur, ce qui a pu freiner certains d'entre eux à répondre.
Il peut exister un biais de désirabilité sociale (ou biais de déclaration) liée à ce type de diffusion (35). En effet, les informations récoltées sont déclaratives et ne reflètent pas forcément la réalité. Cette méthode peut donner l'impression au médecin répondeur d'être jugé par l'interviewer et qu'un jugement de valeur lui soit attribué, faisant que cette méthode peut être potentiellement génératrice d'angoisse. De ce fait, il existe une possibilité

d'influencer les réponses dans un sens ou dans l'autre.

2.3.2 Auto-administré

- Courriel :

Principale alternative de recueil lorsque le questionnaire ne pouvait pas être soumis, il représentait 15% des réponses. Il présentait l'avantage d'avoir un coût bas (automatisation), avec une très grande rapidité de collecte et permettait au répondant de répondre sur son temps libre. Cependant, le courriel pouvait être confondu avec un spam (et donc ne peut pas être consulté), et il pouvait être facilement être interrompu. Le questionnaire était destiné uniquement aux coordonnateurs, or, il a été envoyé à des mailings-listes qui n'étaient pas forcément ceux des coordonnateurs ou comprenant d'autres professionnels de santé (MT notamment), ce qui est à l'origine d'un biais de sélection. Il manquait également l'anonymat dans les réponses.

- Courrier :

Il représentait 5% des réponses. Il permettait de garantir un meilleur anonymat dans les réponses et une plus grande flexibilité (l'interviewé répond quand il a le temps). Toutes les questions peuvent être lues avant qu'on y réponde, ce qui pouvait influencer les réponses ou décourager les réponses. Il avait l'inconvénient d'être couteux. On a aussi, dans ce type de réponses, du mal à garantir l'identité de la personne qui répond au questionnaire (médecin non-coordonnateur, IDE non coordonnateur, remplaçant).

2.3.3 Face-à-face

Il représentait 1% des réponses. C'était la méthode proposée au coordonnateur lorsque les trois méthodes précédentes étaient refusées. Un MC préférait un entretien en face à face car « ne répondait jamais au téléphone ne sachant pas à qui il a à faire » et dit craindre « que ce soit un responsable de l'ARS » et « des sanctions ». Cette technique permet donc de rassurer l'interviewé, de majorer l'interactivité et de recueillir plus d'informations. En revanche, le délai de mise en œuvre était important (trois semaines pour obtenir un rdv avec un MC, plus d'un mois pour le second MC interrogé).

3. Médecins non-répondeurs

Le questionnaire a été soumis durant la période de grippe ; l'épidémie de grippe en France métropolitaine a été tardive, virulente et longue cette saison, débutant le 8 février 2016 et se terminant le 27 avril 2016 (36).

L'enquête s'est également déroulée en pleine période d'épidémie de gastro entérite, laquelle s'est déroulée de mi-janvier à fin mars début avril (37), avec des médecins coordonnateurs débordés. Les MC étaient donc très occupés, d'où le taux important de médecins non répondeurs, s'élevant à 36%.

Derrière le refus « je n'ai pas le temps », ce taux sous-estime peut-être aussi le nombre de médecins ne connaissant pas le guide ou n'ayant pas envie de s'impliquer dans l'étude.

4. Interprétation des résultats

- 98% des coordonnateurs lorrains étaient médecins. Il semblait ainsi inintéressant de présenter les résultats sous la forme d'un tableau mettant en avant les modes d'exercice. Mais derrière ce chiffre peut se cacher en réalité l'existence d'IDEc non interrogés dans la mesure où lorsqu'on demandait le coordonnateur de l'établissement, le secrétariat ou l'administration nous mettait en relation de façon systématique avec le MC, ainsi le nombre d'IDEc a pu être sous-estimé. A l'opposé, le terme d'IDEc a pu être utilisé par abus de langage et concerner des IDE « classiques ».

- Le nombre d'années de coordination était en moyenne de 8 ans ; c'est une profession où le turn-over est important. Les coordonnateurs justifient cela par le fait qu'il s'agit d'une profession qui peut être « frustrante », « ennuyante », « trop administrative » et « mal payée » (la rémunération est de 470 euros par résident et par an, (38)).

- 61% des coordonnateurs exerçaient une autre activité que la coordination d'EHPAD, libérale pour la plupart. Ces activités annexes ou la gestion de plusieurs EHPAD réduisent le temps de présence à l'EHPAD et par là, leur possibilité de solliciter les MT pour évoquer le guide.

- Parmi le mode de connaissance dans « autres », la moitié a pris connaissance du guide par le biais de notre questionnaire téléphonique ! Notre étude est une enquête-action, elle a donc permis d'améliorer la diffusion.

- On peut voir également que 16% des coordonnateurs n'ont pas reçu l'invitation : chiffre surestimé ou mail-listing erronée/incomplète/manquante lors de l'envoi des invitations.

III. RELATION MC-MT

Le coordonnateur est censé travailler en étroite collaboration avec le MT. En réalité, la fonction et le rôle de coordonnateur restent le plus souvent méconnus par les MT.

D'une part, les médecins libéraux ont un emploi du temps très serré. Ils sont généralement débordés et cherchent à réduire au maximum leur temps de passage dans la structure. Le plus souvent, ils passent tard dans l'après-midi voire même en soirée, ou parfois tôt dans la journée. La plupart des MC déplorent « le manque d'anticipation de l'intervention du MT en EHPAD ». Par exemple, un MC rapportait même qu'un des MT de son établissement vivait le passage à l'EHPAD comme une « perte de temps » et qu'il n'hésitait pas à renouveler les ordonnances mensuelles de ses patients par fax et il gérait notamment les supposés problèmes infectieux par ATB de façon systématique par téléphone.

D'autre part, les MT s'interrogent sur la place et la légitimité des MC. Ils se sentent aussi compétents que ces derniers en raison du nombre de personnes âgées composant leur

patientèle et de la durée de leur expérience. La distance entre le cabinet du MT et le résident est aussi un argument apporté par les MT pour justifier leur faible passage dans les EHPAD.
Un MC qui a aussi une activité de MT dans un EHPAD estimait que « l'hétérogénéité des logiciels informatique pousse les MT à aller vers un dossier papier », ce qui ne facilite pas la coordination des soins et la traçabilité dans les dossiers.
De son côté, le MC n'est pas toujours présent dans la structure car il gère souvent plusieurs EHPAD, ou exerce une activité libérale ou salariée en parallèle comme on a pu le voir dans l'enquête (avec plus de 60% des coordonnateurs questionnés ayant une activité autre que la coordination d'EHPAD). Même présent dans l'établissement, il ne peut se tenir en permanence à la disposition des intervenants extérieurs car il est en charge de nombreuses autres missions qu'il a déjà beaucoup de mal à remplir compte tenu du temps qui lui est imparti pour cet exercice (charges médico-administratives lourdes dont dépendent le financement de la structure elle-même, visites de préadmission, rencontres avec les familles).

Les coordonnateurs reconnaissent qu'il n'est pas toujours aisé d'organiser des commissions gériatriques et de les faire fonctionner pour des questions pratiques de disponibilité des praticiens. Par exemple, un MC disait « qu'à chaque fois que je veux réunir mes confrères libéraux et que j'en invite 30, seulement 3 ou 4 sont présents et il s'agit le plus souvent ceux pour lesquels j'ai le moins de problème au niveau des prescriptions ou de la prise en charge ».

Les MC ne peuvent interférer dans les prescriptions de leurs confrères. Ils ne donnent en pratique que peu de conseils à leurs confrères et ne le font que s'ils sont sollicités mais ils reconnaissent qu'ils sont assez peu consultés. Ils avouent avoir « un positionnement délicat » par rapport au MT et ils peuvent parfois être vus comme « des concurrents potentiels » notamment s'ils ont une activité libérale.
Ce qui peut représenter un frein dans la diffusion d'un tel guide est le grand nombre de médecins prescripteurs. En effet, les EHPAD où on a obtenu les meilleurs taux d'appropriation du guide par les MT et sa diffusion sont ceux où il y a le moins de médecins libéraux. 3 MC avec la double casquette de MC et MT et ce de façon exclusive, ce qui optimisait l'utilisation du guide et des prescriptions « étant maitres des thérapeutiques ». Dans 2 autres EHPAD, il n'y avait que 3 MT qui intervenaient ce qui permettait d'harmoniser les prescriptions.

Dans huit EHPAD de la région, la condition aux résidents pour intégrer la structure était d'imposer le MC en tant que MT, règle instaurée par le directeur des établissements (à la demande du MC parfois). L'argument avancé pour ce genre de pratique était que ça permettait au MC « d'avoir le plein pouvoir sur les prescriptions avec un regard spécialisé ». Cependant, les résidents perdaient alors la relation de confiance qu'ils ont avec leur médecin de famille qu'ils connaissaient pour la plupart depuis plusieurs années, sans libre choix. Aussi peut se poser le problème du changement de MT impliqué par l'éloignement, avec une rupture de la relation de confiance.

Un facteur favorisant la diffusion et l'appropriation du référentiel est la bonne entente avec les confrères libéraux. Un MC rapportait qu'il « nouait d'excellents rapports avec les MT ce qui

permettaient de travailler dans un climat d'échanges ». A l'inverse, les relations peuvent être conflictuelles et génératrices d'un climat « froid » entre les praticiens faisant obstacle à la diffusion du guide.

Ainsi, une certaine diplomatie est indispensable au coordonnateur afin de ne pas «froisser» la susceptibilité des médecins pour permettre un travail efficace et n'engendrant pas de rapports tendus.
Le MC peut être confronté à des prescriptions inadéquates (ordonnance trop chargée, médicaments à durée de vie trop longue, inadaptation de galénique ou de posologie, thérapeutique obsolète).
Il peut se trouver en porte-à-faux vis-à-vis du MT car sur le plan déontologique, il n'a pas le droit de modifier une prescription ou d'en initier une autre sans son accord (en dehors des situations d'urgence). Devant l'intransigeance de certains médecins libéraux, le MC se retrouve parfois démuni et n'a d'autre alternative que de consigner son désaccord ou ses réserves dans le dossier de soins.

Plusieurs MC ont mis l'accent sur le problème de la responsabilité en cas d'accident dû à une thérapeutique ou de conséquences liées à celle-ci. Ils peuvent voir leur responsabilité engagée en cas de plainte des ayant droits. Cette situation soulève les difficultés que peuvent connaître les MC et les problèmes juridiques sous-jacents qui peuvent se poser.
Plusieurs MC ont suggéré qu'il était souhaitable de pouvoir être tenu informé de toutes les thérapeutiques générées par les MT au sein de l'établissement dont il a la charge et le cas échéant de pouvoir les contacter et les inciter à modifier leur thérapeutique.
De cet état de fait, il en découle la nécessité de redéfinir le champ des responsabilités des différents intervenants au sein de l'EHPAD car cela permettrait d'assainir les relations entre MC et MT.

CONCLUSION

La notion d'impasse thérapeutique dans le domaine des antibactériens n'est plus une simple menace mais une réalité avec des conséquences dramatiques à court et moyen terme. L'antibiorésistance pourrait devenir l'une des principales causes de mortalité dans le monde. L'augmentation alarmante de ce phénomène, jointe à une absence presque complète de nouveaux antibiotiques, en ambulatoire notamment, est un des problèmes de santé publique les plus graves de notre temps.

Les EHPAD doivent également s'engager dans l'enjeu désormais mondial de la maitrise de l'antibiorésistance. Ils représentent un milieu qui concentre des personnes fragiles le plus souvent difficilement examinables avec une forte promiscuité entre individus, où l'écologie bactérienne est proche de celle des hôpitaux. Former les équipes paramédicales et éduquer le résident ainsi que son entourage paraît être une nécessité devant des prescriptions induites parfois sous la pression des familles ou du personnel soignant. La pratique de la prescription téléphonique d'antibactérien par le MT devrait quant à elle rester exceptionnelle.

La grande majorité des EHPAD ne sont pas rattachés à un établissement hospitalier. Ils disposent d'un MC, garant de la diffusion de bonnes pratiques sans pouvoir prescripteur et des praticiens libéraux prenant en charge leurs patients habituels et maîtres des prescriptions.
Le rôle du MC reste le plus souvent flou et mal connu par les MT. Le manque d'interaction et de communication entre ces deux protagonistes rendent difficile la présentation du guide et les enjeux de l'antibiothérapie en EHPAD.

Notre enquête action a permis de faire découvrir le guide à de nombreux MC.

Les MC de Lorraine ont joué un rôle primordial dans la mise à disposition du guide de bon usage des médicaments en EHPAD comme on a pu le voir à travers notre étude. Ils ont été conviés à des sessions de formation en infectiologie organisées à l'occasion de la sortie du guide qu'ils ont jugé très satisfaisantes dans l'ensemble. On a été agréablement surpris de l'intérêt que les coordonnateurs ont porté à l'antibiothérapie.

Malheureusement, on a pu voir que le guide reste le plus souvent sous-utilisé par les praticiens libéraux.

La relation du tandem MC–MT est un facteur majeur dans l'appropriation et la diffusion du référentiel. Le principal frein identifié est la mauvaise entente entre coordonnateur et la multiplicité des prescripteurs.

La réflexion peut se poursuivre sur le rôle potentiel du MC comme acteur du bon usage en ville d'une part parce qu'il est en contact avec les MT des résidents et d'autre part, car une grande partie des MC interrogés ont une activité libérale. Notre action visait à améliorer la pratique en infectiologie en EHPAD. On peut faire le pari qu'elle aura un retentissement hors EHPAD.

Ce travail confirme l'urgence absolue de préserver l'arsenal thérapeutique irremplaçable que constituent les ATB. L'enjeu de la maitrise de l'antibiorésistance bactérienne est l'affaire de tous.

Depuis une vingtaine d'années, divers plans et circulaires ont vu le jour pour lutter contre l'antibiorésistance. Les institutions, dont les responsables politiques, semblent sensibilisées à cette problématique, mais en pratique aucune action concrète n'a été mise en œuvre pour empêcher l'expansion de ce fléau. Peut-être que des mesures plus contraignantes pourraient s'avérer dissuasives pour les prescripteurs.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Origins and Evolution of Antibiotic Resistance, Julian Davies and Dorothy Davies, Department of Microbiology and Immunology, Life Sciences Institute, University of British Columbia, 2350 Health Sciences Mall, Vancouver, British Columbia V6T 1Z3, Canada, Vol. 74, No. 3, Sept. 2010, p. 417–433

(2) Morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-résistantes aux ATB en France en 2012. Étude Burden BMR, rapport - Juin 2015. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. p.21

(3) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014, La Revue de Gériatrie, Tome 40, N 9 NOVEMBRE 2015, p 532 [Internet]. [Consulté le 12/04/16]. Disponible sur : http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2015 _40_529-538.pdf

(4) Paragraphe 9 de l'article 1 Art. D. 312-155-1 du Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, [Internet]. [Consulté le 13/09/16]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/5/27/SANA05 21723D/jo/te xte

(5) Ehpad 2017 : L'habitation et l'investissement en Ehpad, [Internet]. [Consulté le 06/01/17]. Disponible sur : http://www.ehpad-fr.org/

(6) Etude STATISS Les régions françaises 2015, Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement, Établissements publics ou privés et services, places installées au 01.01.2015, p.26, [Internet]. [Consulté le 13/11/16]. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/ docu/statiss2015-180316-derniere_version .pdf

(7) Etude STATISS Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine2015, Etablis-sements publics ou privés, places installées au 01.01.2015 Sources : DREES, FINESS, données SAE 2014 déclarées par les établissements, base administra- tive; ARS, p.31 [Internet]. [Consulté le 13/11/16]. Disponible sur : http://www. ars.grand-est.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ACAL /ACTUALI TES/PUBLICATIONS_2016/STATISS_2015.pdf

(8) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n° 899, décembre 2014, Sabrina VOLANT, p.1, [Internet]. [Consulté le 13/09/16]. Disponible sur : http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2015/01/DREES-R%C3%A9sidents-dEHPAD-en-2011.pdf

(9) Strategies and challenges of antimicrobial stewardship in long-term care facilities. Dyar OJ, Pagani L, Pulcini C. Clin Microbiol Infect, 2015 Jan 21, p.10

(10) Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. Lancet Infect DIS 2002; 2: 659-666

(11) Van Buul LW, Van der Steen JT, Veenhuizen RB, et al. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. J Am Med Dir Assoc 2012; 13: 568 e561-513

(12) Prévention du risque infectieux dans les structures hébergeant des personnes âgées ; rapport de mission et proposition d'un programme J. Carlet, B. de Wazieres (16/11/04), p.6, [Internet]. [Consulté le 10/08/16]. Disponible sur :http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000114.pdf

(13) Prévention du risque infectieux dans les structures hébergeant des personnes âgées ; rapport de mission et proposition d'un programme J. Carlet, B. de Wazieres (16/11/04), p.5 et 6, [Internet]. [Consulté le 10/08/16]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000114.pdf

(14) Risk for infections in nursing homes (elderly): More questions than responses K. Chami F. Bertin-Hugault, G. Gavazzi, M. Rothan-Tondeur , Volume 10, Issue 2, May 2008, p.69 to 72

(15) Paragraphe 9 de l'article 1 Art. D. 312-155-2 du Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, [Internet]. [Consulté le 17/10/16]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/5/27/SANA0521723D/jo/ texte

(16) Tous ensemble, sauvons les ATB. Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des ATB. Septembre 2015. Rapporteurs : Dr Jean Carlet et Pierre Le Coz. Paris : ministère chargé de la santé ; 2015, p.63, [Internet]. [Consulté le 17/07/16]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf

(17) Fix the antibiotics pipeline, Matthew A. Cooper, David Shlaes, Nature, Nature Publishing Group, Apr 6, 2011, p.32

(18) Laxminarayan R *et al.* Lancet Infect Dis. 2013 ; 13(12):1057-98

(19) RAND Europe, Estimating the economic costs of antimicrobial resistance Model and Results by Jirka Taylor, Marco Hafner, Erez Yerushalmi, Richard Smith, Jacopo Bellasio, Raffaele Vardavas, Teresa Bienkowska Gibbs, Jennifer Rubin, 2014, p.49 [Internet]. [Consulté le 17/12/16]. Disponible sur : http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR900/RR911/RAND_RR911.pdf

(20) Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations The Review on Antimicrobial Resistance Chaired by Jim O'Neill December 2014, diap 5

(21) Rapport de l'ANSM – L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015 – janvier 2017, p.8, [Internet]. [Consulté le 22/01/17]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/188a6b5cf9cde90848ae9e3419bc3d3f.pdf

(22) Consommation d'ATB et résistance aux ATB en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable, Bilan des données de surveillance, 18 novembre 2015, Synthèse rédigée par InVS et l'ANSM, p.5, [Internet]. [Consulté le 12/01/16]. Disponible sur : http:// ansm.sante.fr/content/download/82737/1045315/version/1/file/Bilan-surveillance_antibio_ invs-ansm-2.pdf.

(23) ECDC Geographical distribution of the consumption of Antibacterials For Systemic Use (ATC group J01) in the community (primary care sector) in Europe, reporting year 2015, [Internet]. [Consulté le 22/01/17]. Disponible sur : http://ecdc.europa.eu/en/healthtopic s/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial-consumption/esac-net-database/ Pages/geo-distribution-consumpt ion.aspx

(24) Consommation d'ATB et résistance aux ATB en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable, Bilan des données de surveillance, Synthèse rédigée par l'InVS et l'ANSM 17 novembre 2015, p.1, [Internet]. [Consulté le 12/01/16]. Disponible sur : http:// ansm.sante.fr/content/download/82737/1045315/version/1/file/Bilan-surveillance_antibio_in vs-ansm-2.pdf.

(25) WAAAR, [Internet]. [Consulté le 12/05/16]. Disponible sur : http://www.ac 2bmr.fr/ index.php/fr/l-association/statuts

(26) Tous ensemble, sauvons les ATB. Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des ATB. Septembre 2015. Rapporteurs : Dr Jean Carlet et Pierre Le Coz. Paris : ministère chargé de la santé; 2015, p.47, [Internet]. [Consulté le 17/07/16]. Disponible sur : http://socialsante.gouv.fr/IMG/ pdf/ rapport_antibiotiques.pdf

(27) Info-antibio N°21 : Décembre 2011 Lettre mensuelle d'information sur les ATB, [Internet]. [Consulté le 15/10/16]. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/fr/info-antibio.html

(28) Info-antibio N°59 : Octobre 2015 Lettre mensuelle d'information sur les ATB, [Internet]. [Consulté le 15/10/16]. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/fr/info-antibio.html

(29) La feuille de route interministérielle de maîtrise de l'antibiorésistance [Internet]. [con sulté le 15/01/17]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_ant ibioresistance_nov_2016.pdf

(30) Circulaire du ministère des affaires sociales et de la santé DSS/MCGR/ DGCS/3A/DGOS/PF2 n ° 2013-132 du 29 mars 2013 relative aux actions de l'axe de gestion du risque concernant la qualité et l'efficience des soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à conduire en 2013 par les agences régionales de santé, [Internet]. [Consulté le 15/01/17]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/ bo/2013/13-05/ste_20130005_0000_0093.pdf

(31) HAS, Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de mé- dicaments chez la personne âgée ? septembre 2014, page 2, [Internet]. [Consulté le 15/01/17]. Disponi ble sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescript ion_web.pdf

(32) Méthodologie de l'enquête par questionnaire, Formation « Evaluation », 1er - 2 février 2007 à Grisolles, Jean-Christophe Vilatte Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon, p.13 à 22, [Internet]. [Consulté le 15/01/17]. Disponible sur : https://www.lmac-mp.fr/telecharger.php?id_doc=46

(33) Guide pratique pour l'utilisation de la statistique en recherche : le cas des petits échan tillons, Bruno Marien et Jean-Pierre Beaud, p.10 et 11, [Internet]. [Consulté le 15/01/ 17]. Disponible sur : http://www.dlf.auf.org/IMG/pdf/Guide_pratique_pour_l_utilisation_de_la _statistique_en_recherche.pdf

(34) Raphaelle Butori, Béatrice Parguel. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France, p.3, [Internet]. [Consulté le 13/11/16]. Disponible sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document

(35) Raphaelle Butori, Béatrice Parguel. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France, p.3 et 4, [Internet]. [Consulté le 13/11/16]. Disponible sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-006362 28/document

(36) BEH N° 32-33 - 11 octobre 2016, Surveillance de la grippe en France mé -tropolitaine saison 2015-2016, [Internet]. [Consulté le 11/11/16]. Disponible sur : http://invs.sante pub liquefrance.fr,

(37) Dossiers thématiques, Archives 2015-2016, Situation épidémiologique des gastro-entérites aiguës en France. Point au 20 janvier et Point au 30 mars 2016, [Internet]. [Consulté le 11/11/16]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr

(38) instruction sur la tarification par arrêté et le dispositif d'appui aux services déconcentrés du 29 janvier 2008 par Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, [Internet]. [Consulté le 12/07/16]. Disponible sur : http://www.amcehpad.fr/IMG/pdf/instruction_rever sement_470euros_medco.pdf

ANNEXES

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN DU QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

Bonjour, je m'appelle Bouabid Zouhair. je réalise ma thèse sur le guide de bon usage des médicaments en EHPAD qui a été diffusé par l'ARS en octobre 2015. Dans ce cadre, j'aimerai savoir si vous accepteriez de participer à un questionnaire concernant l'appropriation et la diffusion de la partie infectiologie de ce référentiel dans votre établissement. Cela vous prendra 5 à 10 minutes. Si vous n'êtes pas disponible tout de suite, nous pouvons convenir d'un rendez-vous téléphonique ultérieurement en fonction de vos disponibilités. Les résultats seront analysés de manière anonyme.

Passons aux différentes questions.

I. <u>Concernant votre profil</u>

1. Êtes-vous ? Un homme / Une femme

2. Quel âge avez-vous? … ans

3. Dans quel département exercez-vous votre profession?
□ 54
□ 55
□ 57
□ 88

4. Quel est votre statut professionnel ?
□ IDE
□ médecin : si médecin : êtes-vous médecin traitant de résidents? oui / non

5. Depuis quand exercez-vous la fonction de coordonnateur ? … ans

6. Exercez-vous une activité autre que celle de coordonnateur en EHPAD ? oui / non ; si oui, laquelle : libérale ? Hospitalière ?

II. <u>Concernant l'/les EHPAD dans lequel/lesquels vous intervenez</u>

1. Combien de résidents compte votre/vos établissement(s) ?

2. Les dossiers y sont-ils informatisés ? oui / non
Si oui : l'outil informatique est-il utilisé par les médecins intervenants ?
□ par tous

□ par certains
□ pas du tout

III. Concernant l'appropriation du guide

1. Avez-vous pris connaissance du guide de bon usage des médicaments en EHPAD ? oui / non.

Si oui : poursuite du questionnaire.
Si non : proposition d'envoyer le guide et de recontacter le coordonnateur ultérieurement.

2. Comment avez-vous pris connaissance du guide ? reçu par voie postale ? récupéré lors d'une séance de formation ? bouche à oreille ? site internet de l'ARS/Omedit/ANTIBIOLOR?

3. Possédez-vous le guide ? oui/ non

Les questions suivantes portent sur votre pratique :

4. Utilisez-vous le guide ? oui / non. Si oui, sous quelle forme l'utilisez-vous : électronique / papier / les deux ?

5. Comment jugez-vous le graphisme : Sur une échelle de 1 à 4 (1: Note la moins importante ; 4: Note la plus importante)

6. Comment jugez-vous le contenu : Sur une échelle de 1 à 4 (1: Note la moins importante ; 4: Note la plus importante)

7. Combien de fois par mois l'utilisez-vous ? … fois

8. Quels sont les thèmes pour lesquels le guide vous a particulièrement aidé ? (Deux réponses possibles) :

9. Les situations cliniques où l'antibiothérapie n'est pas recommandée

□ CAT en cas d'allergie

□ Sphère ORL et respiratoire

□ Sphère Uro-génitale

□ Sphère Digestive

□ Sphère Cutanée et inoculation

□ Vaccination

10. Utilisez-vous plutôt :

□ Les rappels cliniques

□ Les recommandations en antibiothérapie

□ Les deux

11. Donnez une note au guide (de 0 à 10) :

□ Sous forme papier : /10

□ Sous forme électronique : /10

IV. La Diffusion auprès des médecins intervenants

1. Est-il mis à disposition dans votre EHPAD ? oui / non
Si oui sous quelle forme: format papier ? format électronique? les 2 ?

2. Est-il utilisé dans votre EHPAD ?
toujours – souvent- parfois – jamais – je ne sais pas

3. Avez-vous organisé une formation/présentation du guide dans votre EHPAD ?

4. Pensez-vous que le guide sera utilisé ?

V. La séance de formation en infectiologie

Avez-vous participé à une séance de formation en antibiothérapie organisée par ANTIBIOLOR? oui / non
Si non : pourquoi ? trop éloigné de votre lieu d'exercice ? pas reçu d'invitation ? pas le temps ? pas intéressé ?

VI. Avez-vous des remarques ou suggestions d'amélioration à formuler concernant le guide dans sa globalité (forme et contenu) ?

En fin d'entretien :

Vous recevrez de la part de ma co-thésarde Mme Camille Valance, une grille d'audit, nous vous remercions de bien vouloir la compléter. Le but de l'audit sera d'évaluer l'amélioration des pratiques de prescription des ATB dans les EHPAD lorrains après diffusion du guide auprès des coordonnateurs.

Remerciements

Annexe 2

FORMATION DES COORDONNATEURS – COURRIEL D'INVITATION

Objet : A l'attention des médecins coordonnateurs lorrains: formation en antibiothérapie

Madame, Monsieur, Cher confrère,

Le réseau lorrain d'antibiologie Antbiolor a le plaisir de vous inviter à la réunion de formation en antibiothérapie qui va se dérouler le … de 14H30 à 17H00 à …

Cette formation interactive va se tenir à l'occasion de la sortie du guide de bon usage des médicaments en EHPAD. Nous débattrons sur la problématique des pathologies infectieuses et des thérapeutiques envisageables, avec les difficultés inhérentes aux personnes âgées.

Nous bénéficierons de l'expertise du Dr Sandrine Hénard infectiologue au CHU.

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire part de votre présence par simple retour de mail dans un souci d'organisation.

Dans l'attente de vous y retrouver, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos cordiales salutations.

Dr Jacques BIRGE Vice-président d'ANTIBIOLOR

Mr Zouhair BOUABID Thésard

Mme Christine Barthélémy Secrétaire du Réseau ANTIBIOLOR
Service de Maladies Infectieuses et Tropicales - Bâtiment des Spécialités Médicales Philippe Canton - CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois - Rue du Morvan - 54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex - Tél. 03.83.15.35.14 - Fax. 03.83.15.70.27

Annexe 3

QUESTIONNAIRE D'OPINION CONCERNANT L'APRÈS MIDI DE FORMATION EN ANTIBIOTHÉRAPIE

Madame, Monsieur,

Vous avez participé à la séance de formation en antibiothérapie qui s'est déroulée le … à … et nous vous en remercions.

Je suis interne de médecine générale et je prépare avec le Dr Jacques Birgé un travail de thèse intitulé «**Evaluation de la diffusion et de l'appropriation des coordonnateurs lorrains de la partie infectiologie du guide de bon usage des médicaments destiné aux *EHPAD* »**

Nous vous demandons de bien vouloir renseigner le questionnaire suivant, dont la durée approximative de remplissage en ligne est de trois minutes, afin de recueillir votre niveau de satisfaction et de connaître vos éventuelles suggestions dans le but d'améliorer le contenu et la forme des prochaines sessions.

En effet, plusieurs autres séances de formation sont prévues dans les 4 départements de notre région et votre participation permettra d'améliorer, nous l'espérons, les séances suivantes.

En vous remerciant.

Mr Bouabid Zouhair, thésard
Coordonnées: 06.51.41.26.41

*Obligatoire

I. Votre profil

1. Êtes-vous ? *

- ◯ Un homme
- ◯ Une femme

2. Quel âge avez-vous? *

3. Quelle est votre profession? *

- ◯ Médecin coordonnateur
- ◯ Médecin généraliste non coordonnateur
- ◯ Pharmacien
- ◯ IDE

4. Dans quel département exercez-vous votre profession? *
Un seul choix possible

- ◯ 54
- ◯ 55
- ◯ 57
- ◯ 88

II. Concernant la logistique

Comment jugez-vous: *

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Le jour de la semaine choisi	◯	◯	◯	◯
Le lieu de la présentation	◯	◯	◯	◯
Les horaires	◯	◯	◯	◯
La durée	◯	◯	◯	◯
La convivialité	◯	◯	◯	◯

III. Concernant le graphisme de l'exposé

Comment jugez-vous: *
Sur une échelle de 1 à 5 (1: Note la moins importante 5: Note la plus importante)

	1	2	3	4	5
La lisibilité	◯	◯	◯	◯	◯
La clarté	◯	◯	◯	◯	◯
La couleur	◯	◯	◯	◯	◯
La photo	◯	◯	◯	◯	◯
La typographie	◯	◯	◯	◯	◯
Le support choisi	◯	◯	◯	◯	◯

IV. Concernant le contenu

Comment jugez-vous: *

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
La clarté de la présentation	○	○	○	○
La pertinence de l'information et des explications	○	○	○	○
La qualité de l'échange entre les participants et les intervenants	○	○	○	○
Le rappel de la notion de résistance aux ATB	○	○	○	○
La clarté dans la description des situations cliniques	○	○	○	○
Le choix de l'antibiothérapie (indication, durée du traitement, posologie, voie)	○	○	○	○
La place des cas cliniques présentés dans l'exposé	○	○	○	○

V. Quels sont les thèmes pour lesquels le référentiel va particulièrement vous aider ?

2 réponses possibles *

- ☐ la vaccination
- ☐ les situations cliniques où l'antibiothérapie n'est pas recommandée
- ☐ la sphère urinaire
- ☐ la sphère pulmonaire
- ☐ la sphère digestive
- ☐ la sphère cutanée
- ☐ l'antibiothérapie en situation d'allergie

VI. Avez-vous des remarques ou suggestions d'amélioration concernant cet après-midi de formation?

VU

NANCY, le **10 mars 2017**

Le Président de Thèse

Professeur Céline PULCINI

NANCY, le **20 mars 2017**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9487

NANCY, le **23 mars 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Objectif : Evaluer la diffusion et l'appropriation de la partie infectiologie du guide de bon usage des médicaments destiné aux EHPAD par des coordonnateurs lorrains.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique descriptive transversale menée entre février et juin 2016 auprès des coordonnateurs d'EHPAD lorrains inscrits sur la liste de l'ARS Lorraine, interrogés prioritairement par voie téléphonique. 3 sessions de formation en infectiologie ont été organisées par le réseau lorrain d'antibiologie ANTIBIOLOR afin d'optimiser la diffusion et l'appropriation du guide, un questionnaire d'opinion était transmis par mail aux participants pour recueillir leur niveau de satisfaction.

Résultats : 133 des 173 coordonnateurs interrogeables ont répondu au questionnaire téléphonique, soit un taux de réponse de 77%. 95% des coordonnateurs étaient médecins, 5% IDEC. Parmi les 61% des coordonnateurs ayant une activité autre que la coordination, 65% avaient une activité libérale. 99% des interrogés connaissaient le guide au moment de l'enquête, 13% l'ont connu par le biais de l'enquête. 64% des coordonnateurs l'utilisaient en moyenne 6 fois par mois, 35% d'entre eux estimaient ne pas savoir la fréquence d'utilisation par les MT et 26% estimaient que des MT n'utilisaient jamais le guide. La note moyenne attribuée était de ¾, le thème jugé le plus utile était la sphère orl et respiratoire.70% des coordonnateurs interrogés avaient mis à disposition le guide au moment de l'enquête. Plus de la moitié des coordonnateurs pensaient que le guide sera utilisé à l'avenir. 44% d'entre eux avaient réalisé une présentation du guide aux MT intervenants. 61% n'avaient pas participé à une formation au moment de l'enquête, les arguments avancés étaient pour 33% un manque de temps et pour 26% un désintéressement. Plusieurs MC décrivaient une part des prescriptions induites sous la pression des familles ou du personnel soignant.

Les 3 sessions de formation ont réuni au total 66 participants, dont 74% de coordonnateurs (71% MC, 3% IDEC), majoritairement mosellans (48%). 86% d'entre eux se disaient satisfaits ou très satisfaits de la formation.

Discussion : La profession de coordonnateurs d'EHPAD connaît un turn-over important responsable d'un potentiel biais de recrutement durant notre enquête. Le recueil par voie téléphonique permettait de dialoguer avec l'interviewé et de l'éclairer au besoin, mais on a pu être confronté au biais de désirabilité sociale et aux différents barrages (secrétariat, équipes paramédicales). Les médecins non répondeurs justifiaient leur non réponse par un manque de temps, on peut se demander si il ne s'agissait pas de médecins ne connaissant pas le guide ou ne voulant pas s'impliquer dans l'étude.

La relation MC-MT joue un rôle primordial dans la mise à disposition du guide : une mauvaise entente, la multiplicité des prescripteurs et des logiciels informatique représentant un frein.

Conclusion : Le guide est connu et mis à disposition pour la majorité des coordonnateurs au moment de l'enquête, il reste cependant sous utilisé par les MT, seuls prescripteurs. Notre enquête action a permis de faire découvrir le guide à plusieurs coordonnateurs. Le rôle du MC est souvent flou et mal connu par les MT. Le manque d'interaction et de communication entre ces 2 protagonistes rendent difficile la présentation du guide et les enjeux de l'antibiothérapie en EHPAD. On a pu mettre en évidence le rôle potentiel du MC comme acteur du bon usage en ville car il est en contact étroit avec les MT des résidents et parce qu'une grande partie des MC ont une activité libérale. Former les équipes paramédicales et éduquer le résident ainsi que son entourage paraît être une nécessité par ailleurs.

TITRE EN ANGLAIS : Assessment of the diffusion and appropriation of the part related to infectiology from the drug user guide aimed at nursing houses by coordinators from Lorraine

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : diffusion, appropriation, antibiotiques, bon usage, EHPAD, coordonnateur, Lorraine

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex