



**HAL**  
open science

# Perceptions et rôles des professionnels de santé dans l'utilisation des antibiotiques en EHPAD : une étude qualitative

Guillaume Baronnet

► **To cite this version:**

Guillaume Baronnet. Perceptions et rôles des professionnels de santé dans l'utilisation des antibiotiques en EHPAD : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03806000

**HAL Id: hal-03806000**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806000>**

Submitted on 7 Oct 2022

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

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



## AVERTISSEMENT

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

Il 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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE  
2020

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

**Guillaume BARONNET**

Le 19 Octobre 2020

**Perceptions et rôles des professionnels de santé dans l'utilisation des  
antibiotiques en EHPAD : une étude qualitative**

**Membres du jury :**

Madame le Professeur Nelly AGRINIER

Présidente du jury

Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT

Juge

Madame le Docteur Corentine ALAUZET

Juge

Monsieur le Docteur Damien GONTHIER

Directeur de Thèse



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY

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

**Doyen de la Faculté de Médecine :  
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne  
Pr Laure JOLY**

**Assesseurs :**

*Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER  
*Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN  
*Troisième cycle* : Pr Laure JOLY  
*Formation à la recherche* : Pr Nelly AGRINIER  
*Relations Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*CUESim* : Pr Stéphane ZUILY  
*SIDES* : Dr Julien BROSEUS  
*Vie Facultaire* : Dr Philippe GUERCI  
*Etudiant* : Mme Audrey MOUGEL

**Chargés de mission**

*Docimologie* : Dr Jacques JONAS  
*Orthophonie* : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES* : Pr Mathias POUSSEL  
*Relations internationales* : Pr Jacques HUBERT

*Présidente du Conseil de la Pédagogie* : Pr Louise TYVAERT  
*Président du Conseil Scientifique* : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faiez ZANNAD

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Alain LE FAOU - Thierry MAY Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Paul VERT -Jean-Pierre VILLEMOT – Faiez ZANNAD

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY –

Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR –

Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

#### 3<sup>e</sup> sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –

Professeur Guillaume VOGIN

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

#### **48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)**

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

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)**

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY –  
Professeur Antoine KIMMOUN

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)**

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

##### **5<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine d'urgence*)**

Professeur Tahar CHOUIHED

#### **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Neurologie*)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –  
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Neurochirurgie*)**

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

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)**

Professeur Bernard KABUTH

##### **5<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)**

Professeur Jean PAYSANT

#### **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

#### **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Cardiologie*)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –  
Professeur Yves JUILLIERE -

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

#### **52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

##### **2<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

##### **3<sup>e</sup> sous-section : (*Néphrologie*)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

##### **4<sup>e</sup> sous-section : (*Urologie*)**

Professeur Pascal ESCHWÈGE - Professeur Jacques HUBERT

**53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>re</sup> 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

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

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Pédiatrie*)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -  
Professeur Cyril SCHWEITZER

**2° sous-section : (*Chirurgie infantile*)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3° sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

**2° sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3° sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66° Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53° Section, 3° sous-section : (*Médecine générale*)**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

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

**42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2° sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

**2° sous-section : (*Physiologie*)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section :** (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2° sous-section :** (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section :** (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

**2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>re</sup> sous-section :** (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

**2° sous-section :** (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

**3° sous-section :** (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK

**4° sous-section :** (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

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

**1° sous-section :** (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

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

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2° sous-section :** (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH

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

Docteur Thomas SCHWITZER

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

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

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

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3° sous-section :** (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4° sous-section :** (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

**52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section :** (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Anthony LOPEZ

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1° sous-section :** (*Pédiatrie*)

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

**4° sous-section :** (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Éva FEIGERLOVA

**5° sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section :** (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>e</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 7<sup>e</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

### 19<sup>e</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

### 63<sup>e</sup> Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

### 64<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

### 65<sup>e</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

### 69<sup>e</sup> Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### 53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

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 Würzburg (R.F.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

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 Présidente de Jury**

**Madame le Professeur Nelly AGRINIER**

Professeure des Universités d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Praticienne Hospitalière, École de Santé Publique

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Votre soutien, vos conseils avisés et votre disponibilité nous ont été très précieux tout au long de ce travail.

Soyez assurée, à travers ce travail, de nos remerciements et de notre plus profond respect.

**A notre Maître et Juge**

**Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT**

Maître de Conférences des Universités

Praticienne Hospitalière en éthique et droit de la santé

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Soyez assurée, par ce travail, de nos remerciements et de notre sincère respect.

**A notre Maître et Juge**

**Madame le Docteur Corentine ALAUZET**

Maître de Conférences des Universités

Praticienne Hospitalière en Bactériologie

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Je reste marqué par ton professionnalisme et ta joie de vivre. Ta bienveillance et ton enseignement ont largement contribué à mon intérêt pour les bactéries. Il me tarde de retrouver une collaboration et de travailler de nouveau avec toi.

Sois assurée, à travers ce travail, de nos remerciements et de notre plus grand respect.

**A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Monsieur le Docteur Damien GONTHIER**

Docteur en Médecine Générale

Je te remercie vivement d'avoir dirigé ce travail de thèse dont tu m'as proposé le sujet.

Tu as été un soutien indéfectible dans tous les moments qui ont jalonné la réalisation de ce travail. Tes conseils, ta bienveillance et ton sang-froid ont été un vrai moteur et resteront un exemple pour moi.

Sois assuré, par ce travail, de ma sincère gratitude et mon plus profond respect.

**Aux membres du personnel des EHPAD** qui ont accepté de participer aux entretiens. Ce travail n'aurait jamais été possible sans vous. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profonde gratitude.

**Aux Docteurs Albrecht, Birgé, Clauset, Kermad, Lamouille, Riff, Schivre.** Vous avez été mes maîtres de stage et m'avez inculqué les fondements et les saveurs de la Médecine Générale avec leurs subtilités pédiatriques et gynécologiques. Je n'oublierai pas vos enseignements et votre gentillesse. Recevez ici le témoignage de ma gratitude.

**Aux Docteurs Céline Robert, Roxana Genet et Zoé Cavalli.** Pour l'expérience merveilleuse que j'ai pu passer sous votre bienveillance. Je n'oublierai pas ce que vous m'avez apporté et ce que vous avez fait pour moi pendant mon internat. Recevez ici l'expression de ma gratitude.

**A toutes les équipes** qui m'ont toujours très bien accueilli et qui m'ont forgé lors de mes stages d'internat et de FFI : Le SAU de Forbach, l'HIA Legouest, service de Maladies Infectieuses et médecine polyvalente du CHR de Metz, au Laboratoire de Microbiologie du CHRU de Nancy et au service de Réanimation Polyvalente du CHR de Thionville. Merci.

**A toute l'équipe du service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHRU de Nancy.** Vous avez su m'accueillir et entretenir la passion qui me lie à ce métier. Je suis certain que vous allez continuer. Je vous en suis éternellement reconnaissant.

**Au Professeur Céline PULCINI,** pour avoir concrétisé mon rêve en acceptant que je rejoigne la grande famille des infectiologues. Voyez ici l'expression de mes sincères remerciements.

## **A ma famille**

**A mes parents.** Grâce à vous j'ai pu évoluer sereinement pendant ces années de médecine mais aussi pour une énorme partie de ma vie. Je ne saurais comment vous exprimer ma gratitude. Vous avez été d'un éternel soutien et toutes ces merveilleuses valeurs que vous m'avez inculqué me resteront gravées à jamais. Je vous aime tendrement.

**A ma sœur Angéline.** Nous avons partagé une grosse partie de notre vie, on partage la même passion pour le soin et nous allons continuer à partager plein de choses. J'en suis sûr. Je suis fier de ce que tu es devenue et j'ai hâte de découvrir la suite. Tout simplement merci.

**A mon frère Paul.** Notre belge d'adoption. Tu t'es découvert et épanoui, tout ce que j'espérai pour toi. Je suis fier de ce que tu es devenu et j'ai hâte de découvrir la suite. Tout simplement merci.

**A mon frère Antonin.** Une petite tête brûlée qu'on a envie de serrer dans ses bras. Je suis fier de toi et je suis impatient de découvrir la personne que tu vas devenir. Tout simplement merci.

**A ma famille Normande et Basque,** oncles, tantes, cousins, cousines. Vous m'avez fait découvrir les joies du travail manuel, des produits de la terre, des bonnes choses et de la vie de famille. Le vrai fil conducteur de mon enfance.

**A mémère Christiane.** Ne change pas, ne change plus. Tu es parfaite. Merci pour tout.

**A pépère Guy.** Je ne vais finalement pas te chercher des poux dans la tête, mais je reste dans le domaine des petites bêtes. Comme quoi, tu restes une de mes plus grandes sources d'inspiration. Repose-toi, tu l'as mérité.

**A ma belle-famille**, André, Slava, Lydie, Pierre, Valérie, Marie-Louise, Nora et Hristiyana. Vous êtes des forces de la nature et vous allez continuer à m'inspirer.

**A Marie**. Tu es à mes côtés depuis de nombreuses années et que cela dure encore. Nous avons partagé tellement de choses. Vivre à tes côtés est la plus belle chose qui me soit arrivée. Merci d'être celle que tu es. Ma meilleure amie, mon amour pour toujours. Je t'aime.

## **A mes amis**

**A mes amis du lycée** Manfred, Pumbaa et Dyson, Pauline et Rouxou (et le petit truc qui arrive), Lolo et Ragondin, Père Fouras, Monsieur Philibert et Anh Thu, Aude et Damien et Timothé. Tellement de belles choses avec vous. On s'accompagne et on s'épaule depuis de nombreuses années maintenant. Vous êtes mes piliers, un vrai cap à tenir. Que les choses perdurent pour de très nombreuses années.

**A mes heureux compagnons de médecine et d'ailleurs** Manon, Lorane, Sabrina, Thomas et Aurélien. De belles rencontres, de beaux moments. Ces années n'auraient pas été les mêmes sans vos petites trognes. Il faut que ça continue.

**A la Régine Team.** Les DU et autres séminaires de DESC ont eu une saveur particulière. Quelles aventures. Vous m'impressionnez et il me tarde de continuer ce petit bout de chemin avec vous.

**A Kim,** pour ton soutien, tes enseignements et ton sacré coup de squash. L'infectiologie n'aurait jamais été une possibilité sans toi. Merci pour tout.

**A Thomas,** mon éternel compagnon de P1. Inoubliable.

**A Gérard,** mon fillot. Quel courage de tout reprendre. Tu m'as beaucoup apporté. Merci.

**A mes co-internes,** de belles histoires, du partage et de la solidarité. Chaque semestre de nouvelles têtes et autant de belles personnes.

**A toutes les personnes que j'ai pu oublier** et qui font de cette aventure un vrai plaisir. Merci.

**A Matthieu.** Toujours. Partout. Tout le temps. Repose-toi mon ami.

## SERMENT

« **A**u 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 MATIERE

---

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	20
<b>INTRODUCTION</b> .....	21
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	25
Choix de l'étude.....	25
Echantillonnage .....	25
Recueil de données .....	26
Analyse des données.....	26
<b>RESULTATS</b> .....	27
1. Caractéristiques des établissements et des participants.....	27
2. Caractérisation du comportement de prescription antibiotique en EHPAD .....	28
2.1. La prescription d'antibiotique en EHPAD : le résultat d'un parcours de soins pluriprofessionnel.....	28
2.1.1. Le parcours de soin .....	28
2.1.2. Les conditions pour une collaboration pluri-professionnelle.....	28
2.1.2.1. Perception de son rôle dans le parcours .....	28
2.1.2.2. Savoir délimiter son champ de compétence .....	29
2.1.2.3. Construire une collaboration entre les acteurs .....	30
2.1.3. Le poids des normes et des croyances professionnelles dans ce parcours.....	30
2.1.3.1. Les normes dans les échanges .....	30
2.1.3.2. Le poids des croyances et représentations autour de l'antibiothérapie ....	31
2.1.4. La nécessité d'échanger sur la décision médicale pour s'améliorer .....	32
2.1.4.1. La prescription d'antibiotique est un acte médical reposant sur des données transmises par le personnel soignant de l'établissement.....	32
2.1.4.2. Une décision non partagée .....	33
2.2. La prescription antibiotique en EHPAD : une organisation spécifique soumise à des contraintes .....	<b>35</b>
2.2.1. EHPAD, une résidence pour une qualité de vie.....	35
2.2.2. Une population particulière.....	35
2.2.3. Une exigence de qualité .....	36

2.2.4. L'impact des contraintes organisationnelles sur l'exercice professionnel.....	36
<b>DISCUSSION</b> .....	38
1. Synthèse des résultats. ....	38
2. Un parcours de soin pluriprofessionnel dans une organisation sous contraintes .....	38
3. Pistes d'amélioration .....	43
4. Limites et forces de l'étude .....	44
<b>CONCLUSION</b> .....	46
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	47
<b>ANNEXE</b> .....	50

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

**AS** : Aide-Soignant(e)

**BLSE** : Beta-Lactamase à Spectre Etendu

**BMR** : Bactérie Multi-Résistante

**ECBU** : Examen CytoBactériologique des Urines

**EHPAD** : Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

**IDEC** : Infirmier(e) Coordinateur/trice

**L** : Lucratif

**MedCo** : Médecin Coordinateur

**NL** : Non Lucratif

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PROPIAS** : PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins

**PUI** : Pharmacie à Usage Interne

## INTRODUCTION

---

Selon l’OMS, la population mondiale âgée de plus de 60 ans devrait presque doubler entre 2015 et 2050, passant de 12% à 25% (ou 900 millions à 2 milliards) [1]. Les dernières prévisions statistiques populationnelles françaises estiment un doublement des personnes de plus de 75 ans d’ici à 2070 [2].

Dans les pays en développement, le nombre de personnes âgées associées à une perte d’autonomie devrait quadrupler d’ici à 2050 [3]. En 2015 en France hors Mayotte, 2.5 millions de séniors étaient en perte d’autonomie contre une estimation à 4 millions d’ici à 2050, représentant 16.4% des séniors (60 ans et plus) [4].

Les facteurs de risque d’institutionnalisation en EHPAD sont principalement les défauts d’entourage humain, un état de santé dégradé, un usage ou besoin d’aides facilitant la mobilité et plus encore d’aides pour les soins et traitements [5]. En 2015, à peine 2% de la population française âgée de 65 à 75 ans vit en institution contre près de 21% pour les plus de 85 ans [6]. De plus, moins de 20% des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile déclarent se sentir fortement limités dans les actes de la vie quotidienne depuis au moins six mois, contre près de 60% pour celles institutionnalisées [6].

La France accueille en 2015 près de 600 000 résidents en EHPAD et le nombre de place augmente de 2% environ par an. Une réforme de la tarification à la fin des années 1990 suivie de plans successifs de santé publique ont permis d’abord une transformation des anciennes maisons de retraites (ancienne dénomination qui regroupait les établissements hébergeant des personnes âgées indépendamment de leur dépendance) en EHPAD. S’en est suivi une augmentation progressive du nombre de places [7], résultat d’une prise de conscience gouvernementale de l’importance de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et d’une volonté d’établir l’EHPAD comme une réponse à la perte d’autonomie.

La population d’EHPAD est particulièrement soumise aux infections, en relation avec de nombreux facteurs de risque [8][9], à savoir :

- Facteurs de risque liés à la vie particulière en EHPAD (lieu de vie en espace confiné, faible personnel, programmes inadaptés de contrôle d’infections, faible compliance aux mesures d’hygiène).

- Facteurs de risque relatifs aux résidents (polypathologie prédisposantes, dépendance)
- Difficultés diagnostiques (présentation clinique atypique avec absence d'hyperthermie, prélèvements microbiologiques plus compliqués à effectuer et souvent contaminés par la flore locale et les examens complémentaires sont souvent moins contributifs)
- Polymédication
- Déficit immunitaire (immunosénescence, malnutrition et modifications anatomiques et physiologiques prédisposant aux infections)

Les personnes âgées sont trois fois plus sujettes aux pneumopathies aiguës communautaires et vingt fois plus sujettes aux infections urinaires que les jeunes adultes, et présentent une plus grande sensibilité aux infections liées aux soins. Enfin, la pharmacocinétique, les modalités d'administration et la tolérance des traitements subissent aussi des modifications drastiques. Cette population est souvent bien plus sujette aux insuffisances rénales entraînant un défaut d'élimination des antibiotiques, tolérant moins bien les thérapeutiques intraveineuses, présentant des effets secondaires plus marqués que les jeunes adultes et dont la réponse aux infections via une antibiothérapie est plus longue sans pour autant être moins efficace [9].

En 2016, un jour donné la prévalence de résidents en EHPAD avec au moins une infection s'élève à 2.93% en France, voire même à 3.01% dans la région Grand-Est. Les sites les plus fréquemment incriminés d'infections en EHPAD sont l'appareil urinaire (37%), les poumons (35%) et enfin la peau (25%) [10]. Dans cette même étude, la prévalence de résidents sous antibiothérapie s'élevait à 2.76%, sur la même population [10].

En Ehpads, les antibiotiques les plus utilisés sur ces populations sont les céphalosporines de 3ème génération, les pénicillines A et l'association amoxicilline-acide clavulanique [10] soit deux des trois antibiotiques dits "critiques" [11] et particulièrement pourvoyeurs de résistance bactérienne. Seulement 49 à 62% des antibiothérapies en EHPAD sont considérées comme appropriées, et source de résistance aux antibiotiques et ainsi d'une augmentation de morbi-mortalité avec une majoration du coût des soins [12]. On estime à 158 000 le nombre d'infections liées à une bactérie multi-résistante (BMR) en France, et responsables d'environ 12 500 décès par an [13].

Dans l'étude Prev'EHPAD [10], 13.3% des entérobactéries identifiées dans les infections urinaires chez des résidents un jour donné étaient capables de produire une betalactamase à spectre étendu (BLSE) et un quart (26.3%) des entérobactéries étaient résistantes aux céphalosporines de 3eme génération. La gestion de l'antibiorésistance en EHPAD est rapidement devenue un objectif de santé publique. C'est d'ailleurs dans ce contexte que le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes en France a développé le Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) en juin 2015 et dont l'objectif de prévention des infections associées aux soins concerne aussi le secteur médico-social, comprenant les EHPAD.

Dans un objectif de compréhension des mécanismes impliqués dans la prescription d'antibiotiques en EHPAD, des chercheurs se sont intéressés à la description des déterminants de l'antibiothérapie dans ce milieu particulier qu'est l'EHPAD. Une méta-analyse a compilé plusieurs de ces études et a permis de décrire les déterminants de l'antibiothérapie suivants [14] :

- Déterminants d'ordre contextuels à l'EHPAD comme le manque de ressources en EHPAD, les spécificités de la population résidant en EHPAD, les difficultés de diagnostic, la proximité avec les patients, ou encore la faible disponibilité du médecin pour les résidents de l'EHPAD.
- Déterminants sociaux comme la place centrale de l'infirmière et l'impact des demandes familiales.
- L'antibiorésistance, dans une moindre mesure, dont le fait d'y avoir été confronté peut impacter les comportements de prescription.
- Connaissances autour des infections et des antibiotiques
- Capacité des personnes souhaitant mettre en place un programme de bon usage des antibiotiques à adapter les pratiques des professionnels de santé.

La multiplicité des acteurs autour des résidents permet d'avoir une prise en charge globale mais présente aussi un inconvénient majeur, à savoir une diversité de comportements de prescription d'antibiotique. Le nombre de médecins prescripteurs par EHPAD est en moyenne de 11, avec des variations entre 1 et 68 prescripteurs par EHPAD [10], renforçant encore plus cette possibilité de diversité de comportement déjà présente.

Une personne âgée de plus de 60 ans en situation de dépendance peut bénéficier, avec son consentement, d'une prise en charge médico-sociale en EHPAD. Les principes fondamentaux de ces structures ont été largement précisés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en définissant les fondements et l'organisation de cette action, ainsi que les droits des usagers du secteur social et médico-social [15]. Cette loi permet, en outre, le développement de possibilités de coordinations et de coopérations entre les différents acteurs présents dans ces structures. Un des objectifs initiaux dans ce type d'établissement va être d'établir avec le résident un projet de soin personnalisé en collaboration avec un médecin coordinateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignantes, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux, et des personnels psycho-éducatifs [16]. Ce projet de soin proposera donc une prise en charge biopsychosociale globale faisant graviter de multiples acteurs autour du résident.

Tous ces acteurs gravitants autour d'un résident auront indéniablement des relations entre eux dans le cadre de la prise en charge infectieuse. Il nous a donc semblé intéressant d'exploiter, parmi tous les déterminants de l'antibiothérapie en EHPAD, plus particulièrement les dynamiques et interactions socioprofessionnelles.

L'objectif de cette étude était d'identifier et comprendre les rôles des personnels soignants en EHPAD et leurs interactions intervenants dans le comportement de prescription d'antibiotiques.

## MATERIEL ET METHODE

---

### **Choix de l'étude**

Une étude qualitative inspirée de la « grounded theory » [17] a été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de membres d'équipe de soin d'EHPAD lorrains. La méthode qualitative permet une approche globale des comportements, des perceptions ou encore des représentations des individus interrogés concernant le parcours de prescription d'un antibiotique en EHPAD.

### **Echantillonnage**

Une sélection des EHPAD initialement sans pharmacie à usage interne a été réalisée selon la méthode de l'échantillonnage théorique [17] issu de la « grounded theory » afin de garantir la plus grande diversité de caractéristiques des EHPAD. Cet échantillonnage a été réalisé à partir de différents critères définis a priori, à savoir le statut juridique de l'établissement (public, privé à but non lucratif ou privé à but lucratif), la taille de l'établissement (capacité de résidents) et la situation géographique (rurale ou urbaine). La sélection des professionnels interrogés a été réalisée selon la même méthode, visant aide-soignant, médecin coordinateur, infirmière coordinatrice et infirmière diplômée d'état.

Les EHPAD ont été sélectionnés tout d'abord par le réseau de connaissance de DG et GB puis par effet boule de neige en respectant les critères d'échantillonnage. En respectant les principes de la « grounded theory », les critères d'échantillonnage ont évolué en fonction des résultats des premiers entretiens. Ce principe explique la réalisation d'entretiens dans deux EHPAD avec une pharmacie à usage interne. Ce critère a été retenu a posteriori afin de respecter la méthode de la comparaison constante de la grounded theory et de confronter les premiers résultats d'analyse à des EHPAD où le rôle du pharmacien pouvait être différent dans la prescription d'antibiotique.

Les établissements ont été sollicités par l'intermédiaire de leur médecin ou infirmier coordonnateur. Un premier contact téléphonique ou par mail a été réalisé afin de présenter le cadre et l'objectif de l'étude.

## **Recueil de données**

Après avoir reçu un accord verbal de la part du directeur de l'EHPAD, les entretiens ont été effectués en tête à tête dans les locaux des différentes EHPAD. Les professionnels participants aux entretiens ont été choisis en fonction de leur disponibilité lors de la venue des enquêteurs sur place. Le consentement des participants pour l'enregistrement des entretiens sur dictaphone a été recueilli oralement avant chaque entretien. Les entretiens ont été anonymisés. Les participants pouvaient à tout moment arrêter l'entretien et s'opposer à l'utilisation des données issues de leur entretien.

Les entretiens ont été réalisés soit par un chercheur junior interne en médecine générale (GB), soit en binôme avec un chercheur médecin généraliste expérimenté en recherche qualitative (DG). Un guide d'entretien (Annexe 1) a été construit à partir des données de la littérature et d'observations recueillies auprès d'EHPAD lorrain en 2019. Ces observations ont été réalisées par DG dans le cadre d'un travail exploratoire dont l'objectif était de comprendre et d'identifier en quoi les interactions entre les différents professionnels de l'EHPAD pouvaient influencer ou non la prescription d'antibiotique. Le guide d'entretien a été ajusté aux résultats des premiers entretiens. Le recueil des données s'est arrêté après obtention de la saturation des données.

## **Analyse des données**

Une retranscription numérique mot à mot des entretiens a été effectuée par GB. Une analyse inductive [18][19] a été réalisée. Cette analyse a consisté en trois étapes. Un premier niveau de codage au plus proche des données du discours a été appliqué sur les retranscriptions. Ces codes ont été articulés entre eux pour faire émerger des catégories puis conceptualisées pour atteindre le troisième niveau de codage. Un double codage a été réalisé sur l'ensemble du processus d'analyse indépendamment par GB et DG afin d'effectuer une triangulation dans un objectif d'harmonisation.

Cette étude a été soumise aux critères COREQ [20] afin d'évaluer la qualité des rapports de recherche qualitative.

# RESULTATS

---

## 1. Caractéristiques des établissements et des participants

Ces entretiens ont duré entre 16 minutes 03 secondes et 49 minutes 23 secondes et les caractéristiques des établissements ainsi que des participants sont détaillées dans le tableau ci-après.

**Tableau :** Caractéristiques des participants

N°	Sexe	Age	Profession	Ancienneté de métier (années)	Ancienneté dans l'EHPAD (années)	Statut juridique	Milieu d'exercice	Capacité de résidents	PUI
1	F	43	IDE	1.5	0.5	Privé L	Urbain	80	Non
2	F	29	AS	3	0.5				
3	F		IDE			Public	Rural	162	Non
4	F	53	AS	25	25				
5	F	47	MedCo	10	3				
6	F	33	IDECo	3	2	Public	Urbain	43	Non
7	F	62	IDECo	1	1	Public	Rural	41	Non
8	F	45	IDECo	12	3				
9	F	30	AS	1.5	0.5				
10	F	54	AS	33	30	Public	Rural	250	Oui
11	F	30	AS	4	10				
12	F	45	IDE	7	7				
13	F	43	IDE	21	21	Privé NL	Urbain	139	Non
14	F	31	IDE	8	2				
15	F	39	AS	2	2				
16	F	32	IDECo	2	2	Public	Rural	37	Oui
17	F	27	IDE	4	1				

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat ; AS : Aide-Soignante ; MedCo : Médecin Coordinateur ; IDECo : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice ; L : Lucratif ; NL : Non Lucratif ; PUI : Pharmacie à Usage Interne

## **2. Caractérisation du comportement de prescription antibiotique en EHPAD**

### **2.1. La prescription d'antibiotique en EHPAD : le résultat d'un parcours de soins pluriprofessionnel.**

#### **2.1.1. Le parcours de soin**

Dans ce travail, la prescription d'antibiotique en EHPAD était perçue comme le résultat d'un parcours de soins où chaque acteur avait une place bien définie. Ce parcours pouvait être résumé par étapes : identification du problème de santé par l'aide-soignante en général, alerte à l'infirmière, évaluation par l'infirmière du problème de santé et analyse de la nécessité d'alerter le médecin, alerte du médecin, évaluation du problème par le médecin, évaluation de l'indication de prescription d'un antibiotique, évaluation de la disponibilité et sécurité de l'antibiotique, délivrance et surveillance de l'efficacité du traitement par l'aide-soignante et l'infirmière, évaluation de la nécessité de mettre en place des mesures sanitaires de prévention de l'infection au sein de l'EHPAD.

Ce parcours nécessitait l'implication de différents acteurs autour du résident (professionnels de santé de l'établissement extérieurs à l'établissement, de sa famille) et la création d'échange d'informations sur l'état de santé du résident entre ces acteurs.

#### **2.1.2. Les conditions pour une collaboration pluri-professionnelle**

En interrogeant les participants, la mise en place de ces étapes du parcours nécessitait tout d'abord de savoir identifier son rôle dans ce parcours puis de savoir délimiter son champ de compétences et enfin construire une collaboration avec d'autres acteurs aux compétences différentes.

##### **2.1.2.1. Perception de son rôle dans le parcours**

Chaque professionnel interrogé avait une perception de son rôle dans le parcours de prescription. Ce rôle était perçu comme plus ou moins proche de la décision de prescription.

Ce rôle semblait inscrit dans leur référentiel de compétence professionnel.

Pour l'aide-soignante, son rôle était d'être proche du résident et de sa famille, de connaître ses habitudes pour mieux identifier et alerter sur un problème de santé. Son rôle pouvait être

décrit comme celui d'ambassadeur du résident (2 « *Eh bien déjà c'est nous qui sommes au plus proche des résidents donc c'est nous qui décelons tout de suite s'il y a une pathologie quelconque qui apparaît ou si la personne est dans un état de santé un peu moins bien que d'habitude. Donc c'est nous qui allons déjà le signaler à l'infirmière* »).

Pour l'infirmière, son rôle était de pouvoir analyser le problème de santé, d'identifier les tâches à réaliser (prendre une température, évaluer le degré d'urgence) avant d'alerter le médecin (17 « *si c'est quelqu'un qui vient à faire souvent des fausses routes on va s'orienter vers une infection pulmonaire ou autre. Après je veux dire si les urines sentent fort ou si elles sont très foncées ou troubles on va faire un prélèvement et là on verra et ce sera urinaire.* ») (3 « *Si c'est une urgence avec désaturation, on appelle directement, sinon ça peut attendre un jour, deux jours, ça dépend.* »).

Pour l'infirmière coordonnatrice, son rôle était de s'assurer de la disponibilité de l'antibiotique, de la sécurité d'administration et du respect des règles de délivrance et de surveillance du traitement (6 « *Concrètement moi je visualise qui est sous antibiotique, je peux donner des préconisations à mes équipes, en disant « voilà, faites attention », par rapport aux histoires d'isolement ou autre.* »).

Pour le médecin coordonnateur, son rôle était d'identifier un problème infectieux nécessitant la mise en place de mesures particulières (isolement, alerte des médecins traitants d'autres résidents) ainsi que la logistique entourant l'antibiotique (5 « *On remet les procédures en œuvre, on vérifie pour qui on est censé les écraser, si c'est à bon escient, réécrit les protocoles avec la pharmacie.* ») (5 « *Moi je définis le stock d'urgence par exemple, le stock tampon, donc ça va avoir un impact sur les antibiotiques du stock tampon par exemple.* »).

Concernant les familles, ces mêmes professionnels ne leur identifiaient aucun rôle particulier dans la prescription d'un antibiotique.

#### 2.1.2.2. Savoir délimiter son champ de compétence

Pour les professionnels interrogés, il était important de savoir délimiter leur champ de compétence dans ce parcours. Délimiter son champ de compétence permettait d'orienter la suite de la prise en charge vers le professionnel le plus apte à réaliser ces tâches.

Son champ de compétence pouvait être imposé par le fonctionnement de l'EHPAD mais devait aussi entrer dans le fonctionnement du professionnel. Le professionnel devait savoir ne pas dépasser son champ de compétence réglementaire, connaître la place des autres

professionnels dans le parcours et ne pas glisser vers d'autres tâches. (4-AS « *Ben on nous a dit qu'on était pas médecin et qu'on a pas le droit de poser un diagnostic. C'est ce qu'on nous a dit. C'est nos cadres qui nous ont dit ça. Après c'est vrai qu'on a pas le droit de poser un diagnostic.* »)

### 2.1.2.3. Construire une collaboration entre les acteurs

Les échanges entre professionnels étaient très standardisés, suivant un schéma bien rôdé de type pyramidal et linéaire sans shunt, dès lors que l'on parle d'un évènement infectieux chez un résident.

Ces échanges s'effectuaient principalement entre l'aide-soignante et l'infirmière, et entre l'infirmière et le médecin avec possibilité pour l'infirmière coordinatrice de se substituer à l'infirmière. Seule l'implication du médecin coordinateur dans la prise en charge d'un résident différait sensiblement d'un établissement à l'autre, dépendant principalement de sa capacité à se substituer au médecin traitant et de sa représentation de son rôle de prescripteur. Un médecin coordinateur issu d'une pratique hospitalière semblait plus interventionniste en termes de prescription antibiotique qu'un médecin coordinateur issu d'une pratique libérale. Toutes les participantes s'accordaient à dire que les interactions entre les aides-soignantes et le médecin traitant étaient anecdotiques (6 « *Peut être un peu moins que nous. Ça peut leur arriver. Si par exemple on me pose une question que je ne connais pas, je fais venir l'aide-soignante et elle vient en direct expliquer au médecin. Mais ce n'est pas elles qui ont un contact particulier avec eux.* ».)

Du fait du caractère imprévisible d'un évènement infectieux, aucun temps d'échange spécifique n'était prévu dans l'organisation des EHPAD, et ceux-ci se faisaient au fil de la journée. Spontanément pour les échanges entre membres du personnel et dépendant principalement de la disponibilité du médecin traitant pour les échanges avec celui-ci.

Ces échanges étaient perçus comme une marque d'intérêt du médecin pour son patient.

## 2.1.3. Le poids des normes et des croyances professionnelles dans ce parcours

### 2.1.3.1. Les normes dans les échanges

Les perceptions de la hiérarchie dans les EHPAD étaient une réalité pour tous les professionnels. Elles étaient établies principalement par le niveau d'étude, la perception de la quantité de connaissances et la sensibilité au prestige de la profession des uns et des autres.

Cette hiérarchisation avait pour effet d'influencer les relations entre les professionnels, à savoir une relation perçue comme horizontale entre les aides-soignantes et les infirmières, et des relations plus déséquilibrées entre aides-soignantes/infirmières d'une part, et médecin/infirmière coordinatrice d'autre part. (3 « *A aucun moment je pourrai me permettre de dire "je suis au-dessus de toi donc tu écoutes ce que je dis". C'est inenvisageable.* »). Les relations hiérarchiques étaient finalement perçues de façon plutôt pyramidale de type aides-soignantes/infirmières – infirmières coordinatrices – médecin traitant/médecin coordinateur. L'infirmière coordinatrice restait la supérieure hiérarchique des aides-soignantes et infirmières, tout en ayant la possibilité de se substituer à elles et en ayant des relations perçues comme plus équilibrées avec les médecins traitants et coordinateurs.

L'effet générationnel concernant la disponibilité du médecin venait cependant nuancer ce déséquilibre avec la perception de relations de meilleure qualité entre le personnel de l'EHPAD et les médecins traitants qualifiés de jeune génération, considérés comme plus abordables et plus ouverts au dialogue. (4 « *Maintenant ce sont des jeunes médecins parce qu'au début c'était un vieux médecin et nous on était de la [censuré : insulte].* »).

#### 2.1.3.2. Le poids des croyances et représentations autour de l'antibiothérapie

L'intégralité du parcours de prescription d'un antibiotique faisait intervenir différents professionnels qui avaient, pour chacun d'entre eux, des représentations de l'antibiothérapie associée à des croyances qui différaient selon les individus, modifiant profondément leurs comportements dans la totalité de ce parcours.

Cette représentation de l'antibiothérapie qu'ont les professionnels était soumise à plusieurs facteurs l'influençant comme :

Les expériences professionnelles vécues (12 « *J'ai travaillé avec des médecins où ils ne donnaient presque jamais d'antibiotiques. Parce qu'ils étaient contre. Ils préféraient utiliser d'autres systèmes. C'était vraiment la dernière limite.* »),

Leurs expériences issues de la sphère privée (8 « *Non non on n'est pas des surhumains, et je ne m'auto-médique plus. (Rires) Ça n'a pas marché la dernière fois donc non, c'est fini. Donc les antibiotiques je me réfère à mon médecin traitant. Je ne gère plus ça personnellement. Très mauvaise expérience.* »),

Leurs connaissances aussi bien issues de leur formation que leurs recherches personnelles (7 « *C'est vrai que les utiliser quand vous avez une grippe ou quelque chose comme ça c'est complètement inutile.* »),

Leurs représentations des infections (3 « *Une infection urinaire je trouve que c'est moins grave qu'un encombrement bronchique. Je ne sais pas. Pourtant il y a les mêmes risques de choc septique derrière mais je ne sais pas (Rires).* »),

Leurs représentations de la puissance de l'antibiotique et de sa capacité à résoudre le problème clinique qui se présente (8 « *On se dit toujours un antibiotique c'est \*siffle en montant la main en signe de « top »\*, le paracetamol ça ne fait rien.* »),

Ou encore leurs appréciations personnelles de la pertinence de la prescription (14 « *Désolé mais des fois des médecins prescrivent d'office des antibiotiques, alors qu'il n'y a pas vraiment une nécessité euh... des plus importante quoi.* »).

La vision qu'ont les professionnels de l'antibiothérapie était elle aussi influencée par leurs propres croyances (3 « *Si il y a d'autres solutions plus saines [que d'utiliser un antibiotique] par exemple l'hyperhydratation* ») (7 « *Régulièrement il avait sa bronchite, c'est nécessaire il fallait mettre les antibiotiques pour agir si vous voulez.* »)

#### **2.1.4. La nécessité d'échanger sur la décision médicale pour s'améliorer**

Les professionnels interrogés exposaient tous les mêmes constats : la prescription antibiotique relevait de compétences médicales, résultant d'une prise en charge pluridisciplinaire, et dont la décision n'est pas partagée.

##### **2.1.4.1. La prescription d'antibiotique est un acte médical reposant sur des données transmises par le personnel soignant de l'établissement**

La décision d'une prescription antibiotique en EHPAD était la réponse formulée à une sollicitation du médecin par le personnel de l'établissement. Le pouvoir de prescription de l'antibiotique étant réservé au médecin, le personnel et le résident étaient dépendants de son expertise, fruit d'un raisonnement qui lui était propre. Les professionnels interrogés percevaient néanmoins la décision du médecin comme dépendante des données fournies par l'équipe. La prise en compte par le médecin de l'analyse du problème du résident par l'équipe était un signe de qualité du médecin.

S'installait dans le même temps un échange, sorte de négociation entre le médecin et l'infirmière, dont les conditions dépendaient de plusieurs facteurs, à savoir :

L'investissement de l'infirmière dans cette prescription (3 « *Je ne prendrai pas l'initiative de moi-même. "On pourrait essayer ça, ou ça ?" (Rires). DG: Alors que vous pensez vraiment que ça pourrait être utile? 3: Je pense. Oui. »*),

La perception de l'importance de son avis (8 « *Il a besoin de mes informations pour pouvoir faire sa prescription, en fait voilà. »*),

La confiance de l'infirmière dans sa propre expertise (3 « *je ne me fais pas assez confiance en connaissances médicales pour oser contredire ou même échanger là-dessus, sur un traitement mis en place chez une patiente ou un patient. »*),

La représentation hiérarchique de la relation,

La confiance perçue dans l'expertise médicale (7 « *ce sont nos médecins qui les prescrivent donc on leur fait tout à fait confiance. »*),

La disponibilité du médecin et sa capacité de communication (15 « *Il y a quand même des médecins de ville avec qui on a des difficultés... Déjà à les joindre, à ce qu'ils ne viennent rien que pour les renouvellements d'ordonnance donc euh... Alors ceux-là c'est systématique qu'on voit directement avec le médecin Co. On n'essaye même pas de les appeler. »*) (17 « *Oh oui ça, vraiment on n'a pas à se plaindre. On est vraiment avec des médecins qui sont très ouverts. »*).

Une fois la décision prise, le choix de l'antibiotique était déterminé grâce aux informations de l'équipe et principalement de leur connaissance du dossier médical du résident, mais à la discrétion du médecin prescripteur.

#### 2.1.4.2. Une décision non partagée

Une fois la décision de prescription d'antibiotique prise et le choix de la molécule effectué, les équipes déplorait une absence régulière de partage de cette décision, tant sur l'absence de communication du médecin (13 « *Pas forcément. On ne l'a pas toujours. A part dans les infections urinaires ou forcément avec l'antibiogramme de l'ECBU ben, voilà, on sait pourquoi... Quel antibio... Enfin cet antibiotique là et pas un autre, maintenant non. »*), que sur l'éventualité du caractère inapproprié de la prescription (12 « *Elle ne va pas aller chercher autre chose. Et on sait tous que derrière si vous prescrivez des antibiotiques, c'est très limité, on ne va plus chercher grand-chose après. »*). La prescription était vécue comme un acte

d'autorité envers le personnel (8 « *Ben le médecin il me dit que c'est une bronchite, je le mets sous antibiotique, moi je suis infirmière ben voilà, je le note et je me dis « Tiens c'est tout ». »*).

Le personnel éprouvait le besoin de discuter cette prescription principalement dans un but :

De formation continue (7 « *Ecoutez : Mr ou Mme « Untel », le traitement antibiotique a été mis en route, même citer le nom de l'antibiotique ça leur permet d'avoir une connaissance. »*),

D'obtenir une reconnaissance de la part du médecin (7 « *L'aide-soignante elle sera satisfaite de voir ce que... son élément porteur, la petite mamie qui se lève souvent aux toilettes, ben ça entrainera quelle conséquence, le fait de faire l'examen, d'appeler le médecin parce que naturellement il y a un souci à côté, mais elle aussi elle sera au courant de ce qu'il s'est passé, que ça ne reste pas néant. »*),

Ou d'adapter leur prise en charge en lien avec les conséquences associées à une antibiothérapie (4 « *Pour que justement on prenne des précautions. On ne va pas voir des gens comme ça sans savoir ! »*).

Ce partage d'information était perçu comme prenant place intégrante dans la qualité de la prise en charge d'un résident, et l'absence de discussion de cette prescription était vécue comme un acte d'autorité de la part du médecin prescripteur. (9 « *GB : D'accord. Donc il n'y a pas de temps d'échange avec les médecins ? - 9 : Non. Je trouve ça même dommage parce que je pense que ça pourrait améliorer ben au niveau de nos soins. Ils pourraient nous apporter peut-être certaines choses mais bon. C'est comme ça. »*)

Les équipes se faisaient par conséquent leur propre justification de la prescription d'antibiotique (2 « *Parce que dans ce cas-là, si la personne à un antibiotique c'est que c'est déjà quelque chose qui euh... c'est nécessaire, c'est qu'elle en a besoin. »*).

## **2.2. La prescription antibiotique en EHPAD : une organisation spécifique soumise à des contraintes**

### **2.2.1. EHPAD, une résidence pour une qualité de vie**

L'EHPAD était perçu comme un lieu de vie et non pas un lieu de soin. L'établissement devait s'organiser pour conserver la qualité de vie des résidents en laissant une place à la famille et aux proches. (5 « *on retrouve une qualité de vie parce que la base de tout ça c'est que l'EHPAD c'est un lieu de vie. Le soin devrait être anecdotique donc il faut se battre pour ça.* »)

L'antibiotique était perçu comme à la fois un moyen de conserver mais aussi comme un traitement qui altère cette qualité de vie. En effet, l'antibiothérapie était perçue comme indispensable pour gérer une épidémie au sein de l'EHPAD et pour répondre rapidement aux symptômes du résident. Mais du fait de la présence d'effets secondaires et des contraintes liées aux modalités de prise des traitements, la qualité de vie du résident et de sa famille pouvait en être diminuée.

### **2.2.2. Une population particulière**

En EHPAD, les résidents étaient décrits comme très fragiles, vulnérables et présentant des comorbidités importantes. L'antibiothérapie était perçue comme une réponse compte tenu de cette fragilité mais avec la nécessité de s'adapter. De plus, du fait de la présence de troubles cognitifs, l'identification des problèmes de santé est plus complexe avec la reconnaissance d'une plus grande incertitude diagnostique. (15 « *Ça dépend de... Du degré de la maladie en fait aussi c'est... Vous avez une plainte, vous avez les gens qui se plaignent tout le temps et en fait c'est le jour où ils ne se plaignent pas qu'on s'inquiète. Donc c'est un peu difficile à déceler le vrai du faux en fait. Ce matin j'ai une résidente « j'ai mal au pied » et elle me montre là \*montre l'hypochondre droit\*.* »)

La famille du résident faisait partie intégrante de sa prise en charge. Il était perçu comme fondamental de maintenir une qualité d'échange avec les familles malgré les difficultés rencontrées sans pour autant dénaturer sa prise en charge. Initialement source de connaissance des habitudes du patient, les familles évoluaient ensuite comme possible ambassadeur de l'état de santé du membre de leur famille. Les équipes finissaient même jusqu'à se placer comme un élément indispensable dans la relation famille-résident. (11 « *Je dirai que nous, on*

*les connaît... Les résidents on les connaîtrait mieux que leur famille presque. Parce qu'on est tout le temps là quoi. Des fois leur donner peut-être des petits trucs pour euh... Parce que nous ils sont désorientés complètement, qu'il y ait plus d'accroches entre eux. Mais autrement, non ça ne change rien. »).*

### **2.2.3. Une exigence de qualité**

Maitriser une infection était perçu comme une obligation en EHPAD, de façon globale par l'ensemble du personnel mais plus particulièrement par les infirmières coordinatrices, étant donné le caractère collectif du lieu de vie dans lequel évoluaient les résidents. Les échanges et contacts entre résidents et avec l'extérieur faisait de l'EHPAD un lieu propice à la propagation des maladies infectieuses dans une population vulnérable. La principale difficulté résidait dans cette maîtrise de l'infection tout en respectant le lieu de vie que représentait l'établissement. L'antibiotique pouvait selon certains professionnels représenter l'outil de maîtrise de l'infection en général et la prévention de la dissémination de l'infection au sein de l'EHPAD.

La traçabilité était omniprésente au sein de la structure et s'appliquait à tous les professionnels intervenant auprès d'un résident, gage d'une qualité de prise en charge et de communication. (7 « *C'est pour ça qu'il faut qu'on coche notre traitement quand il a été donné, pareil pour les antibiotiques c'est coché, c'est bien notifié sur la feuille de traitement, de telle date à telle date. Ce sont des choses qui doivent être rigoureuses dans un établissement parce qu'après on peut laisser et donner à n'importe qui à ce moment là.* »)

Se coordonner pour mettre en place cette qualité relevait des compétences des infirmières et médecins coordinatrices, sous réserve d'une implication de l'ensemble des acteurs de l'EHPAD et d'un investissement professionnel sous-estimé par la population (5 « *Donc là moi je suis à 70% ce qui est à peine suffisant pour moi pour 170 lits, répartis en 2 bâtiments.* »)

### **2.2.4. L'impact des contraintes organisationnelles sur l'exercice professionnel**

Au fil des entretiens et malgré l'expression d'une certaine cohésion qui régnait au sein des équipes, une véritable souffrance s'exprimait par l'intégralité des professionnels de l'EHPAD. Cette souffrance était centrée sur le manque de personnel affectant à la fois leur qualité de vie au travail et la qualité des soins prodigués aux résidents. (4 « *Les gens sont beaucoup dépendants et si on veut vraiment prendre du temps avec eux on n'a pas le temps. Ou alors on fait à la va-vite quoi.* »)

La question du besoin de réhumaniser les soins était aussi soulevée devant des pratiques alourdies de formalités administratives et de l'exigence de traçabilité/qualité vécue comme un poids. (17 « *oui pour la prescription parce que comme nous on a le logiciel il faut impérativement qu'il y ait les prescriptions [dans le logiciel] pour que la pharmacie nous délivre ce qu'il nous faut.* »)

Le manque de disponibilité du médecin traitant et le manque d'interactions entre celui-ci et l'équipe de soins dans certaines situations justifiaient selon plusieurs professionnels interrogés un glissement de tâches. Ce glissement de tâche des médecins traitants vers les infirmières concernait des actes diagnostiques, thérapeutiques et surtout de surveillance et de réévaluation des traitements antibiotiques. (14 « *Il nous dit « Si jamais la fièvre ne retombe pas, si elle est toujours prise au niveau des bronches, eh bien vous lui [l'antibiotique] donnez quoi ». C'est là que nous on évalue et on lui donne.* »).

# DISCUSSION

---

## **1. Synthèse des résultats.**

Dans cette étude, la prescription d'antibiotiques en EHPAD apparaît comme le fruit d'une démarche pluriprofessionnelle, dans un parcours de soin bien défini où chaque professionnel de santé identifie son propre rôle, ses propres compétences ainsi que le rôle de ses collègues, de façon à établir des relations et des échanges indispensables pour une prise en charge adéquate en contexte infectieux. Ces mêmes échanges sont largement influencés par des normes sociales et des croyances très fortes, suivis d'une décision relative à une éventuelle antibiothérapie qui est issue d'un processus diagnostique médical dépendant des représentations cliniques et paracliniques de chacun des acteurs, et vécue comme globalement non partagée par les professionnels de l'EHPAD. Le résident évolue finalement dans son lieu de vie au sein d'une organisation contrainte faisant intervenir deux mondes sociaux que tout oppose ou presque : le modèle médical libéral et le modèle institutionnel de l'EHPAD, qu'il est donc nécessaire de coordonner afin de répondre à la fois aux demandes du résident, mais aussi aux attentes des différents acteurs intervenant dans la prise en charge.

## **2. Un parcours de soin pluriprofessionnel dans une organisation sous contraintes**

Dans cette étude, la décision de prescrire un antibiotique ou non en EHPAD était décrite par les participants comme le résultat d'un processus où intervenait de multiples acteurs aux compétences spécifiques. Ce processus pourrait être mis en perspective avec le processus de raisonnement diagnostique Charlin B. et al. (2012) [21]. Pour ces auteurs, le raisonnement diagnostique qui aboutit à une décision était construit par étapes : la représentation initiale du problème de santé, la représentation dynamique du problème de santé puis une représentation stabilisée du problème de santé présenté par un patient. Ces étapes sont elles-mêmes influencées par des éléments internes au professionnel tels que ses connaissances, ou ses compétences, et des éléments externes aux professionnels tels que la littérature scientifique, les informations du patient ou les informations récoltées par d'autres intervenants dans la prise en charge. Pour finir, ces étapes sont influencées par un contexte de soins.

Dans cette étude, en EHPAD, la décision de prescription d'antibiotique ou non était le résultat d'un processus cognitif d'un prescripteur médecin mais influencé par des informations

récoltées d'autres professionnels et famille dans un contexte de soins au fonctionnement particulier. Dans le processus de décision d'une prescription d'un antibiotique, ces différentes phases peuvent être décrites en y associant le rôle de chaque acteur :

- une représentation initiale d'un problème pouvant englober l'identification du problème de santé et l'alerte à l'infirmier,
- représentation dynamique pouvant englober l'évaluation par l'infirmier du problème de santé, l'analyse de la nécessité d'alerter le médecin, l'alerte du médecin, l'évaluation du problème par le médecin, l'évaluation de l'indication de prescription d'un antibiotique, l'évaluation de la disponibilité et de la sécurité de l'antibiotique
- une représentation finale d'un problème pouvant englober la délivrance et la surveillance de l'efficacité du traitement, l'évaluation de la nécessité de mettre en place des mesures sanitaires de prévention de la diffusion de l'infection au sein de l'EHPAD.

Ainsi, si l'on résume l'implication des différents acteurs à travers ce processus de raisonnement clinique en fonction de la représentation qu'ils font de leur propre rôle et de celui de leurs collègues, appliqué à un problème d'ordre infectieux :

- Les aides-soignants ont un véritable poids en début et en fin de processus. Tout d'abord lors de la représentation initiale d'une suspicion d'infection grâce à leur proximité avec le résident leur permettant d'identifier les premiers indices en faveur d'un diagnostic d'infection, puis de le rapporter aux infirmiers en prenant le rôle d'ambassadeur de l'état de santé du résident. Ensuite lors de la représentation finale, plus particulièrement au niveau de l'évaluation de la thérapeutique mise en place par le médecin (médicamenteuse ou non) grâce à cette même proximité leur permettant d'identifier d'éventuels effets indésirables ou une éventuelle dégradation de l'état de santé du résident. Le poids de leur action était en revanche très limité dans la représentation dynamique du problème infectieux. Ce rôle a été identifié par Richards C.L. (2006) [22] et a même fait l'objet d'actions visant le bon usage des antibiotiques.
- Les infirmiers quant à eux apportaient leur contribution sur l'ensemble du processus de raisonnement clinique, à savoir sur la représentation initiale, dynamique et finale d'un problème infectieux grâce à leur rôle pivot au sein de l'organisation de l'EHPAD. Ils avaient en outre un impact plus important lors de la représentation dynamique d'un problème infectieux étant donné leur rôle d'alerte auprès du médecin traitant du résident, leur capacité à échanger avec lui et leur capacité à organiser et

hiérarchiser les représentations des ambassadeurs pour déterminer la nécessité et l'urgence d'alerter le médecin traitant. Leur impact sur la représentation initiale était néanmoins plus faible que celui des aides-soignants du fait d'une moindre proximité avec les résidents. Ce rôle central de l'infirmier a bien été décrit par Fleming A. et al (2015) [14] dans une méta-analyse d'études qualitatives sur les déterminants de l'antibiothérapie en EHPAD, qui a surtout mis en avant que la communication entre médecins traitants et infirmiers était dépendante de la confiance des uns envers les autres. Notre étude a permis d'identifier d'autres conditions nécessaires à la communication entre ces deux catégories de professionnels comme l'investissement de l'infirmier dans la prescription, la représentation hiérarchique de la relation, la disponibilité du médecin et sa capacité de communication et la perception de l'infirmier de l'importance de son avis.

- Les infirmiers et médecins coordinateurs intervenaient de façon indirecte dans ce processus en coordonnant les différents acteurs entre eux et en veillant au bon déroulement du parcours de soin du résident avec l'accent mis sur la qualité des soins, la traçabilité et la transmission des informations, la sécurité du médicament, du résident et du personnel de l'EHPAD, grâce à leur capacité à prendre du recul par rapport aux soins.
- Les familles avaient un impact notamment au niveau de la représentation initiale. Elles étaient décrites éventuellement comme ambassadeur de l'état de santé de leur parenté, mais n'influençant en aucune façon le comportement des soignants conduisant à la prescription d'antibiotiques. Ces données contrastaient avec plusieurs études [14][23] qui retrouvaient un impact fort des familles sur ce parcours de prescription avec néanmoins une diversité selon les pays.

En association avec le rôle perçu de chaque professionnel, notre étude met en avant l'importance pour le personnel de savoir délimiter son champ de compétences, ce que sous-tend l'étude de Marquier R. et al. (2016) [24]. Le fait de prescrire un antibiotique sans l'accord du médecin traitant [14] n'était en revanche pas identifié dans notre étude, du fait d'une forte volonté de ne pas effectuer de glissement de tâches entre médecins et infirmiers pour la prescription médicamenteuse. En revanche, le glissement de tâches autre que celle de prescrire un antibiotique était vécu comme une nécessité pour répondre aux contraintes organisationnelles de l'EHPAD.

Nous mettons en lumière l'impact fort des normes sociales sur les relations entre les professionnels avec l'identification de relations de type pyramidales et linéaires. Les études de Marquier R et al. (2016) [24] et de Fleming A. et al. (2015) [14] viennent renforcer cette description en accentuant même les représentations hiérarchiques entre infirmiers et aides-soignants. En effet, la division morale du travail décrite dans ces études est plus marquée que dans la nôtre. De plus, les relations entre médecin traitant et infirmiers/aides-soignants sont marquées par une forte représentation hiérarchique, et probablement par un déterminant contextuel, à savoir le médecin traitant qui n'exerce pas au sein de la structure, venant majorer cette perception de distance déjà présente. C'est ce que théorisent Fleming A. et al. (2015) [14]. Bien que cette perception de distance soit retrouvée dans notre étude, elle n'était vécue comme problématique que pour certains participants. Nous expliquons cette différence par la sollicitation du médecin coordinateur en tant que prescripteur par les autres membres de la structure, pour sursoir au manque de disponibilité du médecin traitant. La difficulté réside ici dans la nécessité de faire coïncider deux mondes sociaux que tout oppose ou presque en apparence, et qui transparait de notre étude. Le médecin traitant d'un côté baignant dans les contraintes et avantages d'un monde libéral, et le personnel de l'EHPAD évoluant dans une organisation structurelle propre à l'EHPAD. Il y a une inversion fondamentale du parcours de soin d'un résident : depuis la petite enfance jusqu'à l'institutionnalisation, le parcours de soin est organisé de façon à avoir un patient qui navigue entre les médecins, spécialistes, et paramédicaux dans un objectif de soin. Cette première organisation permet de répondre, pour les intervenants de la santé, aux exigences de performance et d'efficacité face à la forte demande, et pour le patient de rester acteur de sa santé. Alors qu'en EHPAD, du fait de la dépendance des résidents, ce sont les structures qui sont bâties autour du résident et les ressources qui viennent à lui, gravitent autour de lui, et lui apportent les soins. Ce qui peut expliquer en partie des difficultés de communication entre les deux mondes.

En plus des spécificités de la structure, nous mettons en avant dans cette étude les spécificités de la population. Le médecin et le personnel de l'EHPAD évoluent dans un monde d'incertitudes. En raison de l'âge avancé, des nombreuses comorbidités et des troubles cognitifs fréquents des résidents, il est délicat de s'appuyer sur des critères subjectifs de diagnostic d'une pathologie infectieuse, tant les symptômes se recourent ou sont aspécifiques. Bien que dans notre étude une partie des aides-soignants percevaient comme aisée la reconnaissance de signes pouvant évoquer une infection étant donné leur proximité avec les résidents et leur bonne connaissance des patients, le diagnostic d'une infection était

particulièrement compliqué chez la personne âgée selon les autres professionnels (infirmier, médecin traitant, médecin coordinateur, infirmier coordinateur). Pour contourner le manque de critères subjectifs d'aide au diagnostic, les professionnels ont tendance à se tourner vers leurs connaissances et leurs expériences personnelles et professionnelles, qui ne sont pas toujours en adéquation avec les recommandations de bon usage des anti-infectieux, comme la réalisation d'ECBU lorsque les urines « sentent fort », ou lors de la moindre pollakiurie. Ces difficultés diagnostiques ont été décrites dans plusieurs autres études [12][14].

Une autre piste de réflexion soulevée par notre étude concerne la perception d'un antibiotique que se faisait le personnel de l'EHPAD. L'antibiotique était décrit comme une molécule suffisamment puissante pour constituer une réponse indispensable à la gestion d'une épidémie dans l'établissement, mais indépendamment du type d'infection, c'est-à-dire sans distinction entre infection bactérienne et virale, au risque d'attribuer à tort la résolution d'un événement infectieux à l'antibiotique. Ils étaient de plus particulièrement attentifs à la capacité de l'antibiothérapie à altérer la qualité de vie d'un résident en lien avec ses effets indésirables. Attali et al. (2003) [25] ont soulevé le problème du manque d'application des recommandations de bon usage des antibiotiques pour du point de vue du médecin généraliste en élaborant des pistes d'améliorations pour modifier les comportements de prescription. Fleming A. et al (2014) [26], eux, soulèvent le manque de connaissances des professionnels médicaux et paramédicaux dans un objectif de bon usage des antibiotiques. Nous observons dans cette étude une certaine contradiction entre un personnel marqué par les conséquences d'une antibiothérapie mais pourtant persuadé de sa nécessité en dépit du caractère réel ou pas de l'indication d'antibiothérapie.

Les mesures de qualité et de traçabilité étaient vécues comme indispensables mais inutilement lourdes et pourvoyeuses d'une charge de travail importante au détriment du temps consacré aux soins. Ce point que nous soulevons dans notre étude est aussi mis en avant par Nirello L. (2016) [27] qui illustre bien cette augmentation de la charge de travail en EHPAD en lien avec le développement des outils technologiques utilisés pour la traçabilité et la gestion de la qualité des soins.

La décision thérapeutique d'introduire ou non une antibiothérapie est le pouvoir du médecin. Fleming A. et al.(2015) [14] avaient fait le même constat. La décision non partagée peut prendre plusieurs sens, qui se retrouvent et qui s'intriquent dans l'étude :

- La décision thérapeutique n'était pas discutée. Le médecin prenait en compte les données des infirmiers le plus souvent, et parfois leur avis qui n'était pas obligatoirement le même que le sien, puis prenait sa décision basée sur un processus de raisonnement clinique plus ou moins enrichi de données paracliniques, excluant le personnel soignant de l'EHPAD de ce processus décisionnel alors même que certains se sentaient capables d'y prendre part.
- Le personnel était en désaccord avec cette décision. La représentation de l'infection chez un résident que se faisait un membre du personnel et façonnée par ses diverses connaissances, expériences et convictions, pouvait aboutir à une proposition de prise en charge qui rentrait en conflit avec la thérapeutique proposée par le médecin.
- Le médecin n'expliquait pas sa décision. Il n'y avait pas de stabilisation des connaissances de la part du médecin, ni de formation continue. Ainsi, les aides-soignants et infirmiers restaient sur leurs acquis et ne savaient pas si leurs actions et leur alerte étaient justifiées ou non, ni comment les améliorer.

Paradoxalement, comme expliqué par plusieurs participantes, cette décision non partagée pouvait constituer un élément réassurance pour le personnel d'EHPAD. La prescription antibiotique n'intervenant pas dans leur référentiel de compétence, le fait de participer à la prescription d'un antibiotique engendre une augmentation du poids de leurs responsabilités, chose que peu d'entre elles sont prêtes à assumer, comme suggéré par Carusone S.C. et al. (2006) [28]. Cette décision d'autorité peut être vue à la fois comme un frein à la stabilisation des connaissances ainsi qu'à la revalorisation du travail du personnel de l'EHPAD, et comme un soulagement de ne pas porter le poids de la responsabilité sous-jacente à la prescription (ou à l'absence de prescription) d'un antibiotique.

### **3. Pistes d'amélioration**

Promouvoir une amélioration des connaissances sur le bon usage des antibiotiques. Tant lors de la formation initiale en école (formation déclarée comme insuffisante par les participantes) que lors de formations continues. Il serait intéressant d'évaluer les possibilités de réalisation de ces formations par les médecins intervenant dans les structures pour mettre fin aux

croyances erronées, améliorer l'usage des antibiotiques, et renforcer la cohésion d'équipe entre le monde libéral et le monde institutionnel.

Réorganiser et se réappropriier les espaces de collaboration. En effet, le personnel de l'EHPAD ressent le besoin de discuter, de partager autour du résident et déplore l'absence de temps et de lieu dédié à ce partage d'expérience. Ces temps d'échanges pluridisciplinaires consisteraient en des moments définis, fixés et reproductibles, permettant de renforcer la cohésion des équipes, d'effectuer des échanges plus libres entre les professionnels et d'abaisser certaines barrières en lien avec une hiérarchie et des normes trop présentes dans une structure comme l'EHPAD en revalorisant le travail de certains professionnels de santé. Ce temps d'échange pourrait même être le moment propice à une stabilisation des connaissances des professionnels.

Promouvoir de nouvelles solutions pour l'utilisation de ressources intégrant le bon usage des antibiotiques dans la pratique quotidienne. Malgré les nombreuses études ayant mis en lumière la nécessité d'utiliser des guides de bon usage des antibiotiques et l'étude de leur efficacité en EHPAD, il y a encore à l'heure actuelle un défaut d'utilisation de ces ressources.

Revoir et corriger la façon d'allier les exigences de traçabilité et qualité des soins. La qualité de la traçabilité et de la transmission au détriment de la qualité des soins est remarquée par la totalité des participantes.

#### **4. Limites et forces de l'étude**

Les principes de la théorie ancrée n'ont pas été scrupuleusement suivis étant donné que les entretiens ont été analysés une fois la totalité retranscrite, et non « au fil de l'eau », ce qui a pu engendrer une perte d'informations. Néanmoins, le guide d'entretien a été enrichi au fur et à mesure des entretiens, en fonction de l'expérience acquise par les chercheurs lors de la retranscription, pour atténuer ce risque.

Par ailleurs, la réalisation d'entretiens auprès de médecins traitants aurait éventuellement pu illustrer de façon plus précise les relations entre ceux-ci et le personnel de l'EHPAD, en apportant leurs propres visions de ces échanges. L'idée nous est apparue intéressante une fois l'analyse de l'ensemble des données réalisée.

La catégorie des médecins coordinateurs était sous-représentée, du fait d'un manque de disponibilité de leur part pour réaliser des entretiens et d'une contrainte de temps pour les examinateurs. Le travail mériterait d'être poursuivi dans le but d'atteindre plus précisément la saturation des données.

La qualité des entretiens et des relances s'est améliorée au fur et à mesure des entretiens, étant donné les débuts en matière d'étude qualitative d'un des deux chercheurs (GB). Ce qui a été contrebalancé par la présence et l'encadrement d'un chercheur expérimenté (DG).

Dans un souci de qualité, nous nous sommes inspirés des critères de la grille COREQ pour la réalisation de l'étude et sa rédaction. Seul le sexe féminin est représenté dans notre étude, ce qui fait évoquer un manque de diversité s'expliquant tout de même par une profession majoritairement féminine. De plus, le sexe était recueilli comme donnée démographique mais n'était pas pris en compte dans les critères de diversité dans la stratégie de l'échantillonnage théorique. La population était cependant diversifiée pour tous les autres critères : ancienneté dans l'EHPAD, ancienneté de métier, statut juridique, milieu d'exercice, capacité de résident et présence d'une pharmacie à usage interne.

## CONCLUSION

---

Notre étude met en lumière quelques éléments d'identification et de compréhension des rôles des différents professionnels influençant les comportements de prescription de l'antibiothérapie en EHPAD, notamment les dynamiques et interactions socio-professionnelles. La pluridisciplinarité et l'interdépendance des acteurs intervenant dans le parcours de prescription antibiotique sont des éléments décrits comme importants pour la bonne prise en charge d'un résident au sein d'une organisation contrainte qu'est l'EHPAD. La décision de prescription ou d'abstention médicamenteuse ne soit réservée qu'au médecin et source d'une absence de responsabilités bien vécue du personnel. En revanche, le manque de partage de cette décision laisse le personnel avec une absence de stabilisation des connaissances ainsi qu'un sentiment de frustration contre-productif avec ce besoin de pluriprofessionnalité. Les lourdeurs liées à la qualité et l'informatisation du circuit du médicament bien nécessaires sont des choses perçues comme déconnectées de la réalité de terrain.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] Organisation mondiale de la santé [En ligne]. Genève: OMS; 2018. Vieillissement et santé ; 2018 [cité le 10 septembre 2020]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [2] Blanpain N., Buisson G., « Projections de population à l’horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu’en 2013 », Insee Première n° 1619, novembre 2016
- [3] Organisation mondiale de la santé [En ligne]. Genève: OMS; 2018. Vieillissement et qualité de vie, faits marquants sur le vieillissement ; 2018 [cité le 10 septembre 2020]. Disponible : <https://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- [4] Larbi K., Roy D., « 4 millions de seniors seraient en perte d’autonomie en 2050 », Insee Première n° 1767, Juillet 2019
- [5] Bouvier G., « Vivre à domicile ou en institution : effets d’âge, de santé, mais aussi d’entourage familial », in France, portrait social, coll. « Insee Références », édition 2011.
- [6] Carrère A., Dubost C-L., « Etat de santé et dépendance des seniors », Insee Références, édition 2018 – Eclairage.
- [7] Marianne Muller (DREES), 2017, « 728 000 résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2015 », Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet.
- [8] Chami K, Bertin-Hugault F, Hami K, et al. Le risque infectieux en maison de retraite: Plus de questions que de réponses. *Antibiotiques* 2008;10:59e60.
- [9] Gavazzi G, Krause K-H. Ageing and infection. *The Lancet Infectious Diseases*. nov 2002;2(11):659-66.
- [10] Enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en Établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Résultats nationaux 2016. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 67 p. Disponible à partir de l’URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

- [11] Liste des antibiotiques critiques, mise à jour 2015. Site web de l'ANSM [en ligne]. Février 2016 [consulté le 13 septembre 2020]. Disponible à partir de l'URL : <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information>
- [12] Van Buul L.W., et al. Antibiotic Use and Resistance in Long Term Care Facilities (2012) *Journal of the American Medical Directors Association*, 13 (6), pp. 568.e1-568.e13.
- [13] Colomb-Cotin M, Lacoste J, Coignard B, Vaux S, Brun-Buisson C, Jarlier V. Morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-résistantes aux antibiotiques en France en 2012. Étude Burden BMR, rapport - Juin 2015. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2015. 21 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [14] Fleming A, Bradley C, Cullinan S, Byrne S. Antibiotic prescribing in long-term care facilities: a meta-synthesis of qualitative research. *Drugs Aging*. 2015;32(4):295–303.
- [15] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (JORF du 03 janvier 2002, p124)
- [16] Service public. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [En ligne]. Paris : Direction de l'Information légale et Administrative. [Consulté le 03/08/2020] Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
- [17] Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research. Aldine; 1967. 271 p.
- [18] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative, analyser sans classer ni compter. 2ème. De Boeck supérieur; 2019. 160 p.
- [19] Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, Lejeune C. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016. 336 p.
- [20] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57

- [21] Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat M-C, Charbonneau A, et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation: Clinical reasoning: graphical representation. *Medical Education*. mai 2012;46(5):454-63.
- [22] Richards CL. Preventing Antimicrobial-Resistant Bacterial Infections Among Older Adults in Long-term Care Facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*. mars 2006;7(3):S89-96.
- [23] Dyar OJ, Pagani L, Pulcini C. Strategies and challenges of antimicrobial stewardship in long-term care facilities. *Clinical Microbiology and Infection*. janv 2015;21(1):10-9.
- [24] Marquier R., Vroylandt T., Chenal M., Jolidon P., Laurent T., Peyrot C., Straub T., Toldre C., « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », Les dossiers de la DREES n°5, septembre 2016
- [25] Attali C., Amade-Escot C., Ghadi V., Cohen J.M., Pouchain D., Huas D., Noël F., Chevallier P., Ghasarossian C., Renard V., Patey O., Infections respiratoires présumées virales, comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. *Rev PratMed Gen* 2003;17 (601):155-60.
- [26] Fleming A, Bradley C, Cullinan S, Byrne S. Antibiotic prescribing in long-term care facilities: a qualitative, multidisciplinary investigation. *BMJ Open*. nov 2014;4(11):e006442.
- [27] Nirello L. Les outils technologiques au service du contrôle de gestion dans les Ehpads: Conséquences sur la qualité du travail. *Retraite et société*. 2016;N° 75(3):73.
- [28] Carusone SC, Loeb M, Lohfeld L. A Clinical Pathway for Treating Pneumonia in the Nursing Home: Part I: The Nursing Perspective. *Journal of the American Medical Directors Association*. juin 2006;7(5):271-8.

# ANNEXE

---

## Guide thématique des entretiens semi-dirigés

1- Critères démographiques :

- Sexe
- Profession
- Ancienneté d'exercice
- Temps dans l'EHPAD
- Formation initiale, continue et parcours personnel
- Age

2- Pouvez-vous me raconter une histoire, une anecdote que vous avez concernant les antibiotiques dans cet EHPAD ?

3- Que pensez-vous des antibiotiques ?

- a- A titre individuel ?
- b- A titre collectif ?

4- Rôle perçu dans la prescription d'antibiotique :

- a- Quelle place pensez-vous avoir dans le parcours de prescription d'un antibiotique ?
- b- Comment jugez-vous votre rôle dans ce parcours de prescription ? / Quelle importance donnez-vous à votre rôle dans ce parcours de prescription d'antibiotique ?

5- Qu'est-ce qui vous amène à suspecter une infection chez un/une résident(e) ?

6- Que faites-vous lorsque vous suspectez une infection chez un/une résident(e) ?

7- Quelles sont vos relations avec les familles des résidents ? Peuvent-ils influencer votre prise en charge ?

8- Disposez-vous d'un temps d'échange avec les différents membres intervenant dans la prise en charge des résidents ?

VU

NANCY, le **16 septembre 2020**

Le Président de Thèse

**Professeur Nelly AGRINIER**

NANCY, le **16 septembre 2020**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11385C**

NANCY, le **22 septembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

---

## RESUME DE LA THESE

**Introduction :** Le nombre de personnes âgées en situation de dépendance est en nette augmentation dans le monde et en France. Etant particulièrement sujettes aux infections, les personnes âgées représentent une population consommatrice d'antibiotiques dont la moitié est inappropriée, ce qui est pourvoyeur d'antibiorésistance, problème de santé publique. Les programmes de bon usage des antibiotiques se basent en partie sur les comportements influençant les prescriptions.

**Objectif :** Essayer de décrire et comprendre les interactions socioprofessionnelles en EHPAD influençant le parcours de prescription antibiotique.

**Méthode :** Etude qualitative inspirée de la « grounded theory » par entretiens individuels semi-dirigés auprès de membres du personnel d'EHPAD lorrains. Sélection des EHPAD et professionnels selon la méthode d'échantillonnage théorique. Recueil des données puis analyse inductive des données selon un codage en trois niveaux.

**Résultats :** Description d'un parcours de soins pluriprofessionnel centré sur le résident au sein d'une organisation contrainte faisant collaborer deux mondes sociaux que tout oppose : le médical libéral et l'EHPAD structuré et hiérarchisé. Identification d'une décision médicale d'antibiothérapie non partagée pourtant issue d'une réflexion faisant intervenir tous les acteurs.

**Conclusion :** Compréhension plus fine des interactions socio-professionnelles intervenant dans le parcours de prescription antibiotique en EHPAD.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Perceptions and roles of health professionals on the use of antibiotics in long-term care facilities : a qualitative investigation.

---

**THESE :** MEDECINE GENERALE – ANNEE 2020

---

**MOTS-CLES :** Antibiotique – EHPAD – Interactions socio-professionnelles – Perceptions – Rôles – Etude qualitative

---

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

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

---