

Antibiothérapie parentérale ambulatoire : rôles des médecins généralistes

Travail de Fin d'Etude – Master de spécialisation en
médecine générale

Auteur: CATINUS Catherine

MAI 2020

Promoteur: Dr LAMY Dominique

RÉSUMÉ

Introduction : L'antibiothérapie parentérale ambulatoire existe à travers le monde depuis plus de 40 ans. En Belgique, elle est pourtant encore très récente. Entre 2017 et 2019, 6 projets pilotes ont été réalisés afin d'en étudier les différents modèles. La littérature offre peu d'informations sur l'implication du médecin généraliste dans ce processus thérapeutique alors qu'il a lieu à domicile.

Méthodes : Ce travail a eu pour but d'étudier les rôles que peut jouer un médecin généraliste dans l'antibiothérapie parentérale ambulatoire au moyen de 4 types de recherche : une recherche littérature, une interview d'un des projets pilotes (AntibiHome), un questionnaire en ligne à l'intention des médecins généralistes qui ont collaboré au moins une fois avec AntibiHome et une analyse qualitative d'entretiens semi-dirigés avec quelques médecins ayant répondu au questionnaire.

Résultats : Une série de fonctions que peut endosser le médecin de famille durant l'antibiothérapie parentérale ambulatoire a été recensée: diagnostiquer, contacter les structures nécessaires et décider avec eux d'autoriser ou non le projet, proposer une équipe infirmière, informer le patient, assurer le suivi, surveiller les complications, référer si besoin et surveiller d'éventuelles séquelles ou récides à la fin de la thérapie. La communication entre les différents soignants mériterait d'être améliorée au moyen d'outils plus performants. Un minimum d'informations devrait également être fourni par l'hôpital aux médecins généralistes à travers des rencontres ou des e-learning.

Conclusion : Le médecin généraliste a toute sa place dans l'antibiothérapie parentérale ambulatoire. Son implication, avec une formation et des outils adéquats, permettrait un plus grand succès de ce type de soins. Il serait intéressant d'étudier cette hypothèse.

Mots clés : Antibiothérapie parentérale ambulatoire - APA - Rôle du médecin généraliste - Collaboration pluridisciplinaire.

Indexation : Procédure 69 (autre procédure : antibiothérapie parentérale ambulatoire) - QD22 - QD24 - QD25 - QS31 - QR33

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de mon travail de fin d'étude :

Le Dr Lamy Dominique, mon promoteur et maître de stage, pour m'avoir conseillé et orienté tout au long de ce travail.

Le Dr Holemans Xaxier et Monsieur Depasse Thomas, respectivement médecin coordinateur et infirmier coordinateur d'AntibiHome, qui m'ont accordé une interview et qui ont pris le temps de me fournir tous les éléments nécessaires à l'élaboration de mon questionnaire en ligne et de mes entretiens semi-dirigés.

Tous les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire en ligne malgré leur charge de travail importante en cette période de grippe.

Plus particulièrement, les cinq médecins généralistes qui ont accepté d'être interviewés après avoir complété le questionnaire. Merci pour ces échanges enrichissants qui ont grandement contribué à répondre à ma question de recherche.

Geoffrey Feraut qui m'a orienté dans la lecture des résultats du questionnaire en ligne grâce à ses talents de statisticien.

Ma famille, mes amis et mes collègues pour leurs relectures, leurs nombreux conseils ainsi que leurs encouragements.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	B
Remerciements	C
Table des matières	D
1. Introduction.....	1
1.1. Généralités	1
1.2. Contexte belge.....	2
2. Méthodologie	3
2.1. Recherche littérature	3
2.2. Interview d'AntibiHome	5
2.3. Questionnaire en ligne	5
2.4. Entretiens semi-dirigés	6
3. Résultats.....	7
3.1. Résumé de l'interview d'AntibiHome	7
3.2. Résultats du questionnaire.....	9
3.2.1. Echantillon et taux de participation.....	9
3.2.2. Données épidémiologiques.....	9
3.2.3. La mise en place de l'antibiothérapie IV à domicile	10
3.2.4. Le suivi du patient à domicile	11
3.2.5. Une formation serait-elle utile ?	13
3.3. Entretiens semi-dirigés : résultats de l'analyse qualitative par théorisation ancrée	15
3.3.1. Introduction et table des matières.....	15
3.3.2. Thème 1: L'APA ? Oui ! Mais en quoi cela consiste et quelles sont les structures existantes ?.....	17
3.3.3. Thème 2 : Un engrenage de rôles.....	18
3.3.4. Thème 3 : Le vécu de l'APA par les MG.....	23
3.3.5. Thème 4 : L'avenir de l'APA pour les MG	25

4.	Discussion	29
4.1.	Quel rôle pour le MG dans l'APA ? La confrontation des résultats à la littérature	29
4.1.1.	La mise en place de l'APA.....	29
4.1.2.	L'APA en cours de processus	31
4.1.3.	A la fin de l'APA.....	33
4.2.	(In)Former les MG sur l'APA	34
4.2.1.	La perception de l'APA par le MG en Belgique	34
4.2.2.	Comment (in)former ?.....	34
4.2.3.	Quelles informations ?.....	35
4.3.	Limites et perspectives	36
5.	Conclusion.....	39
6.	Bibliographie	- 1 -
7.	Annexes.....	- 3 -
7.1.	Annexe 1 : Interview du Dr HOLEMANS Xavier, infectiologue chef de pôle au GHdC et médecin coordinateur d'AntibiHome, et de Mr DEPASSE Thomas, infirmier coordinateur d'AntibiHome.....	- 3 -
7.2.	Annexe 2 : Questionnaire et résultats bruts.....	- 16 -
	Partie 1 : Données sur les MG.....	- 16 -
	Partie 2 : La mise en place de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile	- 21 -
	Partie 3 : Le suivi du patient à domicile	- 23 -
	Partie 4 : La communication avec AntibiHome.....	- 34 -
	Partie 5 : Une formation ?.....	- 40 -
7.3.	Annexe 3 - questions posées lors des entretiens semi-dirigés	- 44 -
7.3.1.	Données sur le MG	- 44 -
7.3.2.	Thème 1 : L'implication du mG dans son expérience d'APA.....	- 44 -
7.3.3.	Thème 2 : Quels autres rôles le MG peut jouer dans l'AB IV à domicile ? .-	45 -
7.3.4.	Thème 3 : Les connaissances du médecin généraliste sur l'AB IV à domicile-	45 -

7.3.5.	Thème 4 : L'avenir de l'AB IV à domicile pour le médecin généraliste	- 45 -
7.4.	Annexe 4 - Exemple d'un des entretiens semi-dirigés : entretien du 07 mars 2020-	46
-		

1. INTRODUCTION

Durant ma première année d'assistantat, j'ai pris en charge un patient qui nécessita d'une antibiothérapie intraveineuse (IV). Ce patient refusait cependant de se faire hospitaliser. Hors, ces antibiotiques (AB) ne sont pas disponibles en ambulatoire. Je me suis donc renseignée sur la perfusion d'AB IV à domicile et notre implication en tant que médecin généraliste (MG) dans ce domaine. La recherche littérature a rapidement révélé que cette prise en charge semblait exclusivement réservée à l'hôpital alors qu'elle a lieu au domicile du patient. C'est ainsi que ce sujet est devenu le thème de mon travail de fin d'étude.

1.1. GÉNÉRALITÉS

L'Infectious Diseases Society of America (IDSA) définit l'antibiothérapie parentérale ambulatoire (APA) comme étant une administration parentérale d'antibiotiques (AB) au moins 2 fois par jour sur une durée minimale de deux jours en-dehors d'une structure hospitalière. (1) Elle permet de traiter au domicile une infection contre laquelle les AB oraux sont inefficaces.

L'APA est décrite pour la première fois aux Etats-Unis en 1974 par Rucker et Harrison chez des patients atteints de mucoviscidose. (2) Par la suite, elle connaît un succès grandissant à travers le monde en raison de ses multiples avantages : réduction des coûts des hôpitaux, diminution de la durée d'hospitalisation, libération de lits d'hôpitaux (3) et augmentation du confort du patient à la fois physique et psychologique. (4) De plus, on a constaté une diminution des infections nosocomiales chez les patients traités par APA. (4)

Il existe quatre modèles différents d'APA, détaillés par Smismans et al. en 2018. (4) L'administration de l'AB peut se faire soit via un centre de soins spécialisés, soit via les services d'un personnel soignant au domicile, soit par auto-administration. Ce dernier modèle est le plus recommandé par l'ISDA. (1) Pour terminer, l'APA peut être administrée dans des institutions médicalisées (maisons de repos et de soins par exemple).

L'APA peut être proposée dans la plupart des infections, pour autant qu'aucune alternative per os ne soit envisageable et que le patient soit stable et apte à comprendre la procédure. Voici quelques infections qui peuvent être rencontrées en médecine générale et traitées par APA : infections urinaires à germes résistants, infections ostéo-articulaires, infections des tissus mous, infections pulmonaires, etc.

Le choix du cathéter IV dépend de « *la durée de traitement, du type d'administration et du réseau veineux du patient* ». (2) Deux types de cathéters sont régulièrement d'application

pour l'APA à travers le monde : le Peripherally Inserted Central Catheter ou PICCline et le Medial Venous Catheter ou MIDline. Le PICC est un cathéter veineux central « *introduit par la veine basilique, humérale ou céphalique et remonté jusqu'à la veine cave supérieure* ». Il est idéal pour les traitements d'une durée allant d'une semaine à plusieurs mois. (5) Le MIDline est un cathéter veineux périphérique, inséré au pli du coude et placé au milieu du bras. Ils sont utilisés plus couramment aux USA et au Canada. (6) En générale, on les utilise pour une période plus courte, allant de 2 à 6 semaines. (7)

1.2. CONTEXTE BELGE

La seule expérience à long terme d'APA se situe à l'Université Gent (UGent) qui emploie ce processus régulièrement depuis 15 ans. (4) Ce n'est qu'en 2016 que notre ministre belge des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie Deblock, lance un appel à projets sur l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le cadre de la réorganisation du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. Elle suit le conseil du rapport du KCE de 2015 qui suggère de ne pas développer l'HAD à grande échelle mais de tester d'abord les différents modèles qui existent. (8) En 2017, 12 projets pilotes ont été sélectionnés dont 6 sont axés exclusivement sur l'antibiothérapie IV à domicile. Ces projets sont répartis entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles et incluent différents professionnels de la santé, dont des MG. (9)

Les MG belges vont donc être de plus en plus confrontés à l'APA. Aucun article parmi ceux sélectionnés ne décrit en détail la fonction du MG au sein de ce processus.

C'est pourquoi, au moyen d'une recherche littérature, de l'interview d'un des projets pilotes, d'un questionnaire en ligne et d'entretiens semi-dirigés, ce TFE tentera d'étudier la place qu'occupe le MG au sein de l'APA afin d'en dégager des rôles éventuels. Cela permettrait de relever les limites et les atouts d'une collaboration entre la première ligne et la seconde ligne afin de dégager des hypothèses d'amélioration de l'assurance qualité des soins liés à l'APA.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. RECHERCHE LITTÉRATURE

La sélection des articles a été basée sur la lecture des titres et des abstracts qui devait répondre au moins à l'une de ces questions : qu'est-ce que l'APA ? Quels sont ses avantages et inconvénients ? Quelles sont les complications rencontrées ? Qu'est-ce qu'un MIDDline ou un PICCline ? Comment fonctionne l'APA ou l'HAD en Belgique ? Quelle est la place du MG dans l'APA ? Le tableau ci-dessous reprend les moteurs de recherche et les mots-clés utilisés ainsi que le nombre de résultats obtenus et d'articles sélectionnés. Les articles ont ensuite été lus et résumés à la main. Par après, les grandes idées ont été classées en différents thèmes.

Tableau 1 – Mots clés par site de recherche et nombre d'articles trouvés et sélectionnés

Site de recherche	Mots-clés	Résultats	Articles sélectionnés
Pubmed	intravenous antibiotic therapy OR intravenous infusion OR intravenous antimicrobial therapy OR parenteral antibiotic therapy OR OPAT OR AntibioHome OR piccline OR midline AND home OR outpatient OR house AND medicine practice OR family doctor OR general medicine	437	19
Cairn	antibiothérapie parentérale OU APA OU antibiothérapie intraveineuse OU traitement antimicrobien intraveineux ET Ambulatoire OU à domicile OU à la maison OU hors de l'hôpital ET médecine générale OU médecins traitants OU médecin généraliste	0	0
	antibiothérapie parentérale OU APA OU antibiothérapie intraveineuse OU traitement antimicrobien intraveineux ET ambulatoire OU à domicile OU à la maison OU hors de l'hôpital	0	0
Cochrane Library	intravenous antibiotic therapy OR intravenous infusion OR intravenous antimicrobial therapy OR parenteral antibiotic therapy OR OPAT OR	2	0

CISMeF	AntibiHome OR picline OR midline AND home OR outpatient OR house AND medicine practice OR family doctor OR general medicine		
	antibiothérapie parentérale OU antibiothérapie intraveineuse OU traitement antimicrobien intraveineux OU traitement antimicrobien parentérale ET à domicile OU ambulatoire OU à la maison OU hors de l'hôpital ET médecine générale OU implication médecin généraliste OU médecin traitant OU rôle médecin généraliste	0	0
	cathéters IV OU cathéters intraveineux OU picline OU midline	5	0
	antibiothérapie intraveineuse à domicile OU antibiothérapie parentérale ambulatoire OU midline à domicile OU picline à domicile OU l'hôpital à la maison	25	3
	projets pilotes Maggie Deblock OU antibiothérapie intraveineuse à domicile en Belgique OU antibiothérapie parentérale ambulatoire en Belgique OU hospitalisation à domicile en Belgique	3	1
DUMAS	antibiothérapie intraveineuse à domicile	1	1
	antibiothérapie parentérale ambulatoire	2	0
	APA	27	0
	outpatient parenteral antibiotic therapy	1	0
	OPAT	1	0
Revue médicale Suisse (RMS)	antibiothérapie intraveineuse à domicile OU	373	6 (1
	antibiothérapie parentérale ambulatoire OU APA		doublon)

2.2. INTERVIEW D'ANTIBIHOME

Il semble exister une différence d'implications du MG dans l'APA en milieu rural et en milieu urbain. (10) De plus, il existe différents modèles d'APA. Ce travail s'est donc concentré sur les APA effectués en milieu urbain et administrés au domicile par des infirmiers formés à cet effet. Le choix s'est porté sur un seul projet pilote, celui du Grand Hôpital de Charleroi, AntibHome, car il était plus facile d'accès.

Après avoir contacté le médecin référent d'AntibiHome, une rencontre a été organisée au GHdC. Le médecin référent et l'infirmier coordinateur ont accepté d'être interrogés et enregistrés. La retranscription a été réalisée sans support matériel, elle se trouve en annexe 1. Cette interview avait pour but de comprendre leur mode de fonctionnement afin de créer un questionnaire en ligne le plus adéquat possible.

2.3. QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Ensuite, un questionnaire en ligne a été créé via Google Form à l'intention des MG ayant collaboré au moins une fois avec AntibHome.

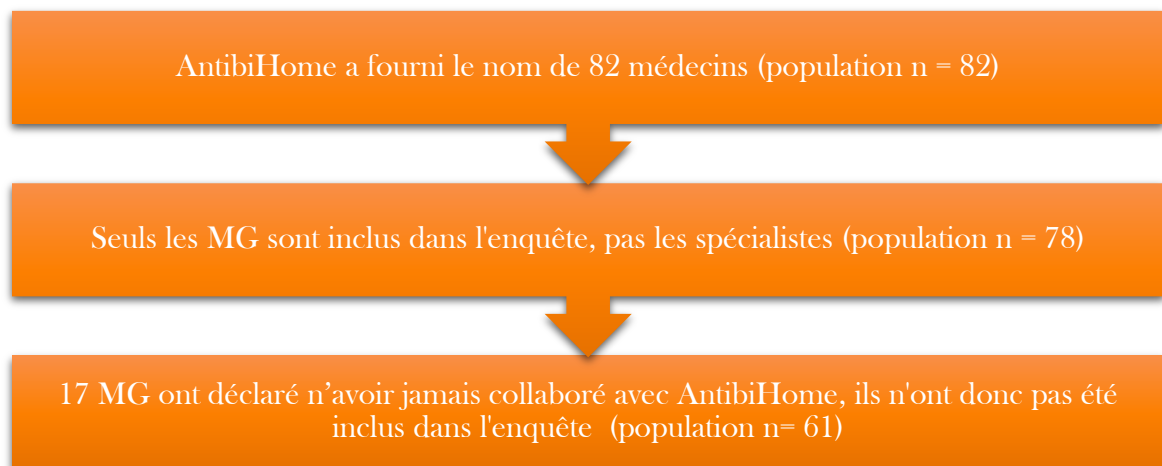


Figure 1 - processus de sélection de la population

Les 61 MG ont été contactés par téléphone du 16/01/2020 au 06/02/2020 afin d'obtenir leur adresse e-mail. Le questionnaire leur a été envoyé à trois reprises entre février et mars 2020. Il a été clôturé le 03/03/2020. Leur anonymat a été respecté, ces médecins sont numérotés suivant l'ordre de participation au questionnaire.

Aucun test statistique n'a été réalisé étant donné la petite taille de la population. Les résultats ont été reportés sur un fichier Excel pour analyser chaque réponse et écarter les incohérences. Par exemple, le même médecin qui répond « oui j'ai participé à une séance

d'information » et « non je n'y ai pas participé parce que... » a été exclu pour ces deux questions.

Cette enquête préliminaire avait pour but d'analyser l'implication des MG dans l'APA afin de préparer les entretiens semi-dirigés. Les questions portaient principalement sur la mise en place de l'APA au domicile du patient, les complications rencontrées et leur prise en charge, la communication entre les différents soignants et l'éventualité d'une formation des MG. En annexe 2, vous trouverez le questionnaire complet avec les réponses de chaque MG.

2.4. ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

Parmi les MG ayant été invités à répondre au questionnaire, neuf ont été contactés afin d'être interviewés. Leur sélection s'est basée sur leur âge, leur type de partenariat et leurs années d'expérience. À aucun moment leur nom ou leur genre n'est cité. Chaque MG est nommé par un numéro qui suit l'ordre des interviews. En annexe 3, vous trouverez les questions de l'entretien et en annexe 4 l'une de ces interviews en exemple. Elles ont été retranscrites à l'aide du logiciel HappyScribe.

Les interviews avaient trois objectifs. Tout d'abord, analyser l'implication de ces MG dans leur expérience d'APA. Ensuite, les inviter à réfléchir sur d'autres rôles possibles pour la médecine générale au sein de ce processus. Enfin, connaître leur avis sur une possible formation des MG sur l'APA.

Ces entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée. Cette méthode d'analyse qualitative consiste à classer la quasi-totalité des citations du récit selon des étiquettes, et de les assembler pour en faire émerger des catégories. (11) Ces catégories sont elles-mêmes regroupées en thèmes. Cela permet d'une part, de répondre à la question de recherche et d'autre part de faire émerger de nouvelles perspectives.

3. RÉSULTATS

3.1. RÉSUMÉ DE L'INTERVIEW D'ANTIBIHOME

Vous trouverez en annexe 1 l'interview d'AntibiHome.

AntibiHome fait partie du GHdC et est l'un des projets pilotes sélectionnés par l'équipe de Maggie Deblock en 2016 et clôturé en décembre 2019. Ils interviennent pour toute pathologie infectieuse nécessitant un traitement d'AB IV d'une durée minimale durant laquelle le patient peut rester chez lui.

L'équipe contacte toujours le MG lorsqu'ils entament la procédure de l'APA afin d'avoir son accord. C'était une demande de la Fédération de l'Association des médecins Généralistes de Charleroi (FAGC) qu'approuve AntibiHome. Le patient doit disposer d'un MG pour être inclus dans le projet. Il arrive parfois que des MG reçoivent une demande de suivi d'un nouveau patient afin qu'il puisse bénéficier de l'APA, mais ce n'est pas fréquent.

En ce qui concerne le choix des infirmiers à domicile, AntibiHome demande d'abord au patient s'il en dispose. S'il n'en a pas, c'est vers le MG que l'équipe se tourne. Les infirmiers à domicile peuvent se faire former soit par AntibiHome, soit par les Services Intégrés de Soins à Domicile(SISD) Carolo. Si aucune équipe infirmière n'est disponible, AntibiHome passe par le centre de coordination de la ville afin de proposer des infirmiers à domicile au patient.

En ce qui concerne le type de cathéter, AntibiHome utilise le plus fréquemment les PICClines. Il doit être posé en milieu stérile à l'hôpital avec un contrôle radiologique et nécessite au moins une nuit à l'hôpital. L'infectiologue pense qu'à l'avenir, pour des patients très stables, la pose du cathéter pourra s'effectuer en hôpital de jour et éviter une hospitalisation. Selon lui, un passage par l'hôpital reste cependant obligatoire.

Le choix des AB se porte sur ceux qui ne nécessitent pas plus de deux injections par jour au domicile du patient, en évitant ceux à marge thérapeutique étroite.

La complication à surveiller de surcroît est la phlébite. A côté de cette complication, il existe des problèmes plus techniques, liés aux cathéters. Aucune infection au cathéter ne semble leur revenir de mémoire. Une seule réaction allergique à l'AB a été révélée. D'autres événements mineurs comme des intolérances au médicament ont été plus fréquemment rencontrés. Ces effets indésirables sont toujours remontés à la pharmacovigilance.

Qu'attend AntibioHome des MG ? Le médecin référent explique l'importance d'une collaboration avec la médecine générale. Il pense que le MG a toute sa place auprès du patient, dans le suivi de l'évolution. Il reconnaît que selon le profil du patient et le type de pathologie, le suivi peut varier. Il a le sentiment que les MG sont en générale présents dans le suivi de leur patient. L'infirmier et le médecin référents expliquent que lorsque le patient ou les infirmiers les contactent pour un avis médical, ils essaient de relayer autant que possible l'information au MG. Le but est de limiter un maximum un retour à l'hôpital ou un passage par les urgences.

En cas de soucis, ils sont disponibles 24h/24, 7 jours sur 7, aussi bien pour le patient que pour les soignants. Il existe également dans le dossier du patient une aide pour déterminer la prise en charge des complications particulières.

AntibioHome a réalisé quelques séances d'informations auprès des MG dans des GLEMS et des Dodécagroupes afin de se présenter et d'expliquer leur mode de fonctionnement.

Enfin, une plateforme de coordination est en cours de création afin d'améliorer la communication entre les différents soignants.

3.2. RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

3.2.1. ECHANTILLON ET TAUX DE PARTICIPATION

Sur les 61 MG sélectionnés, 5 n'étaient pas joignables, 4 n'ont pas souhaité participer à l'enquête et 52 ont fourni une adresse e-mail.

33 réponses ont été enregistrées entre le 03 février 2020 et le 03 mars 2020, ce qui correspond à un taux de participation à 54%.

Nous ne présenterons ici que les résultats les plus intéressants. L'ensemble des réponses brutes se trouve en annexe 2 sous forme de tableaux.

3.2.2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Voici une série de graphes décrivant le profil des 33 MG ayant répondu au questionnaire.

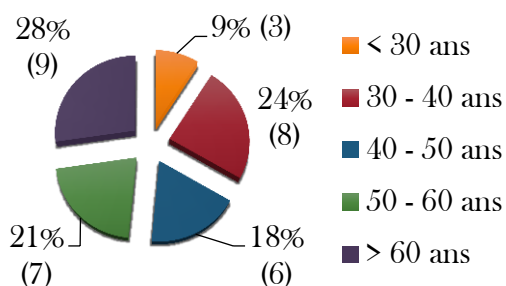


Figure 2 - Âge du MG

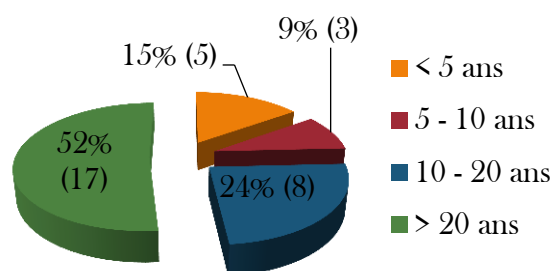


Figure 3 - Années de pratique du MG

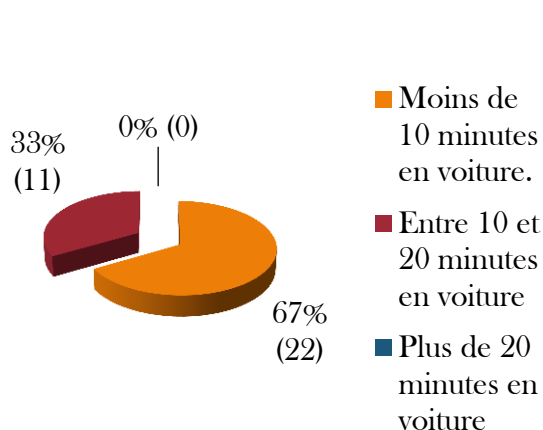


Figure 4 - Distance hôpital - cabinet

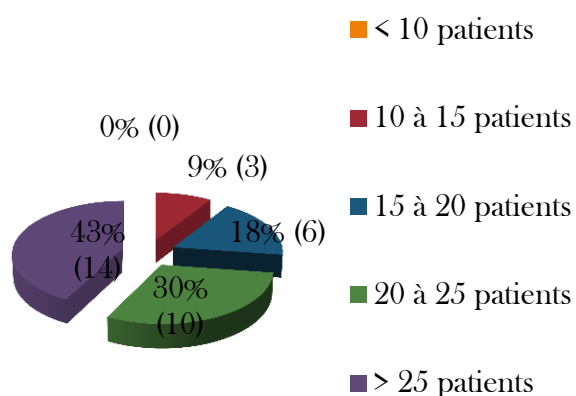


Figure 5 - Quota de patients vus par jour

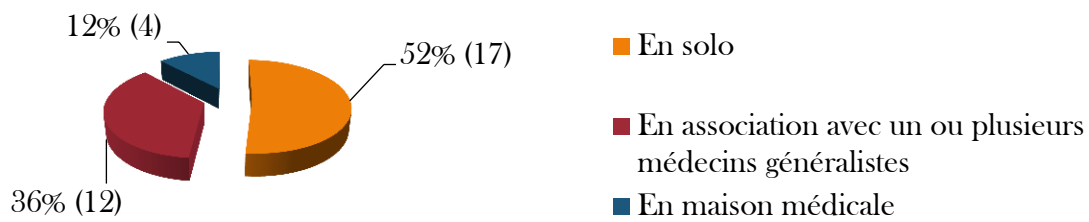


Figure 6 - Type de pratique de médecine générale

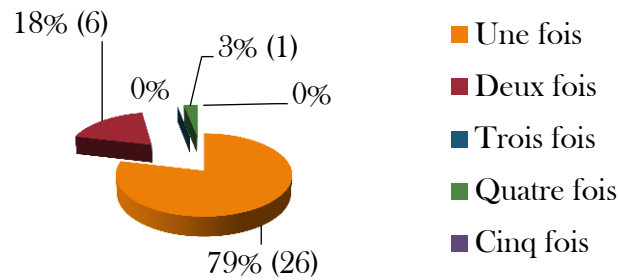


Figure 7 - Nombre de collaborations entre le MG et AntibioHome

3.2.3. LA MISE EN PLACE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE IV À DOMICILE

A. Qui a instauré l'APA ?

Un seul MG (3 %) a instauré l'APA, en collaboration avec son patient. Pour tous les autres, c'est AntibioHome et/ou le patient qui ont lancé le projet.

B. Qui a refusé l'APA et pour quelle(s) raison(s) ?

Aucun MG interrogé n'a refusé la mise en place d'une APA.

C. Qui a mis en place l'équipe infirmière ?

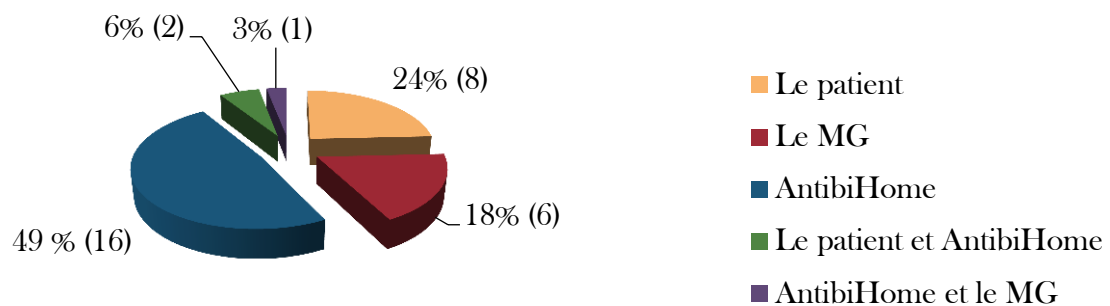


Figure 8 - Mise en place de l'équipe infirmière par les différents acteurs

3.2.4. LE SUIVI DU PATIENT À DOMICILE

A. Les visites à domicile des MG

- Pas de visite à domicile
- Visite à domicile uniquement dans le cadre du suivi
- Visite à domicile dans le cadre du suivi et pour un avis médical
- Visite à domicile uniquement pour un avis médical

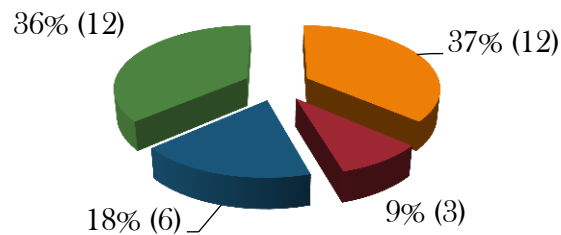


Figure 9 - Suivi au domicile du patient par le MG

B. Les complications rencontrées par les MG

15 MG (45%) déclarent avoir rencontré au moins une complication liée au PICC line, à l'AB ou iatrogène.

i. Les complications liées au PICCline

7 MG (21%) déclarent avoir rencontré au moins une complication liée au PICC.

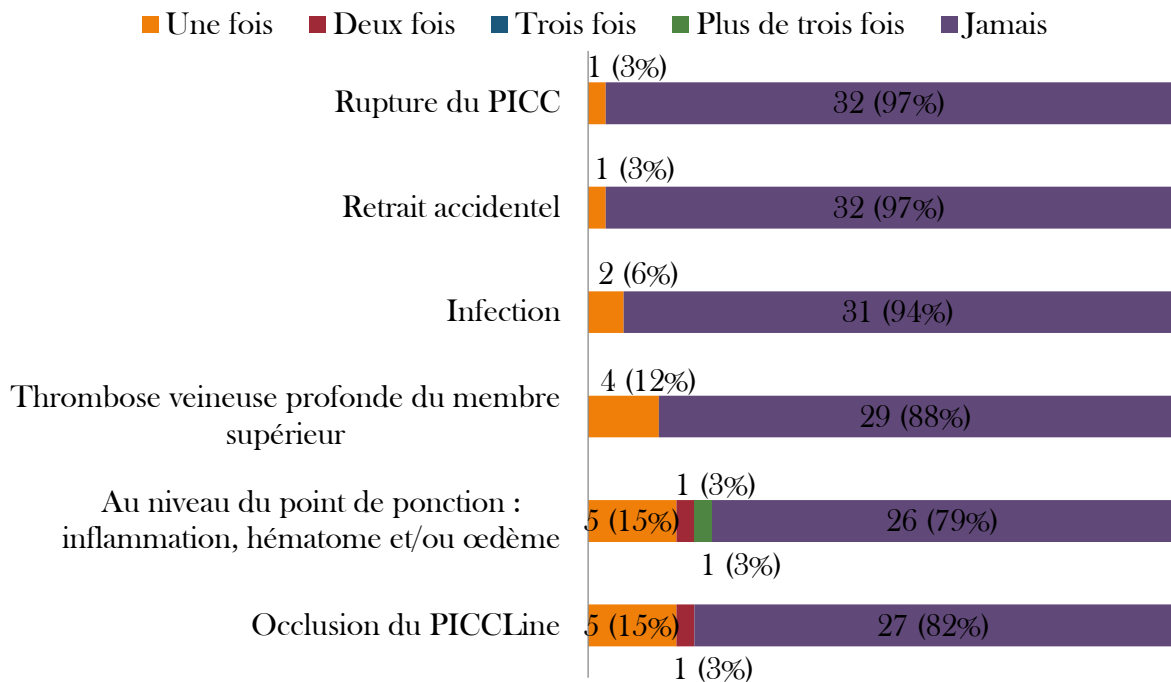


Figure 10 - Complications liées au PICCline

ii. *Les complications liées à l'AB*

8 MG (24%) ont déclaré avoir rencontré au moins une complication liée à l'AB.

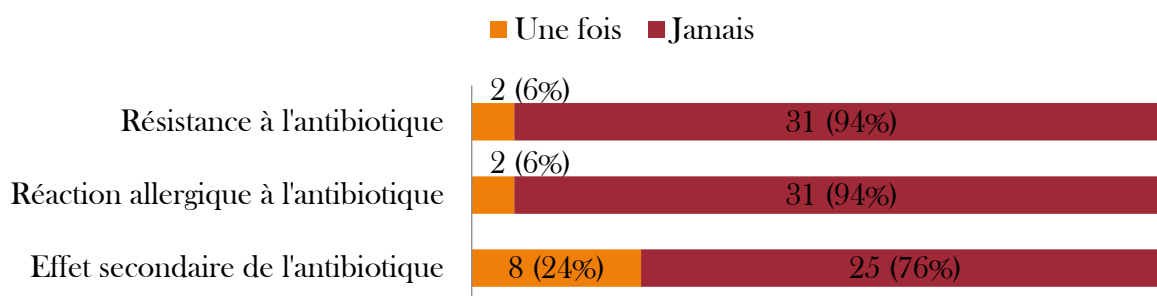


Figure 11 - Complications liées à l'AB

iii. *Les complications iatrogènes*

1 (3%) MG a rencontré une seule fois cette complication : « *Mauvaise manipulation du cathéter par les soignants* ». Deux MG ont répondu à la réponse ouverte « Autres » :

- « *Débit trop rapide* »
- « *Matériel fourni incomplet : il manquait des seringues de 10 ml à visser* ». Ce médecin est le seul à avoir répondu à la question ouverte suivante demandant comment ils étaient intervenus face à ce type de complications : « *Nous avons dû faire une commande spéciale pour trouver ce type de seringues (inhabituelles au domicile)* »

C. La prise en charge en première ligne

15 MG ont reconnu avoir rencontré au moins une fois des complications liées au PICC, à l'AB, ou iatrogène. Sur ces 15 MG, 9 (60 %) ont pris en charge le cas en collaboration avec AntibiHome, 2 (6 %) ont géré le cas par eux-mêmes, un seul (3 %) déclare que la prise en charge a été effectuée uniquement par AntibiHome et 4 (12 %) n'ont pas répondu.

D. Pour quelles raisons certains MG n'ont pas pris en charge par eux-mêmes les complications ?

Parmi les 10 MG qui ont rencontré au moins une complication et n'ont pas pris en charge le cas par eux-mêmes, voici les raisons évoquées : « *car cela nécessitait d'urgence une prise en charge hospitalière* », « *car je n'étais pas à l'aise avec la situation* », « *car c'était en dehors de mes heures de travail (nuit/jour férié/weekend)* » et « *car j'étais indisponible à ce moment-là, malgré que ce soit durant mes heures de travail.* »

E. Les protocoles décisionnels sur les complications éventuelles (Figure 16 – annexe 2)

AntibiHome laisse à disposition des MG des protocoles décisionnels sur la prise en charge d'éventuelles complications. 21 MG (64 %) n'ont pas eu connaissance de ces protocoles. 10 (30 %) ont répondu n'avoir pas eu le besoin de les utiliser. 2 (6 %) ont eu l'occasion de les utiliser et reconnaissent leur utilité.

3.2.5. UNE FORMATION SERAIT-ELLE UTILE ?

1) Qui a assisté à une séance d'information présentée par AntibHome ?

Sur les 32 MG, 7 MG (28 %) ont participé à une de ces séances.

2) Raisons pour lesquelles les MG n'ont pas participé à ces séances

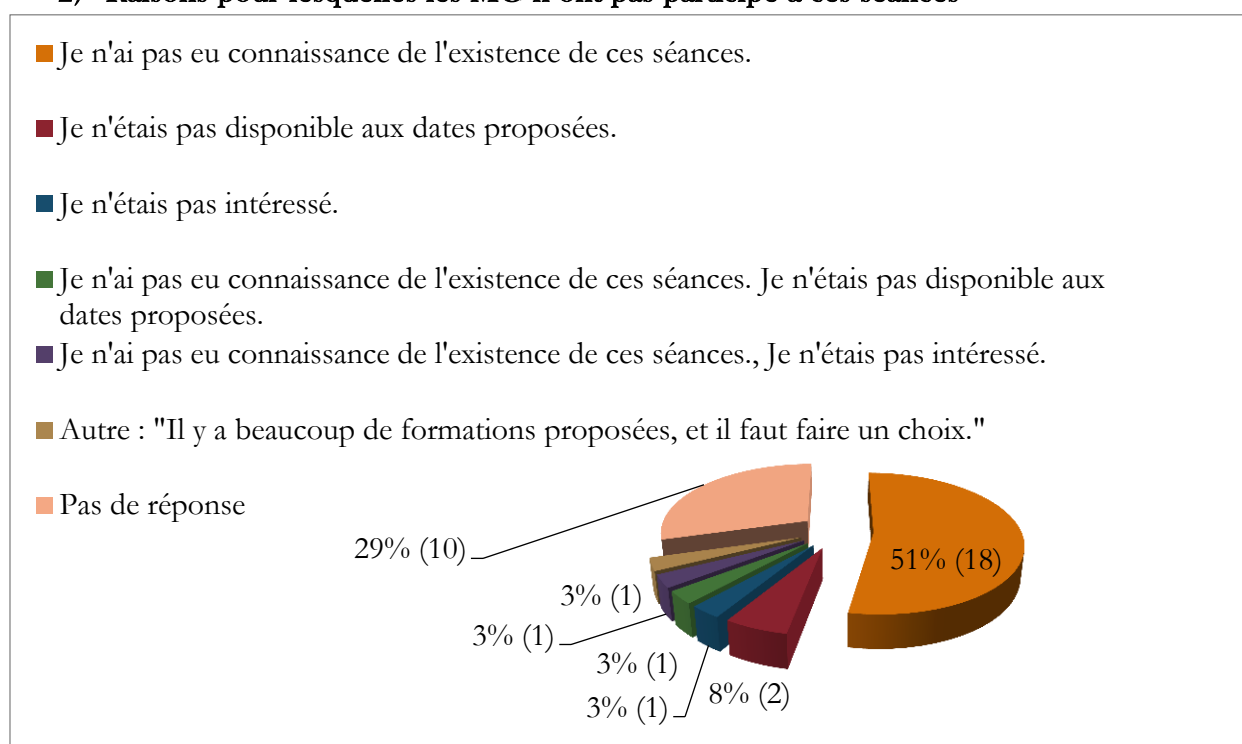


Figure 12 - Pourquoi n'avez-vous pas assisté à ces séances ?

3) Faut-il plus d'informations ?

Parmi les 7 MG qui ont participé à la formation, un seul (14 %) estime qu'il serait intéressant qu'une formation plus poussée soit proposée aux MG. Les 6 autres (86 %) trouvent que ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le MG.

4) Si une formation avait lieu, quels thèmes aborder ?

Pour la majorité des MG (22 soit 67%), la formation concernant la prise en charge des complications rencontrées dans l'APA semble la plus pertinente.

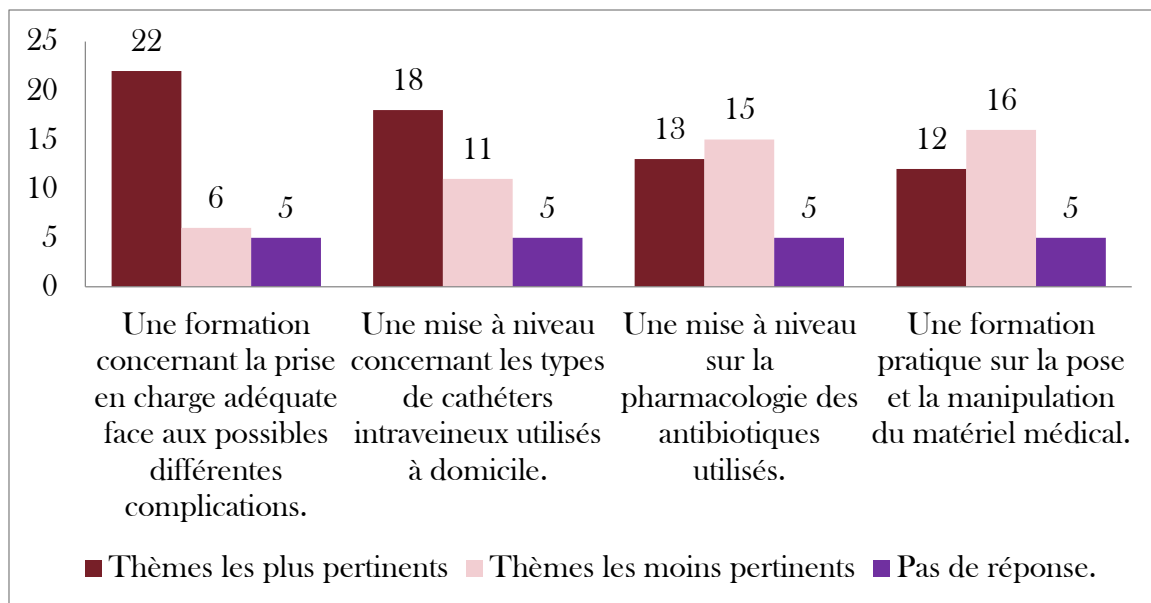


Figure 13 - Evaluation de la pertinence des sujets de formation par les MG

3.3. ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS : RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE PAR THÉORISATION ANCRÉE

3.3.1. INTRODUCTION ET TABLE DES MATIÈRES

Cinq entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 6 mars 2020 et le 23 mars 2020. Les trois premiers MG ont été interviewés à leur cabinet de consultation, et les deux derniers le furent par téléphone en raison du confinement de la population belge lié à la pandémie du coronavirus de 2020.

Tableau 2 : Profil des MG interviewés

Médecin	Âge	Expérience médicale	Type de pratique	DG	Durée de l'APA
1	26 ans	3 ans	Association	Ulcère intestinal infecté par une actinomyose	6 mois
2	60 ans	36 ans	Solo avec un assistant	Sinusite compliquée avec cranioplastie qui s'est infectée à multiples reprises (6x)	3-4 sem.
3	42 ans	17 ans	Urbaine en association	Arthrite septique de l'épaule	3-4 sem.
4	33 ans	6 ans post-assistanat	Solo mais maison médicale en construction	Thrombophlébite du sinus caverneux	2 mois
5	57 ans	31 ans	Maison médicale au forfait	Endocardite	Non précisé

Pour tous ces MG, il s'agissait d'une première collaboration avec AntibioHome.

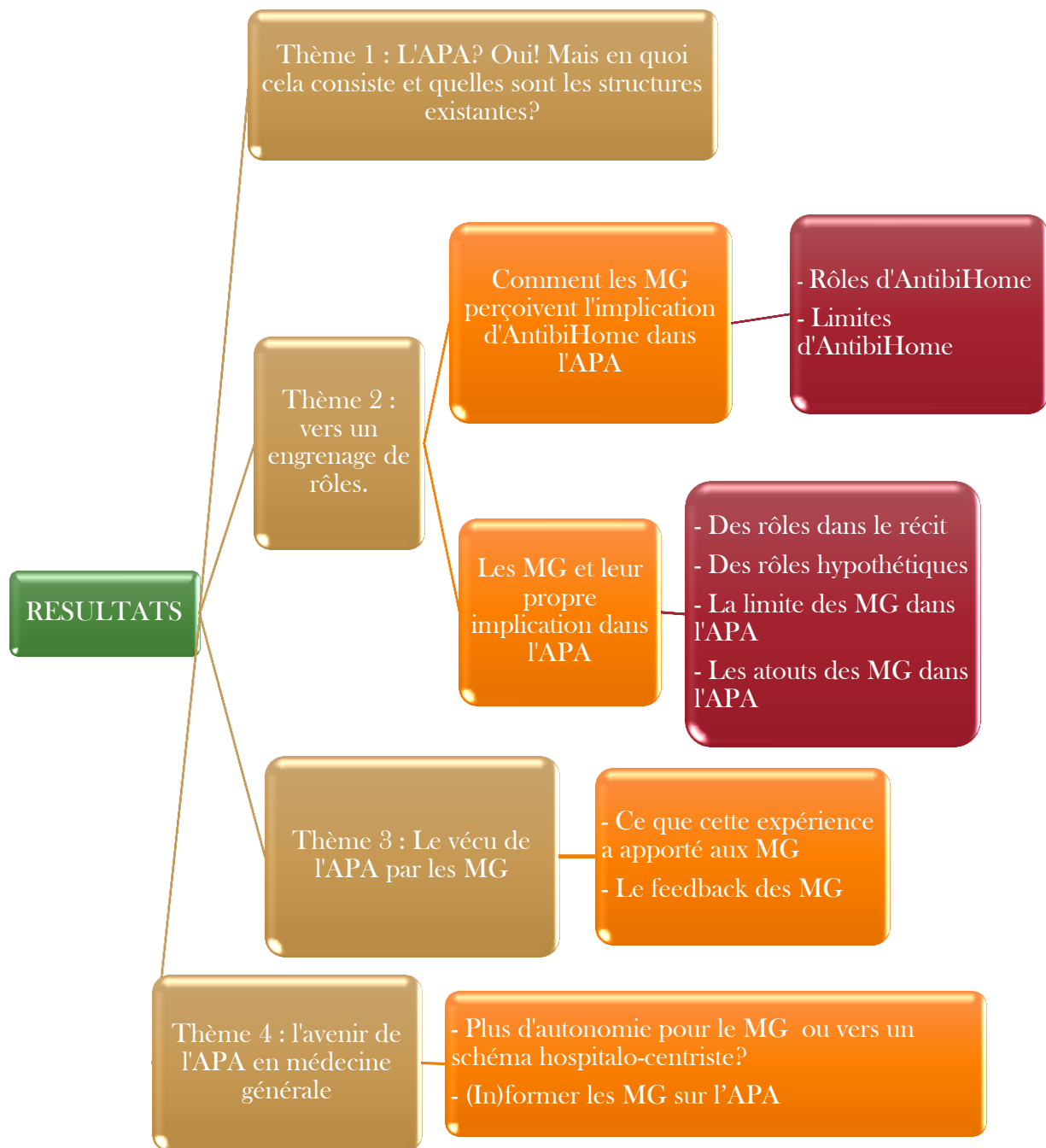


Figure 14 - Analyse qualitative : vue d'ensemble des thèmes et des catégories

3.3.2. THÈME 1: L'APA ? OUI ! MAIS EN QUOI CELA CONSISTE ET QUELLES SONT LES STRUCTURES EXISTANTES ?

À moins de participer aux projets pilotes de Maggie Deblock, les MG interrogés expliquent qu'ils ne sont pas toujours très à jour sur le sujet.

Médecin 3 « *Je participe à la mise en place des projets ici sur la région donc moi je suis au courant* »

Médecin 2 « *Je ne suis pas très branché.* »

Avant cette expérience, leurs connaissances sur l'APA étaient également vagues. La théorie sur la gestion des perfusions remontent à l'époque de leurs stages hospitaliers.

Médecin 3 : « *Je connaissais l'antibiothérapie intraveineuse à partir de mes stages de médecine interne mais à part ça, je n'y connaissais rien du tout, c'est certain.*»

Toutefois, ils saluent l'idée d'amener les perfusions IV d'AB au domicile et sont conscients des avantages de l'APA pour notre société.

Médecin 1 : « *C'est une bonne chose d'un point de vue santé publique : on a tout intérêt à développer ça.* »

Certains ne connaissaient pas le service AntibiHome avant leur expérience d'APA.

Médecin 5 : « [Aviez-vous déjà entendu parler d'AntibiHome avant cette expérience ?] *Non. C'était tout au début qu'on discute effectivement que certaines choses hospitalières allaient peut-être revenir un peu vers le domicile. Mais non, non, pas plus que ça quoi, non.* »

L'un d'eux explique que l'équipe d'APA a essuyé quelques réactions protectionnistes de la part des MG lorsqu'ils ont démarré le projet dans la région de Charleroi.

Médecin 3 : « *A chaud, je pense que la plupart des gens ont des réflexes un petit peu protectionnistes en disant 'Mais non, qu'est-ce que c'est que ça ?'* »

Petit à petit, l'oiseau fait son nid. AntibiHome est plus présent dans le paysage des MG.

Médecin 1 « *Ils ont commencé un petit peu à faire leur pub et donc là, on est un peu plus au courant.* »

3.3.3. THÈME 2 : UN ENGRENAGE DE RÔLES

A. AntibHome : ses rôles et ses limites dans l'APA

Il ressort des témoignages des médecins interrogés une série de rôles et de limites que pourrait rencontrer le service AntibHome.

i. Rôles d'AntibHome dans l'APA

Voici les rôles définis pour AntibHome selon les MG interrogés. Ces rôles sont triés selon trois moments distincts de l'APA : au début, au milieu et à la fin.

I. AntibHome prépare le coup d'envoi

Les MG ont relevé des rôles joués par AntibHome : **juger si l'APA est faisable ou non**, décider de **la procédure**, contacter les **MG** afin de leur demander leur accord, **former les infirmières** à l'APA et **mettre en place de l'équipe infirmière à domicile** si le patient ou le MG n'en ont pas à ce moment-là.

Médecin 3 « *L'indication, c'est l'infectiologue qui va le faire.* »

Médecin 2 « *J'ai été contacté par le docteur qui m'a demandé mon accord.* »

Médecin 3 « *... je pense que la procédure, c'est l'infectiologue qui décide.* »

Médecin 4 « *On connaît quelques spécificités d'infirmières, certaines qui sont spécialisées là-dedans, d'autres qui ont suivi des formations. Et donc on sait à qui référer. Si par contre, si elles n'étaient pas disponibles, là, on aurait fait appel à l'équipe d'AntibHome. »*

Médecin 5 : « *Donc il y a l'infirmier de l'hôpital qui est venu faire une démonstration au niveau du matériel avec les quatre infirmières qui travaillent ici puisqu'elles allaient toutes le prendre en charge. »*

II. AntibHome au cœur du projet

Un rôle de **suivi** et de **communication** avec le patient a été évoqué.

Médecin 2 : « *Le patient recevait aussi des coups de téléphone de l'hôpital pendant le traitement. »*

III. AntibHome met fin au processus

La clôture de l'APA est une étape importante car l'infectiologue **s'assure de la guérison du patient**. Il doit également **communiquer** les conclusions de cette expérience avec le MG au travers d'un courrier ou d'un appel téléphonique.

Médecin 1 « *En tout cas pour elle, tout s'est très bien passé, au bout de six mois ils ont contrôlé et tout était parfait. Ils ont défait la Picline. »*

Médecin 2 « *Le patient est retourné au centre hospitalier voir l'infectiologue, et l'infectiologue m'a envoyé un rapport de clôture. »*

ii. Les limites d'AntibiHome perçues par les MG.

L'inconnu du domicile est une limite rapportée à plusieurs reprises par nos MG. L'un d'eux évoque également la difficulté liée à la **charge importante de travail** que peuvent rencontrer les médecins spécialistes.

Médecin 2 : « *Parce que nos braves infectiologues (rire du médecin), du haut de leur hôpital, ne se rendent pas très bien compte parfois dans quel état de propreté ou de saleté les gens vivent. »*

Médecin 2 : « *Maintenant, je ne sais pas dans quel sens ça va évoluer, mais il est sûr que les infectiologues qui ont déjà beaucoup de travail à l'hôpital, s'ils doivent en plus chapeauter ou diriger des projets d'antibiothérapie à domicile, je pense qu'ils risquent d'être vite débordés ... »*

B. Les MG et leur implication dans l'APA

i. Les rôles des MG dans leur récit

Quatre rôles ont été joués par nos MG : poser le **diagnostic**, assurer le **suivi du patient** (au domicile, en consultation ou par téléphone), **rassurer** leur patient et **communiquer** avec le patient et l'équipe soignante.

Médecin 4 : « *... j'ai juste fait le diagnostic ... »*

Médecin 1 : « *La patiente est venue régulièrement et on a discuté...*»

Médecin 2 : « *Le patient voulait ma visite pour contrôler ses paramètres, voir si tout allait bien, mais il n'y avait pas de demande bien particulière. »*

Médecin 3 : « *Je l'ai [le patient] contacté en disant 'tiens, comment ça va ?'. Oui, c'est moi qui ai pris l'initiative. »*

Médecin 2 : « *Chaque fois qu'on [l'infirmière et le MG] se rencontrait, [...] on prenait quand même cinq minutes pour parler du patient et voir comment ça se passait. »*

ii. Réflexions des MG sur leur implication hypothétique dans l'APA

Voici une série de rôle que les MG suggèrent pouvoir accomplir dans la prise en charge d'une APA. Ces rôles se distinguent en trois parties : au début, durant et à la fin de l'APA.

I. La place du MG au lancement de l'APA

Certains MG n'avaient pas l'impression d'avoir un rôle à jouer dans cette première partie de l'APA.

Médecin 4 : « *Dans le lancement de l'antibiothérapie, je ne vois pas très bien quel rôle on pourrait jouer. »*

D'autres ont proposé ces rôles : **poser le diagnostic**, contacter un service d'APA pour **lancer la procédure**, **autoriser l'APA**, **sécuriser** temporairement le domicile du patient et pouvoir **répondre aux questions** de celui-ci.

Médecin 2 : « *Le médecin généraliste est peut-être encore à même d'établir un diagnostic bactériologique ... »*

Médecin 2 : « *À partir du moment où le germe est identifié, où l'antibiogramme est réalisé, je ne vois pas pourquoi un médecin généraliste ne pourrait pas déclencher lui-même l'antibiothérapie intraveineuse. »*

Médecin 2 : « *Là, je pense qu'on a un rôle à jouer d'autorisation, de non-autorisation ou de surveillance, donc un milieu non hygiénique peut être amélioré provisoirement pendant l'antibiothérapie si les gens sont vraiment motivés. »*

Médecin 1 : « *... le rendez-vous chez le spécialiste c'est généralement court. Ils n'ont pas toujours bien compris. Donc, lui expliquer comment ça va se passer et pourquoi surtout on est obligé de faire ça à la maison et pourquoi on ne peut pas simplement lui donner, par exemple par voie orale. »*

II. La place du MG en plein cœur du processus

Deux rôles principaux ressortent dans le discours de chaque MG : le **suivi** et la **surveillance**, à travers notamment un suivi de la biologie clinique. La plupart pensent que le MG pourrait **gérer certaines complications** ou **effets secondaires** et qu'il serait le **premier** à intervenir. L'un d'eux soulève qu'un MG doit également **savoir quand référer** la situation à la seconde ligne. La **coordination** des soins et la **collaboration** avec les autres soignants ont aussi

été proposées. L'un des MG évoque la **disponibilité** du MG auprès du patient et des infirmiers à domicile. Enfin, certains trouvent que le MG a une place **au cœur des émotions du patient**.

Médecin 4 : « *Je pense aussi pendant le suivi que ce serait intéressant qu'on aille doser une fonction hépatique, une fonction rénale, de voir que les antibiotiques ne fassent pas de dégâts.* »

Médecin 1 : « *A priori, c'est la première personne [le MG] qui est appelée quand il y a une complication.*»

Médecin 1 : « *Nous aussi dans notre pratique clinique, on peut vraiment acquérir les bons gestes et savoir quand orienter.*»

Médecin 3 : « *je pense que c'est plutôt un rôle de coordination et éventuellement un rôle de surveillance. S'il y a un souci de faire le lien quoi, je pense que c'est ça...* »

Médecin 3 : « *Donc, je pense qu'on a toute notre place en collaboration avec les médecins hospitaliers.* »

Médecin 5 : « *Je me vois plus dans un rôle de support ou un rôle d'avis au cas où il y a des soucis.* »

Médecin 5 : « *Ils [les patients] sont parfois submergés donc nous on est là à ce moment-là.* »

Pour clôturer ce point, voici l'avis d'un des MG qui répond que, finalement, son rôle au cours de l'APA, c'est leur **boulot de tous les jours**.

Médecin 4 : « *Fin, notre boulot habituel, en fait. Finalement.* »

III. Les propositions de rôles du MG à la fin de la procédure

Trois rôles ont été proposés : **surveiller** chez le patient d'éventuelles récurrences et séquelles, **faire le point** avec le patient et donner un **feedback** à l'équipe.

Médecin 2 « *Surveillez la permanence de la guérison, voir s'il n'y a pas de récurrence, voir s'il n'y a pas de séquelle au niveau des sites de production ou des sites intraveineux, par exemple.* »

Médecin 1 : « Être sûr que tout s'est bien passé. Ou de soulever, par exemple, des points négatifs pour faire évoluer l'équipe, pour voir un petit peu s'il y avait des problèmes à ce niveau-là, pour faire un feedback, en fait, avec le patient et avec l'équipe. »

iii. Les limites rencontrées par le MG

De nombreux facteurs viennent limiter l'implication des MG dans l'APA. Tout d'abord, leur implication au niveau du suivi peut **varier en fonction du patient ou de la pathologie**. De plus, ils n'ont **pas accès aux AB**. Ceux-ci sont prescrits par les médecins spécialistes. Ensuite, les MG n'ont **pas l'habitude** de prendre en charge ce type d'expérience médicale : l'APA est une **pratique encore peu courante** en Belgique en médecine générale, et la **théorie sur ces AB** date parfois des bancs de la faculté. Par ailleurs, leur métier est très **chronophage**, cela peut nuire à leur disponibilité. Enfin, tous les médecins interrogés estiment que ce n'est pas à eux de poser des perfusions mais qu'il s'agit là du rôle des infirmiers formés à cet effet.

Médecin 3 : « Je pense qu'on a un rôle de passer un jour, mais bon ici ça ne s'est pas fait parce que c'était un patient extrêmement compliant et très bien. Mais si ce sont des patients plus fragiles, peut-être passer au moins une fois, voir comment ça se passe. S'assurer que ça se passe bien, quoi. »

Médecin 2 : « Il reste le choix de l'antibiotique. Et comme je n'y ai pas accès en médecine générale, et bien AntibioHome est vraiment la solution idéale dans ce cas-là. »

Médecin 5 : « En quelques années, on en [cas d'APA] a eu qu'un. »

Médecin 4 : « J'ai complètement carrément tout oublié concernant la rocéphine. »

Médecin 3 : « ... mais bon on n'a pas toujours le temps. »

Médecin 4 : « Le rôle de poser une perf? Je ne crois pas que ce soit notre job parce qu'on en pose excessivement rarement. »

iv. Le principal atout de la médecine générale : la relation médecin-patient

La **confiance** que le patient peut avoir en son médecin traitant est un atout relevé par plusieurs médecins. Ils estiment que, souvent, c'est eux que le patient appelle en premier en cas de soucis. En outre, le **temps est également un allié**, car il leur a permis d'apprendre à **connaître leur patient** tant sur le plan **médical** – ils élaborent son dossier médical – que **privé**.

Médecin 2 : « *Je pense que le patient m'aurait appelé s'il y avait eu des complications. Je pense que la relation de confiance est telle - c'est un patient que je soigne depuis plus de 30 ans - je pense qu'il n'aurait pas téléphoné à un infectiologue. »*

Médecin 3: « *Mais nous, on vient en complément pour dire : 'oui, c'est faisable, pas faisable.' Connaissant les antécédents des patients, connaissant son milieu de vie. Nous on peut valider de ce côté-là, maintenant la mise en place...»*

Médecin 1 : « *Alors, c'est patiente-là... Je vais reprendre un dossier, ce sera un peu plus facile. »*



Figure 15 - Les atouts de chaque intervenant sont les rouages de l'engrenage d'un soin de qualité.

3.3.4. THÈME 3 : LE VÉCU DE L'APA PAR LES MG

A. Ce que cette expérience a apporté aux MG

Cette expérience a appris aux MG en quoi consistait l'APA. Ils pourront dorénavant mieux **informer le patient et le rassurer**.

Médecin 2 : « *... on sait qu'on peut faire appel à ce genre de structure. »*

Médecin 3 : « *... je pourrais encore mieux lui [le patient] expliquer et lui dire 'Bon, ben voilà, on l'a déjà fait, et ça s'est bien passé'.*»

Médecin 1 : « *Ça a permis voilà de voir comment gérer, comme à l'hôpital, en cas de perf bouchée où des choses comme ça... la température ou les autres problèmes [...] Après voilà, j'ai appris aussi des connaissances un petit peu plus générales au niveau des antibiotiques et des choses qu'on peut faire à domicile.* »

B. Le feedback des MG

Globalement, les MG estiment que cette expérience **s'est bien passée**. Ils évoquent la satisfaction du patient et parfois celle de l'équipe infirmière. Deux d'entre eux soulignent la valorisation de cette profession à travers l'APA. Ensuite, l'un des médecins explique qu'il se sentira plus serein lorsqu'il devra réitérer l'expérience, grâce au soutien qu'il a trouvé en AntibiHome.

Médecin 5 : « *Ça s'est très bien passé. Le patient était satisfait et l'équipe soignante aussi. [...] C'est chouette parce que notre équipe d'infirmières elle aime bien tout cela. Elle est prête à relever des trucs comme ça.* »

Médecin 1 : « *J'aborderai de manière beaucoup plus sereine, vu que j'ai déjà une première expérience qui s'est bien passée. Donc, je sais que derrière moi, il y a des soutiens et des appuis.* »

Le sentiment d'être impliqué dans le projet est plus mitigé. L'un des médecins, qui participe aux projets pilotes de la région de Charleroi, décrit une **volonté d'AntibiHome d'impliquer** les MG dans le projet. Un autre médecin compare le projet d'APA à son expérience de chimiothérapie à domicile, et a l'impression d'être **plus intégré** avec AntibiHome que dans l'expérience d'oncologie. Cependant, l'un des MG n'a pas été contacté au lancement de l'APA, et il ne se rappelle pas qu'on lui ait demandé son avis pour mettre en place l'équipe infirmière, alors que son patient n'en avait pas. Ce médecin exprime malgré cela **l'envie de participer** d'avantage au projet. L'expérience de ce MG date du début du projet, or un **défaut de communication** semblait plus fréquent à cette époque.

L'un des médecins souligne également les **aprioris** que certains MG ont pu avoir en réaction à l'arrivée de l'hôpital au domicile de leurs patients.

Enfin, la plupart des MG expliquent qu'il y a eu **peu de communication** entre AntibiHome et eux au cours de l'APA. Cependant, ils ont le sentiment que ce n'était pas nécessaire car tout s'était bien passé et que s'il avait fallu, il y en aurait certainement eu plus.

Médecin 3 : « *Je vais parler pour l'expérience pilote ici sur Charleroi, je pense que dès le départ, il y a une volonté d'impliquer les généralistes.* »

Médecin 5 : « *..., ce qui était différent dans le cas où nous, on a eu des soins oncologiques à domicile, [...] on avait une farde soi-disant de liaison, mais on avait vraiment l'impression quand on écrivait des choses de dessus, dedans, ben que c'était pas lu [parle des soins oncologiques]. On a eu moins l'impression d'une collaboration, d'être partie prenante de quelque chose que l'expérience qu'on a eue avec les antibiotiques. »*

Médecin 4 : « *[Qui a mis en place l'équipe infi ?] Et bien je suppose l'hôpital, mais c'était pas moi en tout cas. [...] il [le patient] n'en a pas [...] Ils ont mis quelqu'un mais ils n'ont pas demandé avec qui je travaillais. Enfin je crois pas. J'avoue que ça fait 3 ans, désolé... [...] Il [le patient] m'a juste mis au courant qu'il sortait avec AntibioHome, mais qu'ils s'occupaient de tout et voilà. »*

Médecin 4 : « *Si on me demande de jouer un plus grand rôle, je le ferai avec plaisir parce que c'est toujours gai de sortir de sa zone de confort. »*

Médecin 3 : « *Ils ont fait leur maladie de jeunesse parce qu'au départ, il y a eu des problèmes de communication bon, voilà... »*

Médecin 2 : « *Voilà, c'était quand même relativement limité comme collaboration. Maintenant, les choses se sont très, très bien passées et il n'y a pas eu de complication. Donc s'il y en avait eu, peut-être que ça aurait été plus interactif, plus interagissant, ça c'est certain. »*

3.3.5. THÈME 4 : L'AVENIR DE L'APA POUR LES MG

A. Plus d'autonomie pour le MG ou vers un schéma hospitalo-centriste ?

Une part de l'avenir est incertaine. Vers quoi nous dirigeons-nous ? Le MG aura-t-il plus de responsabilités ? Ou dépendra-t-il plus de l'hôpital ? Ce qui semble évident, c'est qu'il va rencontrer de plus en plus souvent d'APA au cours du temps.

Médecin 2 : « *Donc maintenant, quel rôle chacun va avoir à l'avenir ? Est-ce que l'infectiologue va rester tout puissant ? Est-ce que le généraliste va récupérer un petit peu d'autonomie au niveau de l'antibiothérapie ? L'avenir nous le dira. »*

Médecin 1 : « *Donc, c'est quelque chose qu'on va être amené à faire régulièrement, au même titre que les soins palliatifs ou les chimio à domicile. »*

B. (In)former les MG sur l'APA

i. Pourquoi ne pas trop (in)former

Certains médecins estiment qu'une **formation basique** suffit. Le MG risque de **se noyer** d'informations si on lui fournit toute la théorie en une fois. Il aura eu le temps de l'**oublier** lorsqu'il en aura besoin étant donné que l'APA est encore **peu fréquente** à l'heure actuelle. Sans compter la **particularité du cas clinique** et de la pathologie, qui peut faire varier la prise en charge par le MG. Enfin, presque tous estiment qu'ils n'ont **pas besoin d'une formation technique** comme celles des infirmières car ce n'est pas eux qui vont poser les perfusions.

Médecin 5 : « *Enfin en tout cas, moi, je ne me suis pas sentie en manque de formation et d'information, etc. Donc non, je pense qu'une formation de base, c'est bon.* »

Médecin 3 : « *Non, je ne pense pas qu'il faille des formations beaucoup plus poussées parce que après chaque cas est différent et donc à adapter en fonction de nos connaissances aussi.* »

Médecin 3 : « *... tu n'auras pas non plus 36 cas. Si t'as l'info, si ça tombe, t'auras un cas seulement deux à trois ans après, donc tu auras déjà oublié la moitié. Donc, donner des informations plus précises, plus ponctuelles, ça va s'oublier.* »

Médecin 1 : « *On n'est pas non plus des infirmières. On n'a pas besoin de savoir poser une perfusion ou des choses comme ça, on n'a pas à le réaliser.* »

ii. Quelles informations ?

Voici les points théoriques que les MG jugent utiles de revoir : les points à surveiller et la prise en charge des **complications** typiques de l'APA, les **signaux d'alarme** nécessitant un appel de la seconde ligne, la **pharmacologie** sur les AB utilisés et le **suivi** adapté, les **indications** et les **conditions** d'accès à l'APA et enfin les **types de perfusion** utilisés.

Médecin 5 : « *... tout ce qui est les points d'attention à la fois sur les antibiotiques utilisés, sur les complications de la technique en elle-même, etc.* »

Médecin 1 : « *Nous aussi dans notre pratique clinique, on peut vraiment acquérir les bons gestes et savoir quand orienter* »

Médecin 2 : « *Des antibiotiques ! L'utilisation des antibiotiques de seconde ou de troisième abord que nous n'avons pas l'habitude d'utiliser donc on ne s'en informe forcément pas. Comme on ne les manie pas, on ne les manipule pas, on ne les connaît pas.* »

Médecin 4 : « *ce qu'on a besoin de doser pendant le traitement, pour voir s'il y a des effets secondaires à la prise de sang.* »

Médecin 3 : « *Quelles sont les indications de l'antibiothérapie? Quelles sont les conditions qui ont été mises en place? [...] Expliquer les différents types de perfusions.* »

iii. Où trouver l'information ?

S'informer, oui, mais où et comment ? L'un des MG apprécie qu'AntibiHome fournisse l'information lors de GLEMS ou de Dodecas groupes. L'avantage de ce mode d'information est qu'il privilégie la **rencontre** entre l'hôpital et les MG et peut renforcer des liens pour une meilleure **collaboration**. Une autre façon pour AntibioHome d'informer les MG est de laisser au domicile du patient une **farde** contenant les possibles complications et leurs points d'appel. Enfin, deux MG estiment que l'accès à l'**information** dans notre société est facilité par **internet** et par les **moyens de communication** rapides qui nous permettent de contacter nos collègues généralistes ou spécialistes. L'un d'eux soumet l'idée de créer des **vidéos**, accessibles à tout moment, pour les MG, afin de faciliter encore plus l'accès aux informations.

Médecin 1 : « *On a beaucoup plus tendance à les [spécialistes] appeler si on a déjà eu un premier contact avec eux et si on a déjà pu savoir qui faisait quoi. C'est vraiment une bonne chose s'ils participent à des GLEMS.* »

Médecin 3 : « *Quelles que soient les complications, il y a un schéma, tu as une petite farde avec les complications, et soit tu sais gérer directement soit plutôt donner un coup de téléphone et tu référeras. Parce que le truc est bien fait.* »

Médecin 4 : « *L'information, on la trouve hyper facilement maintenant grâce à Internet quand on est face à un problème. [...] on a plein de collègues, on a tous des réseaux avec des spécialistes qui sont prêts à filer des coups de main dès qu'on ne sait pas un truc. [...] S'ils pouvaient faire des séances d'information sur YouTube, où on pourrait s'informer, ce serait parfait. Moi, je suis vraiment un grand partisan de ce genre d'enseignements en ligne parce que ça permet vraiment de se renseigner au moment où on a du temps.* »

iv. Quels sont les freins ?

Les MG évoquent différents freins à l'information sur l'APA pour les MG. Premièrement, si AntibioHome fournit des séances d'information, il faut en **informer les MG**. Une solution serait de **sensibiliser** les organisateurs des GLEMS. Deuxièmement, certains

pensent que si l'information est donnée à l'hôpital, le temps et la distance pourrait décourager les MG à y participer. Troisièmement, le nombre de séances est limité. Quatrièmement, la difficulté pour l'hôpital de **trouver les bons canaux d'information** a été soulignée par l'un des MG et contrecarrée par un autre, qui estime au contraire qu'il existe justement un **bon réseau** de médecine générale à Charleroi. Cinquièmement, étant donné que cette expérience est **rare** actuellement dans leur pratique, ils pourraient ne pas être intéressés par ce sujet. Dernièrement et sixièmement, un MG évoque une **masse importante** d'informations adressées aux MG qui peut s'y noyer.

Médecin 1 : « *Mais déjà qu'on ne sache pas qu'il y a des séances d'information. C'est clair que si c'est le responsable du GLEM qui l'organise et si on le sensibilise, il y en aura déjà plus.* » [...] *Si je vois qu'il y a une source d'informations à l'Hôpital, je ne vais pas forcément y aller parce que je n'ai pas le temps ou c'est trop loin... Donc c'est beaucoup plus facile si c'est eux qui viennent à nous dans un plus gros groupe pour toucher plus de médecins que si c'est nous qui devons y aller.* »

Médecin 3 : « *Si tu loupes l'info, ils n'en n'ont pas fait non plus 36. Donc si t'as loupé la première ben t'es pas au courant.* [...] *Je pense que c'est difficile aussi de trouver les bons canaux d'information, quoi... ça c'est toujours le problème.* »

Médecin 2 : « *L'information vient du milieu hospitalier. C'est quand même très étonnant parce que, notamment à Charleroi, il y a quand même une bonne communication entre le réseau hospitalier tant le GHdC que le CHU et les médecins généralistes. C'est via la FAGC, via la Société de médecine de Charleroi, donc je suis quand même étonné que l'on n'ait pas, un jour ou l'autre, été contacté pour ce genre de projets.* »

Médecin 5 : « *Mais dans la mesure où c'est très rare en général, c'est que quand on en a besoin qu'on se renseigne.* »

Médecin 3 : « *Je pense qu'il y a beaucoup d'infos aussi. Si on devait être au courant de tout ce qui se fait, heu ... (rire du médecin)...* »

4. DISCUSSION

4.1. QUEL RÔLE POUR LE MG DANS L'APA ? LA CONFRONTATION DES RÉSULTATS À LA LITTÉRATURE

Différents rôles ressortent de nos résultats. Nous allons les confronter à la recherche littéraire en les séparant selon les trois phases du processus d'APA : lors de sa mise en place, au cours de celle-ci et lors de sa clôture.

4.1.1. LA MISE EN PLACE DE L'APA

« *Le diagnostic et la mise en place de l'APA* »

De nombreuses infections traitées par APA peuvent être diagnostiquées en médecine générale. Une étude publiée en février 2020 par la Maine-Dartmouth Family Medicine Residency (Etat de Géorgie - USA) montre que « *les patients souffrant d'infections bactériennes de la peau et des tissus mous se présentent généralement chez le médecin de famille* ». (12) Or ce sont justement ces infections, après celles des os et des articulations, qui nécessitent le plus fréquemment l'APA. (13) Effectivement, nous constatons dans nos résultats que l'un des MG interrogés a posé le diagnostic ayant mené à l'instauration de l'APA.

Ce rôle de diagnostic entraîne un autre : celui de contacter les services d'APA pour mettre en place le projet. Or, sur les 33 MG ayant répondu à notre questionnaire, un seul a proposé, en collaboration avec son patient, de mettre en place l'APA. Ce faible taux peut s'expliquer par un manque de connaissance sur l'existence d'AntibiHome. Un défaut de communication sur le lancement du projet a effectivement été relevé dans notre analyse qualitative. De plus, 79 % des MG n'ont connu qu'une seule fois cette expérience. Se lancer dans une collaboration avec une équipe qu'on ne connaît pas pourrait éventuellement être un frein au lancement du projet par le MG. D'ailleurs, l'un des médecins interviewés explique qu'il sera plus serein à réitérer l'expérience, car il sait que cela s'est bien passé. On peut donc supposer qu'à force de collaborations avec le service d'APA, les MG seront de plus en plus nombreux à faire appel d'eux-mêmes à ce type de soins.

Pourquoi est-ce important que le MG puisse faire appel à cette structure ? Cela pourrait éventuellement éviter un passage par les urgences et raccourcir la durée d'hospitalisation. Cela sera d'autant plus vrai le jour où AntibioHome pourra placer le cathéter en hôpital de jour. C'est une hypothèse qu'il serait intéressant d'étudier.

« *L'accord pour lancer le projet* »

Diverses études ont montré que la décision d'instaurer l'APA doit être prise avec l'accord d'un spécialiste. L'IDSA notamment recommande une évaluation de la situation par un médecin expert avant de mettre en route l'APA. (1)

Toutefois, aucun article de la littérature ne mentionne l'accord du MG sur l'instauration de l'APA. En Belgique, l'UGent ne fait apparemment pas intervenir le MG à ce niveau. (4) AntibioHome semble donc innover en demandant l'accord du MG pour instaurer les soins. Effectivement, les MG connaissent leur patient. Ils peuvent révéler certains éléments qui peuvent impacter la décision de lancer ou non l'APA. C'est pourquoi AntibioHome a décidé de contacter à chaque fois le médecin traitant pour avoir leur avis sur la question. On remarque cependant que cette ligne de conduite n'a pas toujours été appliquée. Nous citons en exemple l'expérience d'un des médecins interrogés qui n'a eu qu'un seul contact avec l'équipe à la fin du traitement, via un courrier de clôture. Il se peut que ce défaut de communication était plus fréquent au début du projet que maintenant.

L'implication du MG dans la décision de lancer l'APA permettrait de limiter ce type de soins chez des personnes qui risqueraient de mettre en échec le service ou, au contraire, de rassurer l'équipe d'APA sur la faisabilité du projet pour le patient.

« *Le choix de la procédure* »

Une étude, publiée par Mahatumarat T et al. en 2019 en Thaïlande, a démontré une augmentation de prescriptions inadéquates des AB quand il n'y a pas de contrôle réalisé par un spécialiste. (14) Le choix des AB et des détails de la procédure doivent passer par un médecin formé. C'est également l'avis que partagent la plupart des MG interrogés, même si deux des MG interrogés sont d'avis qu'ils peuvent « tout faire ».

Différents freins limitent l'accès à ce rôle pour les MG. D'une part, les MG n'ont pas accès à la prescription de ces AB. D'autre part, il s'agit d'AB qu'ils n'ont pas l'habitude de manipuler. Or, comme le souligne l'un des MG interrogés, il est important de poser la bonne indication de traitement afin de préserver notre arsenal thérapeutique des résistances microbiennes. Afin de viser une meilleure assurance qualité, il vaut donc mieux laisser ce rôle aux médecins formés.

« *La mise en place de l'équipe infirmière* »

Ravelingien et al. expliquent qu'il n'est pas éthique d'imposer une équipe infirmière au patient. (18) C'est pour cette raison qu'AntibioHome demande d'abord à celui-ci s'il en dispose.

Si ce n'est pas le cas, alors AntibiHome se tourne vers le MG afin de savoir si celui-ci souhaite travailler avec des infirmiers en particulier. Notre enquête rapporte que l'équipe infirmière a été mise en place par le MG dans 18 % des cas et par AntibiHome dans 49 % des cas. Cette différence peut s'expliquer par un manque de disponibilité de l'équipe infirmière proposée par le MG ou par un manque de collaboration entre l'hôpital et le MG.

Il nous paraît important que le MG puisse proposer une équipe infirmière avec laquelle il a l'habitude de collaborer et avec laquelle une confiance mutuelle s'est établie.

Concernant le choix des infirmiers par AntibiHome, nous saluons leur décision de faire participer des infirmiers ne travaillant pas à l'hôpital. Rappelons que la concurrence avec les équipes volantes des hôpitaux peut être difficile pour nos collègues paramédicaux libéraux. Dans le cadre de l'APA à Charleroi, le GHdC propose au contraire de faire appel aux infirmiers indépendants, à condition qu'ils soient formés. Cette formation est primordiale pour la réussite de l'APA ainsi que le souligne Payne D. dans cet article publié en 2019. (15) Elle est disponible auprès de l'infirmier coordinateur d'AntibiHome ou aux SISD Carolo.

« *La connaissance du terrain et son adaptation* »

L'UGent précède le lancement de l'APA par une visite à domicile. (4) Cela pourrait toutefois se révéler intrusif pour le patient. D'autant plus que le MG connaît en général l'état des lieux de l'habitat de son patient. Les MG et les infirmiers qui connaissent le patient et son domicile pourraient estimer l'état des lieux et proposer une adéquation qui garantirait le succès de l'APA.

« *L'information au patient* »

Il est important que le patient comprenne les tenants et aboutissants de ce qui l'attend. Il doit d'ailleurs donner son accord, ainsi que le recommande l'UGent (4). Toutefois, certains MG ont relevé que le patient revenait parfois vers eux après des consultations chez le spécialiste pour des questions qu'il a oublié ou n'a pas osé poser. Il est donc important que le MG puisse fournir au patient un minimum d'informations sur l'APA.

4.1.2. L'APA EN COURS DE PROCESSUS

« *Le suivi et la surveillance* »

D'après notre enquête, il y a un bon suivi du patient par son MG durant l'APA : 63 % des MG ont au moins eu un contact au domicile de leur patient. Parmi les 37 % des MG qui ne

sont pas allés au domicile du patient, certains ont vu leur patient au cabinet ou ont pris des nouvelles par téléphone.

Le MG peut être amené à rencontrer son patient pour un avis médical en lien avec l'APA ou, au contraire, pour un tout autre motif. Qu'il soit impliqué ou non dans le projet, le MG est présent. Il semble donc important qu'il ait des connaissances suffisantes sur le sujet pour réagir au mieux et fournir les informations adéquates au patient, si nécessaire.

L'UGent assure le suivi dans l'APA par un des médecins de l'équipe et non par le MG. La procédure de surveillance est définie à l'avance par le spécialiste. Ils évaluent chaque semaine la formule sanguine complète, la CRP et la fonction rénale. D'autres valeurs biologiques peuvent être ajoutées selon le type d'AB utilisé. (4) Ce suivi biologique pourrait être réalisé par un MG, à condition d'avoir été préalablement informé par l'équipe sur les spécificités du traitement.

Concernant les complications au cours de l'APA, voici celles relevées par l'université catholique de Leuven (16), de janvier 2017 à janvier 2019 : sur 152 APA, 22 (14,4%) ont rencontré des effets secondaires. Ceux-ci étaient liés au cathéter dans 7,9 % des cas et aux AB dans 6,6 % des cas. Parmi ces 152 APA, 9,2% ont dû être ré-hospitalisés, le plus souvent à cause d'un problème lié au cathéter. Notre enquête révèle un taux de complications anormalement élevé en comparaison à la plupart des études publiées sur ce sujet : 15 MG sur 33 (46%) ont au moins rencontré une complication liée au cathéter, aux AB ou iatrogènes. 10 MG (30%) ont rencontré au moins un problème lié au PICCline, 8 MG (24 %) ont rencontré au moins un problème lié à l'AB et 3 MG (9 %) ont rencontré des complications iatrogènes. La seule comparaison identique avec la littérature est que les complications les plus souvent rencontrées sont plus liées au cathéter qu'à l'AB.

Il semble donc important que le MG ait accès aux informations sur les complications et leur prise en charge. C'est également ce que propose le Dr Picart en conclusion de sa thèse : il propose de laisser un référentiel adapté à la gestion des AB et leurs possibles effets secondaires. (17) Ce recueil pourrait s'étendre aux complications liées au cathéter. AntibiHome a effectivement laissé un protocole de bonne prise en charge des complications au domicile du patient. Cependant, on constate que seulement 21 MG (66 %) ont eu connaissance de ces protocoles. Il serait intéressant d'améliorer la communication afin que le MG soit au courant des outils dont il dispose.

Rappelons les limites du suivi du patient par le MG dans l'APA face à une complication, telles que dévoilées par le questionnaire ou les entretiens : ne pas être à l'aise avec la situation, estimer que cela nécessite une prise en charge en salle d'urgence, ne pas être disponible ou joignable et ne pas avoir le temps. Cela souligne l'importance de la permanence du service spécialisé. C'est le cas des médecins d'AntibiHome qui restent joignables à la fois pour le patient et pour les soignants de première ligne 24h sur 24, 7 jours sur 7. Enfin, le MG doit accepter de référer la situation lorsque cela devient nécessaire. Le suivi est donc un véritable travail collaboratif entre le MG et l'hôpital.

« *La communication* »

Un rôle primordial pour le MG est la communication. Le MG doit être accessible pour le patient, les infirmiers, le pharmacien et l'équipe d'APA afin d'échanger et d'éviter certaines complications. Bien entendu, ce rôle est valable pour chaque acteur. Il est d'ailleurs bien appliqué par nos MG interviewés : donner un coup de téléphone au patient, croiser l'infirmière au domicile et discuter du patient, etc. Sans communication, la collaboration pluridisciplinaire est inexistante.

4.1.3. A LA FIN DE L'APA

« *Décider la fin de l'APA* »

A la fin de l'APA, un examen de contrôle par un spécialiste est recommandé. (1) Cet avis est partagé par plusieurs MG interrogés dans ce TFE. C'est la façon de pratiquer du service AntibiHome. Ils préviennent ensuite le MG de leur décision au travers d'un courrier de fin de prise en charge.

« *Surveiller les éventuelles récurrences ou séquelles* »

Le MG va être amené à revoir son patient. Il peut être le premier soignant averti d'une complication post-APA ou bien d'une récurrence de la pathologie. La prévention, un des grands rôles de la médecine générale, pourrait se faire via un suivi biologique et clinique après le retrait du cathéter. La recherche littérature de ce travail n'a abouti sur aucune donnée à ce sujet.

« *Donner un feedback sur l'APA* »

Raveliengen et al. évoquent l'intérêt d'évaluer le feedback des patients et des soignants de première ligne. (18)

Plusieurs études ont analysé le taux de satisfaction des patients qui semble élevé, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut. Celle-ci pourrait également être évaluée par les MG ou les

infirmiers à domicile, car il arrive que les patients se confient plus facilement à ces soignants. Il ne s'agit pas de briser le secret médical, mais de leur permettre d'apporter des remarques constructives basées sur les dires du patient. Le MG a un rôle de confident qui pourrait permettre à l'équipe d'évoluer.

Recueillir les avis des MG sur leur propre expérience d'APA permettrait de comprendre les atouts ou les faiblesses du projet et apporterait des idées d'amélioration. Par exemple, dans sa thèse publiée en 2016, le Dr Fillit C. a sondé des MG sur l'APA en milieu rural. Ce sondage a permis de révéler des freins à l'utilisation du service : défaut de médecin référent, isolation géographique des patients, surcharge de travail des médecins de campagne et manque de formation sur l'APA pour les soignants de première ligne. (10) Avoir cerné ces problèmes a permis de proposer des solutions dans le but d'améliorer l'accessibilité à l'APA.

Les résultats obtenus lors des entretiens auprès des MG soulignent un sentiment global de satisfaction et la sensation d'être soutenus par l'équipe AntibiHome. Le sentiment d'implication des MG par le service n'est pas partagé par tous les MG interrogés. Certains se sentent investis, d'autres au contraire auraient souhaité l'être plus. Ce feedback montre l'intérêt que porte les MG à collaborer avec les services de seconde ligne et le désir d'être plus impliqués pour certains.

4.2. (IN)FORMER LES MG SUR L'APA

4.2.1. LA PERCEPTION DE L'APA PAR LE MG EN BELGIQUE

L'APA se fait de plus en plus connaître en Belgique depuis le lancement des projets pilotes. Toutefois, les MG ne semblent pas très au courant ni concernés par le sujet. Mais bien qu'ils avouent ne pas y connaître grand-chose, tous saluent l'initiative et semblent convaincus des avantages de l'APA pour la santé publique. Cet engouement est un argument supplémentaire en faveur de la délégation de certains rôles dans l'APA aux MG.

4.2.2. COMMENT (IN)FORMER ?

Plusieurs études à travers le monde insistent sur l'importance de former les équipes soignantes. Mais qu'en est-il de la formation des MG sur l'APA en Belgique ?

Les MG belges semblent peu informés pour le moment. Effectivement, sur les 33 MG ayant répondu au questionnaire de ce TFE, seulement 7 d'entre eux ont participé à une séance

d'information présentée par AntibioHome lors d'un GLEM ou d'un Dodécagroupe. Les raisons évoquées dans le questionnaire et au cours des entretiens sont multiples : il faut savoir que ces séances informatives existent, avoir le temps et l'envie d'y participer et enfin, l'APA étant rare en médecine générale, elle ne fait peut-être pas partie des formations prioritaires des MG.

Comment palier à ces freins et rendre plus accessibles ces séances d'information pour les MG ?

Une idée a été proposée lors des entretiens semi-dirigés : L'e-learning. L'information se trouverait en permanence en vidéo sur un site et le MG pourrait ainsi y accéder quand il en aurait le temps, l'envie ou le besoin. Une motivation de plus pour les MG qui donnent beaucoup de leurs temps dans de nombreuses formations serait d'accréditer ces séances d'informations enregistrées.

Continuer à participer à des GLEMS est important pour ceux qui sont moins à l'aise avec l'informatique. De plus, cela favorise la rencontre et le contact humain. Lorsque l'équipe se présente aux MG, elle les met en confiance et ouvre une porte à la collaboration.

4.2.3. QUELLES INFORMATIONS ?

Bernstein NH et al. ont publié en 1992 un article qui explique que les équipes d'APA doivent éduquer les médecins de premier recours sur la sélection des patients, les considérations AB et la prise en charge par l'équipe de soins à domicile. (19) En Belgique, ces rôles étant relégués aux médecins spécialistes, ces formations ne semblent pas tout à fait pertinentes pour les MG. Aucune étude proposant une formation adaptée aux MG sur l'APA n'a été trouvée dans la recherche littérature.

Il ressort à la fois du questionnaire, de l'interview d'AntibioHome et des entretiens des MG qu'une séance d'information basique suffirait. En effet, le suivi peut varier selon la pathologie traitée, les AB utilisés et le patient (comorbidités, état psychologique, etc.). Il est donc difficilement concevable de former l'ensemble des MG sur tous les cas cliniques d'APA possibles.

Que faut-il enseigner aux MG confrontés à l'APA ?

Plusieurs idées de thèmes ont été proposées lors des entretiens. Tout d'abord, nous retenons l'intérêt d'expliquer le suivi basique à adopter ainsi que les points à surveiller, les bons gestes à tenir faces aux complications typiques de l'APA et enfin les situations nécessitant une

mise au point hospitalière. Ce sont ces informations qui semblent intéresser le plus les MG tant ceux interviewés que ceux ayant participé au questionnaire en ligne. Ensuite, l'idée de revoir la pharmacologie sur les AB utilisés est évoquée. Cette proposition a moins de succès que la précédente. Cela peut se comprendre : la théorie est vaste et revoir tous les AB utilisés en APA n'a pas de sens si le MG en rencontre peu dans sa carrière. Enfin, il serait envisageable d'apprendre les types de perfusions utilisées, en quoi cela consiste et ce à quoi il faut faire attention. À nouveau, cette proposition ne remporte pas l'unanimité. Toutefois, une brève description de ces cathéters pourrait tout de même être intéressante afin que les MG sachent de quoi on parle.

Outre les différentes informations théoriques sur l'APA, il est important également que les MG soient informés sur le mode de fonctionnement du service spécialisé, comme le fait AntibiHome au cours de ses rencontres auprès des MG.

4.3. LIMITES ET PERSPECTIVES

Ce chapitre rapporte les limites rencontrées dans les différentes recherches réalisées au cours de ce TFE. Il est important de les rechercher et de les citer afin de prendre du recul par rapport à certains résultats, mais surtout de proposer des améliorations possibles. Ce TFE nous apprend à rédiger un article scientifique, son autocritique est importante afin de progresser dans notre apprentissage scientifique.

4.3.1. Limites de notre étude mixte

L'analyse des résultats du questionnaire en ligne fut riche en informations et a soulevé des questions intéressantes sur certains sujets. Toutefois, le questionnaire n'a pas été testé au préalable. Certaines questions auraient alors pu être formulées autrement et permettre une meilleure interprétation des résultats.

Ensuite, nous avons choisi de nous limiter à un seul projet pilote, avec une petite population. Bien que le taux de participation était très satisfaisant (54 %), la taille de la population était insuffisante pour élaborer des tests statistiques. Toutefois, ce questionnaire a permis de poser des jalons à l'élaboration des entretiens semi-dirigés et de soulever quelques questions.

Par ailleurs, ce questionnaire a été réalisé entre février et mars, en pleine période de grippe. Les MG ayant beaucoup de travail durant cette période, il est possible que cela ait

impacté leur manière de répondre au questionnaire. Cela expliquerait l'une ou l'autre réponse incohérente retrouvée dans le questionnaire. Une manière d'éviter ce biais serait de soumettre ce questionnaire sur un plus long laps de temps et durant une période où la charge de travail des MG diminue sensiblement (de mai à septembre par exemple). De plus, le projet pilote existe depuis quatre ans, il se peut que les MG aient eu des difficultés à se rappeler certaines informations, telles que les complications rencontrées. Cela pourrait expliquer le taux de complication anormalement élevé. L'idéal serait de soumettre le questionnaire aux MG à la fin de chaque expérience d'APA.

En ce qui concerne les interviews, elles n'ont pas toutes été réalisées en face à face en raison de la pandémie liée au coronavirus en 2020. Les deux derniers entretiens ont été réalisés par téléphone. Cela a pu altérer la qualité d'écoute ou la compréhension des questions. La situation n'a pas permis de procéder autrement, mais il serait plus adéquat d'effectuer les entretiens de la même façon, de préférence en face à face.

A propos des médecins interrogés, le médecin 3 a participé aux projets pilotes, ce qui constitue également un biais.

Enfin, la saturation des données semble avoir été atteinte à la dernière interview étant donné qu'aucune catégorie supplémentaire n'a été créée. Ajouter une interview supplémentaire est discutable, cela aurait éventuellement confirmé la saturation des données mais cela ne semblait pas indispensable.

4.3.2. Perspectives de ce TFE

L'APA en Belgique est récente et le peu d'étude sur l'implication de la médecine générale offre de nombreuses perspectives d'avenir.

Tout d'abord, il serait intéressant de recenser les feedbacks de tous les MG de Belgique ayant déjà expérimenté de l'APA. Cela devrait se faire sur plusieurs années afin d'avoir une cohorte suffisamment importante.

“Plusieurs hypothèses pourraient ainsi être étudiées. Tout d'abord, est-ce que l'implication du MG a un impact sur le succès de l'APA ? “Une étude quantitative pourrait étudier le nombre de réadmission à l'hôpital selon que le MG ait joué ou non un rôle dans le processus : autorisation ou non autorisation de l'APA, suivi du patient au domicile ou au cabinet, etc. Une autre étude pourrait analyser le succès de l'APA selon que le MG impliqué soit formé ou pas, et en quoi consisterait sa formation.

Lorsque le MG diagnostique la pathologie nécessitant l'APA, fera-t-il des économies sur le plan des hospitalisations s'il contacte le service directement plutôt que d'envoyer son patient aux urgences ?

Nous avons également abordé la question de la prévention post-APA. Quels sont les effets secondaires tardifs et les récives qui amèneront le patient à consulter son MG ?

Ces sujets méritent d'y porter une attention particulière pour l'avenir de la médecine générale.

Enfin, étant donné les défauts de communication relevés entre l'hôpital et le MG, il serait intéressant de disposer d'un outil facilitant les échanges et l'accès aux informations sur le patient. Cet outil est d'ailleurs en cours de création, d'après le médecin référent d'AntibiHome.

5. CONCLUSION

Nous avons dégagé différents rôles que le **MG** pourrait jouer dans l'APA: poser le diagnostic, contacter les structures d'APA, collaborer avec le service pour la mise en place de l'APA (donner son accord, informer et rassurer le patient, proposer une équipe infirmière à domicile si le patient n'en possède pas). Nous pensons de plus qu'il peut participer activement à la surveillance et au suivi du patient au cours de l'APA mais également après le processus afin de prévenir d'éventuelles récurrences ou séquelles liées à l'APA. Pour que ce suivi soit bien effectué, les soignants doivent intégrer le **MG** au processus. Enfin, les **MG** devraient régulièrement donner leur retour sur leur expérience d'APA afin d'en dégager des voies d'amélioration.

Nous constatons que pour une meilleure assurance qualité de l'APA, certains rôles sont idéalement limités à l'équipe experte en APA : décider des détails du traitement (l'indication du traitement, le choix de l'AB, la durée du traitement), former des infirmiers ou les orienter vers un service de formation, proposer une équipe d'infirmiers si le patient et le **MG** n'en ont pas et être présents pour le patient et les soignants 24h/24, 7 jours sur 7.

La communication est un devoir pour tous les soignants participant à l'APA. Si elle fait défaut, la collaboration pluridisciplinaire n'existe pas. Il serait intéressant de développer un outil de communication performant qui permettrait un relai d'informations entre tous les soignants. Cela éviterait également une mise à l'écart du **MG**.

Enfin, une séance d'information basique présentant l'équipe d'APA et son mode de fonctionnement est souhaitable. Si une formation plus poussée est proposée, une présentation des complications fréquentes de l'APA et de leur prise en charge adéquate semble la plus appropriée.

En résumé, le **MG** semble avoir toute sa place dans l'APA. Un **MG** correctement formé, disposant des outils de travail et de communication adéquats permettrait une diminution du taux de réadmission hospitalière durant l'APA. Cette hypothèse devra être vérifiée lorsque la progression du fonctionnement des différents services d'APA le permettra.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Norris AH, Shrestha NK, Allison GM, Keller SC, Bhavan KP, Zurlo JJ, et al. [Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Management of Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy]. Clin Infect Dis. 1 janv 2019;68(1):1-4.
2. Moulin DE, Boillat N. [Antibiothérapie parentérale ambulatoire : l'expérience lausannoise au service de nouvelles perspectives]. Rev MÉDICALE SUISSE. 2016;5.
3. Hase R, Yokoyama Y, Suzuki H, Uno S, Mikawa T, Suzuki D, et al. [Review of the first comprehensive outpatient parenteral antimicrobial therapy program in a tertiary care hospital in Japan]. Int J Infect Dis. mars 2020;S120197122030165X.
4. Smismans A, Vantrappen A, Verbiest F, Indevuyst C, Van den Poel B, von Winckelmann S, et al. [OPAT: proof of concept in a peripheral Belgian hospital after review of the literature]. Acta Clin Belg. 4 juill 2018;73(4):257-67.
5. Glauser DF, Kivrak S. [Cathéters centraux insérés par voie périphérique]. Rev MÉDICALE SUISSE. 2018;14(630):3.
6. Rutschmann O, C. S. [Antibiothérapie intraveineuse à domicile]. Rev MÉDICALE SUISSE. 2004;0. 23753(2479).
7. Carrero Caballero MC, Montealegre Sanz M, Cubero Pérez MA. [Medial venous catheter or midline (MVC)]. Rev Enfermeria Barc Spain. janv 2014;37(1):36-41.
8. Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. [L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge - Synthèse.]. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).; 2014.
9. Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique - Maggie Deblock. La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux se poursuit : Douze projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile sélectionnés [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/documentrecherche/Pages/default2.aspx?k=projets%20pilotes>

10. Fillit C. [Antibiothérapie parentérale ambulatoire : évaluation des pratiques et limites en milieu rural]. Université Claude Bernard – Faculté de médecine Lyon Sud; 2016.
11. de Rouffignac S. Analyse qualitative. 2019 févr; UCL.
12. Trelease-Bell A. [Skin Infections and Outpatient Burn Management: Bacterial Skin Infections]. FP Essent. févr 2020;489:11-5.
13. Durojaiye OC, Cartwright K, Ntziora F. [Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in the UK: a cross-sectional survey of acute hospital trusts and health boards]. Diagn Microbiol Infect Dis. janv 2019;93(1):58-62.
14. Mahatumarat T, Pinmanee N, Injai W, Chaiwarith R. [Inappropriateness of Intravenous Antibiotic Prescriptions at Hospital Discharge at a Tertiary Care hospital in Thailand]. Drug Healthc Patient Saf. déc 2019;Volume 11:125-9.
15. Payne D. [Administering intravenous therapy in patients' homes]. Br J Community Nurs. 2 févr 2019;24(2):67-71.
16. Quintens C, Steffens E, Jacobs K, Schuermans A, Van Eldere J, Lagrou K, et al. [Efficacy and safety of a Belgian tertiary care outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) program]. Infection [Internet]. 14 févr 2020 [cité 14 avr 2020]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s15010-020-01398-4>
17. Picard M. [L'antibiothérapie intraveineuse à domicile: évaluation des pratiques] [Internet]. Université des Antilles - Médecine humaine et pathologie; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01683036>
18. Ravelingien T, Buyle F, Deryckere S, Sermijn E, Debrauwere M, Verplancke K, et al. [Optimization of a model of out-of-hospital antibiotic therapy (OPAT) in a Belgian university hospital resulting in a proposal for national implementation]. Acta Clin Belg. 2 sept 2016;71(5):297-302.
19. Bernstein LH. Marketing home i.v. antibiotic therapy to physicians. Caring Natl Assoc Home Care Mag. mai 1992;11(5):50-2, 54, 56.

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE 1 : INTERVIEW DU DR HOLEMANS XAVIER, INFECTIOLOGUE CHEF DE PÔLE AU GHdC ET MÉDECIN COORDINATEUR D'ANTIBIHOME, ET DE MR DEPASSE THOMAS, INFIRMIER COORDINATEUR D'ANTIBIHOME

Mercredi 22 janvier 2020 - Grand Hôpital de Charleroi

Etudiante : « Dr Holemans pouvez-vous me décrire votre rôle en tant que médecin coordinateur ? »

Médecin coordinateur : « Ça se situe à deux niveaux, il y a toute la coordination liée à la mise en place du projet qui est un niveau. Et puis il y a la coordination de chaque épisode de soin que l'on réalise alors en collaboration étroite avec l'infirmier coordinateur. »

Etudiante : « Pour quelle pathologie intervient AntibHome ? »

Médecin coordinateur : “Toute pathologie infectieuse qui demande un traitement pour lequel une antibiothérapie intraveineuse est incontournable et qui a une durée minimum pendant laquelle le patient peut potentiellement rentrer chez lui. Donc ce n'est pas pour des traitements très courts et pas pour des patients qui doivent rester à l'hôpital pour une surveillance ou pour un complément de mise au point ou des choses comme ça. Mais ce n'est pas limité à certaines pathologies infectieuses, c'est ouvert à toutes les pathologies infectieuses pour autant que les critères soient rencontrés.”

Etudiante : « Qu'en est-il de l'endocardite ? »

Médecin coordinateur : “ La particularité de l'endocardite c'est qu'il faut que le patient soit stable et qu'il ait eu le début de son traitement. Les quinze premiers jours sont les plus critiques donc nous ne faisons de toute façon pas de retour à domicile avant les quinze premiers jours. Et il faut que toutes les conditions soient réunies pour que la situation ne s'aggrave pas et qu'il n'y ait pas de souci majeur. Dans le cas de l'endocardite, le profil de patient type c'est celui qui va super bien et qui doit juste rester à l'hôpital pour terminer son traitement pendant 2, 3 ou 4 semaines.”

Etudiante : « Quels critères doit réunir le patient pour qu'il puisse bénéficier de votre équipe ? »

Médecin coordinateur : « Ça, je vous donnerai la liste. »

Etudiante : “Dans la mise en place de l'antibiothérapie parentérale ambulatoire, à quel moment est ce que vous contactez le médecin traitant?”

Médecin coordinateur : “ C’est la première chose que l’on fait : à partir du moment où l’idée germe, soit dans l’esprit du médecin qui est en charge du patient, soit parfois dans l’esprit du patient. Les patients commencent progressivement à savoir que ça existe ou parfois, sans le savoir, ils demandent si ce n’est pas quelque chose qui est possible. Évidemment, on ne va pas déranger le médecin traitant si d’emblée on se rend compte que ce n’est pas possible, il y a une évaluation sommaire qui est faite préalablement. Mais dès lors que l’on se dit que là on a probablement un candidat potentiel, on contacte le médecin généraliste, parce que c’est la première étape. Si le médecin généraliste nous dit « non, c’est pas possible », on s’arrête et on ne passe pas notre temps à faire toute une évaluation ou une organisation complexe. Parfois le médecin généraliste a de bonnes raisons de refuser. Je crois que c’est très bien que l’on commence par-là. C’était une demande de leur part aussi qui nous a semblé tout à fait légitime. Leurs demandes étaient aussi de les contacter avant d’en parler au patient, c’est ce que l’on fait sauf si c’est le patient qui nous en parle avant. »

Etudiante : « Que faites-vous si le patient n’a pas de médecin traitant ? »

Médecin coordinateur : « Ou bien il en choisit un ou bien ça s’arrête. Pas de médecin traitant, pas d’AntibiHome. Alors évidemment, c’est un peu moins confortable pour le médecin généraliste de prendre en charge un nouveau patient qu’il ne connaît pas dans ce contexte-là. Parfois c’est le médecin généraliste du reste de la famille qui s’en occupe. Il a bien sûr le droit de refuser. Mais s’il n’y a pas de médecin généraliste, sous aucune forme, on ne va pas plus loin. »

Etudiante : “Est-ce fréquent que le patient n’ait pas de médecin traitant ?”

Médecin coordinateur : « Non, pour ce profil de patient-là, ce n’est pas fréquent. Ça peut arriver quand un patient vient de déménager par exemple, il n’a pas encore eu l’occasion de choisir un nouveau médecin. Ça peut arriver quand c’est quelqu’un qui n’a jamais rien eu dans sa vie. Il y a un médecin dans la famille mais qui n’est pas forcément son médecin traitant à lui. Mais alors c’est très simple parce que souvent le médecin traitant connaît déjà la famille et c’est lui que le patient choisit mais, non, franchement, ce n’est pas fréquent. »

Etudiante : « Qu'attendez-vous du médecin généraliste ? »

Médecin coordinateur : « Je pense que le médecin généraliste a sa place comme dans n'importe quelle autre pathologie. Je prends parfois l'exemple d'une maladie infectieuse pour un patient qui quitte l'hôpital avec un traitement antibiotique per os. C'est pareil, est-ce que l'on se pose la question du rôle du médecin traitant quand le patient sort de l'hôpital avec un traitement oral ? Il y a des différences, évidemment, puisque il y a le cathéter en plus et peut être des antibiotiques qui sont moins familiers pour le médecin généraliste. Mais globalement, c'est gérer le suivi de l'évolution, c'est répondre aux demandes du patient, c'est s'assurer que tout se passe bien et ça reste aussi pour moi le nœud central du patient. Le médecin généraliste est son premier référent. Peut-être le médecin généraliste a-t-il des infos dont nous ne disposons pas : d'autres spécialistes ou d'autres prises en charge que nous ignorons. Moi je le vois vraiment comme une collaboration étroite autour du patient, ni plus ni moins. Je sais que pour certains c'est une inquiétude. On a eu toutes sortes de questionnement au début du projet « *vous allez me piquer mes patients, vous allez me donner plus de travail* ». Moi je pense que ce n'est pas un vrai gros souci, la différence c'est que le patient au lieu de rester 4, 5, 6 semaines à l'hôpital, reste moins longtemps et continue à bénéficier de son traitement chez lui. Et chez lui, c'est dans son lieu de vie, c'est à la maison mais ça peut être en maison de repos et de soin aussi par exemple. »

Etudiante : « Estimez-vous vous qu'il faille un passage régulier du médecin traitant à domicile ? Combien de passage par semaine estimez-vous nécessaire ? »

Médecin coordinateur : « Très honnêtement, ça dépend de la pathologie et du profil du patient. Par exemple, la femme jeune en bonne santé qui n'a pas d'antécédent mais qui a la malchance de faire une pyélonéphrite avec un Escherichia Coli multi-résistant que l'on ne sait pas traiter per os. Elle vient à l'hôpital parce qu'elle a besoin d'IV. On ne va pas demander le même accompagnement que l'endocardite du patient diabétique hypertendu avec plein de facteurs de risques. Ou de l'ostéite ou de l'infection de prothèse. Donc ça dépend vraiment de l'histoire du patient, de sa pathologie, il n'y a pour moi pas de règle absolue à respecter à tout prix. Parfois un passage par semaine peut suffire, parfois il faut plus. »

Etudiante : « Ce serait un minimum, selon vous, un passage par semaine étant donné l'installation médicale qu'il y a autour du patient? »

Médecin coordinateur : « Moi, je pense que c'est bien, mais on ne l'exige pas. Et je pense franchement que c'est ce que les médecins généralistes font classiquement. Et puis ils évaluent

le besoin de passage sur base du dossier du contact que l'on a ensemble. Il peut arriver que dans certaines situations particulières on en discute au téléphone et qu'on dise « tiens ça serait bien que vous passiez ». Ça dépend vraiment du contexte médical. Mais comme on le ferait pour n'importe quelle autre prise en charge je pense. »

Etudiante : « Quand il y a un souci en dehors des heures de travail, quel médecin est rappelable? Est-ce qu'il y a une procédure? »

Médecin coordinateur : « Le patient a son infirmier qui passe tous les jours minimum une fois, voire deux fois. Souvent l'infirmier est un relai, la première personne à qui le patient va exprimer son souci, sa difficulté, son problème. À partir de là, un canevas est proposé en fonction du type de problème qui doit se gérer à la maison ou à l'hôpital. Mais je pense que le médecin traitant est le premier relai du patient pour des situations qui ne sont pas critiques ni urgentes. Donc soit il attend le lendemain, soit il appelle la garde et si c'est vraiment un problème très urgent il vient aux urgences. Mais il ne reste jamais tout seul dans son coin sans soin, il y a toujours une continuité mais qui est basée sur le système existant. C'est pour ça aussi par exemple que quand un médecin généraliste nous dit « *je serai en congé la semaine prochaine* », on veille à ce qu'il y ait un remplaçant et que ce remplaçant soit informé de cette prise en charge-là. En général, dans ces cas-là, il n'y a pas de soucis. Il y a un bon relai des soins entre médecins généralistes. Nous, on met en copie le remplaçant lorsqu'on envoie le courrier pour qu'il ait les mêmes informations que tout le monde. »

Etudiante : « Un médecin généraliste de garde peut-il vous joindre en cas de gros problème ? »

Médecin coordinateur : « Ils peuvent nous contacter n'importe quand. On a notre permanence en infectiologie. Donc nos infirmiers sont très disponibles mais ne sont pas assez nombreux que pour assurer une permanence 24h/24h, mais au niveau médicale il y a un infectiologue qui est joignable 24h/24h. Ce n'est pas forcément l'infectiologue qui a pris en charge le patient qui répondra, donc il faudra lui laisser le temps de regarder le dossier ou de creuser la question. Mais il y a toujours quelqu'un. Et on note nos numéros de téléphone partout, on donne une carte au patient pour qu'il l'ait toujours sur lui aussi. Donc oui un médecin de garde est appelé par un patient, s'il ne connaît pas le malade il peut nous appeler. Et il a de toute façon dans le dossier du patient une procédure, il a déjà une première aide sur papier qui lui dit si il faut se dépêcher d'aller à l'hôpital ou pas. »

Etudiante : « **Mr Depasse, qu’attendez-vous du médecin généraliste en tant qu’infirmier coordinateur ?** »

Infirmier coordinateur : « Je pense que ça reste la communication. Je pense que nous, en tant qu’infirmier, on peut effectivement répondre aux questions plutôt pratico-pratiques, comme par rapport à l’administration de l’antibiotique. Maintenant tout ce qui touche le médicale, effectivement, on va orienter vers le docteur Holemans ou un infectiologue de garde si l’infectiologue de référence n’est pas présent. Si le médecin traitant a des questions et qu’il est chez le patient, on a une attente de communication du médecin traitant vers nous et inversement lorsqu’il en a besoin. »

Médecin coordinateur : « Moi je disais que c’est vraiment le suivi du patient chez lui comme n’importe quel autre suivi pour une pathologie aiguë, comme on le ferait pour un traitement antibiotique per os aussi mais avec la particularité qu’il y a un cathéter et que ce sont des antibiotiques un peu moins courant en médecine générale. C’est vraiment un travail de collaboration. C’est l’infirmier qui passe tous les jours, qui administre le médicament, qui voit si ça se passe bien et qui relaie au médecin généraliste si il y a quelque chose qui ne va pas, ou bien vers nous si c’est plutôt d’emblée vers nous qui faut aller. On a eu un exemple, un patient qui développe une éruption sous antibiotique, la démarche a été vraiment très correcte puisque le patient, sur les conseils de son infirmier, a appelé son médecin généraliste qui l’a examiné, qui a fait le point, qui m’a appelé et on a ensemble convenu d’une stratégie. »

(Le téléphone sonne, le Dr Holemans répond à deck ; l’interview continue avec Mr Depasse)

Infirmier coordinateur : « Oui, c’est vraiment une de nos attentes du médecin généraliste, c’est de ne pas avoir peur de nous contacter. Comme on dit il n’y a pas de bête question, ce sont des choses un peu moins classiques, même si on voit de plus en plus souvent l’antibiothérapie IV à domicile. Il ne faut pas avoir peur de nous poser des questions. À qui que ce soit, que ce soit effectivement au niveau du coordinateur médical ou du coordinateur infirmier.”

Etudiante : « **Est-ce qu’il arrive parfois que l’équipe infirmière qui est mise en place, bypass le médecin traitant et vous contacte directement, comment réagissez-vous ?** »

Infirmier coordinateur : « On a essayé de prévoir au maximum les complications de toutes sortes, que l’infirmière à domicile pourrait rencontrer. Selon ces complications, on a défini certains types d’action, que ce soit des actions propres au niveau de l’infirmière directement et s’il a un souci de nous contacter. Maintenant, les infirmières me contactent toujours bien

évidemment si c'est par rapport à des situations infirmières ou techniques, mais je n'ai jamais eu le cas où une infirmière a bypassé le rôle médical d'un médecin généraliste. L'infirmière nous a toujours appelés et on a redirigé vers le médecin traitant. »

Etudiante : « Si jamais l'infirmière passe par vous pour une question médicale, vous renvoyez au médecin traitant? »

Infirmier coordinateur : « Oui, au médecin traitant ou vers l'infectiologue de référence. Je pense que chacun doit rester dans son cercle d'action, de compétences. »
(Dr Holemans raccroche le téléphone)

Etudiante : « Est-ce que vous trouvez que les médecins généralistes sont facilement joignables? »

Infirmier coordinateur : « On appelle une fois et si ça ne répond pas la première fois, alors la deuxième fois on a une réponse. »

Médecin coordinateur : « Evidemment, le médecin généraliste moyen qui représente l'ensemble des médecins généralistes, il n'existe pas. Il y a quand même une composante individuelle qui est indéniable et qui existe aussi chez les spécialistes donc ce n'est pas du tout une critique. Je ne pense pas qu'on puisse parler du médecin généraliste au sens large parce qu'il y a une multitude de personnes, de personnalités, de manières de fonctionner, d'organisations qui sont très différentes. Cela étant on a la chance de collaborer de manière étroite avec des fédérations de médecins généralistes. Sur Charleroi, on a la FAGC et sur Namur ouest, on a le CGNO. Ce sont de très belles structures bien organisées, avec qui on a d'excellentes relations. On n'est pas d'accord sur tout, on a parfois des discussions mais on a d'excellentes relations. Et donc ça facilite les choses. Au départ, pas forcément, parce qu'il faut apprendre à se connaître, mais par la suite, ça facilite énormément les choses. »

Infirmier coordinateur : « Si on a du mal à joindre un médecin traitant comme, je l'expliquais, sur une ligne fixe ou autre, on peut passer par le SISD en disant que c'est dans le cadre du projet AntibioHome et il nous donne directement un numéro de GSM si on ne l'a pas. »

Etudiante : « L'équipe AntibioHome est-il facilement joignable pour les médecins généralistes ? »

Médecin coordinateur : « La preuve est faite, il y en a une qui vient de m'appeler (*rires*). On fait de notre mieux en tout cas, et je pense que l'on se débrouille pas trop mal. »

Etudiante : « Vous pourriez me décrire vos fonctions en tant qu’infirmier coordinateur? »

Infirmier coordinateur : « Premièrement, c’est de voir si le patient est éligible dans le projet. Quand je dis ‘voir si le patient est éligible’, c’est hormis les critères d’éligibilités médicales, ça c’est le rôle du médecin coordinateur. C’est de voir si effectivement tous les feux sont ouverts pour que le patient sorte de l’hôpital. C’est de vérifier également si le patient bénéficie d’une infirmière à domicile, puisque sans ça on ne sait pas faire sortir le patient. Je dois m’assurer également que l’infirmière à domicile a été formée. Je m’explique, souvent il y a un cathéter spécifique : le midline ou alors piccline, ou alors encore bien le port-à-cath et il faut s’assurer que l’équipe infirmière ou en tout cas une infirmière de référence soit à l’aise avec cette technique-là. Pourquoi ? Parce que si on les fait sortir de l’hôpital sans même que leurs infirmières soient formées, elles risqueraient de ne pas être à l’aise avec le système et faire des fautes d’hygiène, d’asepsie lors de la manipulation. Donc on essaie vraiment de les sensibiliser par rapport à ça. Ça renforce en tout cas la collaboration. Une rencontre avec les équipes infirmières ou une infirmière à domicile et nous, cela permet déjà de créer un lien entre l’interne et l’externe. Deuxièmement, mon rôle est de vérifier également si la pharmacie est prévenue et si elle a assez de stock pour faire sortir le patient durant une période bien définie. C’est aussi de vérifier si le service social a été également contacté. Évidemment, c’est de permettre une relation très étroite de collaboration avec le médecin coordinateur et les différents médecins du projet. C’est être disponible également pour le patient, sa famille et les équipes infirmières... tous les acteurs paramédicaux en cas de question. On a aussi ce rôle central de récolte d’informations s’il y a une question. Assurer le suivi du patient durant toute sa prise en charge. »

Etudiante : « Est-ce que vous passez à domicile ? »

Infirmier coordinateur : « Non, on ne passe pas. On ne passe que quand l’infirmière rencontre une difficulté à domicile. On évite un maximum que le patient passe via les urgences dans les heures ouvrables, que ce soit au niveau médical qu’au niveau infirmier. On va faire en sorte que le patient passe le moins possible par la case hôpital et qu’il attende aussi le moins possible par la case hôpital. Je prends toujours l’exemple de la phlébite, un patient qui se plaint d’une rougeur, d’une douleur dans le bras. On va déjà faire une demande d’échographie – enfin, ça, évidemment c’est le médecin qui le fait. On va planifier ça. Le médecin aura directement sa demande, il aura directement l’imagerie médicale. Le patient passe l’examen et dès que l’examen est fait, on va visualiser les images. Et on verra si on met une thérapeutique en place

par exemple. Par exemple, durant les heures ouvrables, ça m'est déjà arrivé que l'infirmière ne savait pas dévisser la valve. C'est alors un problème technique, à ce moment-là, on vient avec du matériel et on essaie de régler le problème toujours pour éviter que le patient reste hospitalisé puisque le but est qu'il reste à domicile le plus longtemps possible. »

Etudiante : « **Quand vous contactez le médecin traitant, est-ce qu'à un moment donné vous lui proposez de travailler avec ses propres infirmières ? Je pense notamment aux maisons médicales où il y a déjà souvent une collaboration étroite avec des infirmières.** »

Infirmier coordinateur : « Alors effectivement la première question que l'on pose toujours au patient c'est « est-ce que vous avez une infirmière ? ». Parce qu'il faut respecter d'abord le premier choix du patient. Deuxième possibilité, le patient n'a pas d'infirmière. Quand on contacte le médecin traitant, on lui demande effectivement s'il a des infirmières à nous proposer. Et c'est là que l'on verra s'il est en maison médicale ou pas. Troisième cas de figure, le médecin traitant n'a pas d'infirmière à proposer. Alors là, on passe par le centre de coordination de la ville pour trouver une infirmière au patient. »

Etudiante : « **Donc vous n'avez pas une équipe d'infirmière qui vient de l'hôpital ?** »

Infirmier coordinateur : « Jamais pour l'antibiothérapie, parce que ce sont des actes tout à fait réalisables, il ne faut pas de compétences spécifiques pour préparer l'antibiotique et pour connecter l'antibiotique au cathéter. Il faut simplement une formation comme je l'ai expliqué tantôt pour le pansement et plus des manipulations générales. Ce qui est vraiment spécifique, c'est le pansement. Dans la dilution d'un antibiotique, dans le branchement d'un antibiotique, il ne faut pas de compétence particulière. C'est pour ça que le choix a été ainsi et jusqu'à présent c'est très très bon, on a peu d'impact négatif. Tout se passe généralement très bien. »

Etudiante : « **Justement vous parlez de cette formation. Je voulais un peu savoir en ce qu'elle consistait et s'il aurait été intéressant que des médecins traitants motivés l'a suivent, qu'en pensez-vous ?** »

Infirmier coordinateur : « La formation, effectivement, c'est toujours d'expliquer la situation à l'infirmière à domicile qui prend en charge le patient. C'est parcourir le dossier de soin ensemble pour bien leur montrer que toutes les données s'y trouvent et ce qu'il faut faire en cas de problème. Comme ça, elles savent directement où aller dans le dossier. C'est une rencontre aussi avec le patient. Parce que des fois, l'infirmière ne connaît pas le patient donc c'est au moins déjà créer aussi un moment de rencontre et c'est généralement refaire un pansement

pour déjà qu'elle voit en tout cas le matériel en direct et pas sur une vidéo ou sur un mannequin. C'est vraiment une rencontre, de la prise en charge du patient. Pour les médecins généralistes il faudrait peut-être adapter la formation parce que là elle est purement axée sur l'éducation infirmière, l'implication infirmière. Une formation pour les médecins traitants ? Pourquoi pas et je vais même aller plus loin : on a déjà eu une demande d'infirmière pour faire une prise de sang via le cathéter en place et là, le médecin généraliste est venu pour voir comment est-ce que l'on faisait une bio par le cathéter, donc rien n'est impossible, tout est envisageable. »

Médecin coordinateur : « Les formations, c'est effectivement plutôt lié aux actes infirmiers, je pense que les médecins généralistes sont les bienvenus mais on n'a jamais eu de demande dans ce sens-là parce que c'est pas leur job. Ce qu'on a fait beaucoup par contre c'est animer des réunions, des rencontres pour leur présenter le projet, pour répondre aux questions, pour expliquer comment cela fonctionne. Donc maintenant, je ne les compte plus, mais c'est des dodéca, c'est des glems, des réunions que l'on organise nous-mêmes, c'est des choses comme ça. À chaque fois qu'on nous la demande ou que c'est possible, on donne ces informations-là. Donc ce n'est pas une formation mais ça explique comment ça fonctionne et puis après c'est plutôt au moment du contact individuel avec le médecin généraliste qu'on apporte des compléments d'informations, sur le traitement, sur la pathologie. On répond aux questions. On peut organiser des formations mais il n'y a pas eu de demande en tant que telle « tiens, on voudrait une formation sur telle spécificité du projet », ça on n'a pas eu. Et encore une fois, un médecin généraliste qui va à domicile, qui est confronté à une situation inhabituelle, il nous contacte, il nous pose la question et on en discute. Mais ça reste peu fréquent, en général cela se passe bien. Maintenant un bras qui gonfle, qu'est-ce que l'on fait ? On évalue ensemble, le médecin généraliste est allé à la maison, il a examiné le patient, il a pris les paramètres et puis on en discute et on voit s'il y a une indication de faire d'emblée une écho et on s'organise pour que ça soit vite fait sans que le patient passe par les urgences ou bien si on peut temporiser par exemple et réévaluer le lendemain ou le surlendemain. Mais de formation en tant que telle on n'a pas eu de demande. »

Etudiante : « Si on vous demandait de former des médecins généralistes, est-ce qu'il y a certains points, vraiment importants, que vous désireriez aborder avec eux ? »

Médecin coordinateur : « Alors, à ce moment-là, je vais leur présenter les spécificités du projet, les molécules que l'on utilise, le type de cathéter que l'on utilise. Un peu ce que l'on fait déjà,

dans les informations, peut-être en rentrant un peu plus dans les détails. Mais je pense que je commencerais par leur montrer le processus, comment est-ce que l'on fonctionne. Quelle est la cascade de soins, quel est le fil rouge, quels sont les points d'intention en cas de problème. Oui, effectivement, s'il y avait une demande on pourrait rentrer là-dedans. Par exemple, ici on leur présente, on leur explique qu'on remet dans le dossier du patient, entre autre, une fiche avec les problèmes que l'on pourrait rencontrer avec le cathéter mais on ne rentre pas dans les détails, on leur dit « la fiche, elle est là ». Elle est avec chaque patient, elle est accessible, vous ne vous retrouvez pas le bec dans l'eau. On ne m'a jamais dit de détailler. Parce qu'ils savent lire et téléphoner. Mais si on devait organiser des formations c'est ce que je ferais. Je passerais en revue les événements indésirables les plus fréquents et quelle conduite tenir quand on y est confronté »

Etudiante : « Est-ce que c'est un sujet qui est déjà tombé sur la table? De se dire à l'avenir on pourrait proposer une formation? »

Médecin coordinateur : « On a mis énormément d'énergie à former les infirmiers parce que ça nous semblait vraiment prioritaire puisque ça permet vraiment d'éviter au maximum les événements indésirables liés au cathéter. On n'a pas eu par exemple d'infection à déplorer, on a eu quelques thrombophlébites mais pas plus que ce qui est décrit dans la littérature. Je pense que c'est lié au fait qu'on ne banalise pas. On ne remballé pas le patient en disant « il n'y a qu'à ». Donc on a mis énormément d'énergie là-dessus et en retour on a eu aussi des demandes des SISD, des demandes de groupement d'infirmiers, des demandes d'infirmiers individuels auxquels on a toujours répondu. À l'inverse, on a donné des informations au médecin généraliste et je pense qu'on en a déjà touchés beaucoup maintenant. On a fait l'objet de questions-réponses, on fait l'objet de discussions mais qui n'ont jamais abouti à une demande de formation de leur part sur des points spécifiques. Nous, on est ouvert, mais il faut une demande, car cela demande beaucoup d'énergie et si c'est pour un ou deux médecins ce n'est pas grave, on se voit ici et on en discute. Si on doit organiser quelque chose à plus grande échelle de type formation, je pense déjà qu'il faut que ce soit coordonné avec les associations de médecins généralistes, avec le FAGC, le CGNO... on fait un truc ensemble. Et puis le médecin généraliste intervient aussi donc je pense que le retour du médecin généraliste auprès de ses collègues est très important. On demandera donc à un médecin généraliste qui a déjà travaillé avec nous qu'il puisse nous faire part de son expérience, pour que l'on puisse préparer le truc ensemble. Mais la question ne s'est pas présentée, si elle se présente il n'y a pas de problème,

on organise et on le fait ensemble. Mais on ne va pas organiser un truc qui ne correspond pas à une demande. »

Infirmier coordinateur : « Même si je devais comparer avec la formation infirmière où là il y a quand même des actes qui sont réalisés, une formation médicale serait plus sur de la théorie. Il n'y a pas d'aspect pratique. Enfin, si, le médecin pourrait être amené à rincer un piccine s'il le veut. Ce serait plus une formation théorique qu'à l'inverse les infirmières ont ce sont deux parties : pratique et théorique. »

Etudiante : « Pensez-vous que la question d'une formation serait sans doute plus logique dans le cadre où l'hôpital si situe à plus de 30 minutes du domicile dans une région rurale? Ce qui n'est pas le cas finalement ici. »

Médecin coordinateur : « Je crois qu'il faut poser la question aux médecins généralistes. C'est vrai que nous, on a fait le choix de ne pas aller trop loin. Ça peut changer, mais pour l'instant on s'est fixé un périmètre. Je renvoie vraiment la question aux médecins généralistes si, de leur point de vue, ils le ressentent comme un besoin. Mais nous on est tout à fait prêts à entendre cette demande-là et à l'organiser avec eux. »

Infirmier coordinateur : « On veut que ce soit claire pour tout le monde, d'un côté comme de l'autre. Être au courant de ce qui se fait, de comment ça se fait. »

Médecin coordinateur : « On est quand même en train de travailler sur une plateforme de coordination informatisée aussi pour échanger un maximum de choses, de documents, des infos. Donc ça aussi je pense que ça va aider au côté entre guillemet « formation », on a l'idée de poster des vidéos accessibles, des check listes qui seraient accessibles ou des conduites à tenir... Si le patient perd ses papiers ou que le médecin n'est pas au chevet du malade avec le carnet sous la main, pour que l'on puisse quand même les consulter. »

Etudiante : « Donc, ça, c'est en cours de création ces vidéos et ces check listes ? »

Médecin coordinateur : « Oui, la plateforme de coordination est en cours de création. »

Infirmier coordinateur : « Parce que l'e-learning montre ses preuves aussi dans la littérature. J'ai beau rencontrer une infirmière, ça peut être un médecin, aujourd'hui le 22 janvier, s'il n'a pas eu de patient perfusé pendant 6 mois, lorsqu'il aura un patient il sera un peu démuni et pourra se sentir mal à l'aise. À l'inverse de revoir une vidéo, c'est un outil didactique

supplémentaire pédagogique vraiment pour essayer de se remémorer en tout cas l'acte. Je parle là purement du pansement. »

Médecin coordinateur : « Alors aussi, l'idée de cette plateforme de coordination, c'est que les intervenants soient au courant en même temps de ce qui se passe. Donc hier par exemple on a reçu une vidéo d'un infirmier qui s'inquiétait pour une plaie ça relève plus du chirurgien que de nous donc nous on a référé au chirurgien. C'est vrai que si ça passe par la plateforme de coordination, il n'y a pas besoin d'envoyer des mails à gauche et à droite, tout le monde à l'info en même temps. »

Etudiante: « Quels sont les types de cathéters que vous utilisez pour les traitements en cours ? J'en ai recensé 4... »

Médecin coordinateur : « Alors, nous, pour l'instant on n'est pas très fort dans les cathéters périphériques parce qu'ils restent malheureusement pas très longtemps en place et que les infirmiers du domicile, qui ne font que du domicile, n'ont plus l'expérience de replacer un cathéter périphérique. Donc ils apprennent ça dans leurs formations mais ceux qui ne font que du domicile ne le font plus dans leur pratique. Donc ça, ça pose un problème car ça demande au patient de revenir en salle d'urgence, je ne pense pas que les médecins généralistes placent des cathéters périphériques non plus et je ne pense pas qu'ils soient demandeurs pour le faire. Et donc, on a par exemple les échos d'un autre centre pilote où ils ont essayé mais ils ont constaté une augmentation forte de passage aux urgences suite à ça. Donc on est plutôt alors sur les cathéters périphériques pour des fins de traitement court mais, de nouveau, comme cela demande énormément d'organisation, si c'est pour un jour ou deux, on ne perd pas notre temps. C'est quelque chose que l'on est en train d'évaluer. Les cathé que l'on utilise le plus sont les picline et des cathé que l'on voudrait vraiment développer, mais là je pense que l'on devra malheureusement attendre que les projets pilotes soient évalués et que le gouvernement prenne une décision favorable en ce sens, ce sont les midline. Les midline pour moi ce sont des cathé vraiment intéressants pour des traitements d'une durée intermédiaire. Et pour l'infirmier, le patient et le médecin généraliste cela revient au même. Le dernier type de cathé que vous avez identifié est le port-à-cath mais on ne va pas placer un port-à-cath pour une antibiothérapie, on va utiliser un port-à-cath existant qui a été placé auparavant dans le cas d'une chimiothérapie par exemple, ou qui est placé dans la même fenêtre de temps parce qu'une chimiothérapie va se mettre en route. Donc on ne va pas placer un port-à-cath juste pour un traitement antibiotique. Sauf exception, mais ça n'est jamais arrivé. « Picc » le plus fréquent ! »

Etudiante : « Dans un futur, est-ce que l'on pourrait imaginer que tout se fasse de A à Z au domicile et que ce soit le médecin traitant qui, avec les infirmiers à domicile et l'infirmier coordinateur, place, peut-être pas le picline, mais plutôt le midline et l'enlève ? »

Médecin coordinateur : « Non, ça, c'est absolument pas envisageable parce que les cathés doivent être mis dans des conditions d'asepsie stricte qui ne peuvent pas être rencontrées au domicile. Il y a du matériel nécessaire, il faut de l'échographie, il faut de la radiologie donc non. Par exemple, dans l'exemple des projets pilotes, on a l'obligation de commencer le traitement à l'hôpital pour détecter d'éventuelles réactions allergiques et je pense aussi que c'est une sécurité par rapport au domicile. Une première dose qui occasionnerait un choc anaphylactique à la maison, je ne crois pas que ce sera bien vécu par personne. Ce qui pourrait se développer dans un avenir à moyen terme c'est une mise en route pour des patients très stables, je repense aux infections ABGN multi-résistants que l'on aurait traitées à la maison s'il n'y avait pas eu de problèmes de résistance. Pas l'endocardite, pas l'ostéite qui doivent passer en salle d'op mais des infections très stables que l'on aurait pu traiter à la maison par ailleurs si on n'avait pas eu besoin d'IV et que l'on pourrait peut-être faire la prise en charge en « one day ». J'arrive le matin, on me met mon cathé, on me met ma première dose ou mes deux premières doses d'antibiotique, on vérifie que tout se passe bien et le soir je rentre chez moi. Pour l'instant ce n'est pas possible, mais je pense que pour des cas bien sélectionnés, il y a du potentiel. Donc maintenant on essaie déjà de le faire en 24H mais il faut quand même savoir que le premier pansement du picline doit être fait le lendemain de la pose et c'est souvent l'occasion de compléter ou de revoir la formation avec l'infirmière. Puisque c'est quand même pas encore une pratique extrêmement courante pour le domicile. Ce pansement-là, c'est un point de contact pertinent. Si on le fait en one day, ce pansement-là se fera à la maison par une équipe qui a été déjà formée puisque nous on ne peut pas envoyer des gens à gauche et à droite si c'est juste pour faire le pansement. Ça veut dire que la compétence devra être parfaitement acquise et maîtrisée pour que l'infirmier du domicile fasse le premier pansement sans avoir besoin de nous. Mais je pense que si ça se développe bien, ça c'est un potentiel réel, mais il y aura un passage obligé par l'hôpital. »

Etudiante : « Au niveau des antibiotiques, quelles sont les classes antibiotiques que vous utilisez le plus fréquemment ? »

Médecin coordinateur : « Nous nous sommes limités à deux passages par jour de l'infirmier ce qui veut dire que des antibiotiques qui doivent impérativement être administrés plus de deux fois par jour ne sont pas retenus chez nous. Donc, ou bien on a un passage par jour, ou bien on a deux passages par jour pour une antibiothérapie qui est administrée de manière discontinue. C'est à dire que j'arrive, j'administre l'antibiotique, je rince, je débranche et je m'en vais. Maintenant, on fait aussi de la perfusion continue ; même chose : la perfusion continue ne peut se faire que si l'antibiotique est stable dans les pompes élastomériques que nous utilisons, certains centres utilisent des pompes électriques ce que nous ne faisons pas pour l'instant. Il y a des choix qui sont faits par des équipes et de nouveau, en fonction de la stabilité la pompe est remplacée tous les jours ou deux fois par jour mais pas plus. Au-dessus de deux fois par jour, ce n'est matériellement pas faisable pour les infirmiers du domicile, c'est un peu différent dans les maisons de repos et de soins. Si l'équipe le permet, mais ça se discute au cas par cas, on peut envisager trois passages par jour voire plus. Il faut quand même savoir qu'il y a des antibiotiques à l'hôpital, c'est six administrations par jour. Administrées sur les vingt-quatre heures, toutes les quatre heures. Par ex les bêta-lactamines. Et on évite dans la mesure du possible des antibiotiques qui auraient un index thérapeutique trop étroit. Maintenant les glycopeptides, vancomycine , teicoplanine... ça on les utilise quand même avec des dosages fréquents. On ne demande pas au médecin généraliste d'adapter les dosages parce qu'il n'a pas cette expérience à l'heure actuel, donc en générale, parfois c'est le médecin, parfois c'est l'infirmier qui fait la prise de sang, parfois le patient est autonome et peut se déplacer, en générale c'est une de ces trois formules-là et puis c'est nous qui adaptons, en fonction du résultat, le dosage. »

Etudiante : « Concernant les complications, j'ai séparé les complications liées à la perfusion et celles plutôt liées aux antibiotiques, qu'est-ce que vous rencontrez le plus fréquemment ? »

Médecin coordinateur : « Phlébite par rapport aux cathés c'est, en terme de véritable complication, la seule. On a eu parfois des soucis d'ordre purement technique donc un cathé qui se fend, donc probablement coincé dans le sommeil, c'est une valve qui déconne, c'est une pompe qui déconne, c'est très occasionnel. C'est toujours remonté en pharmaco ou matériovigilance. Cela reste des événements très ponctuels, ça, c'est par rapport au matériel mais ce n'est pas vraiment des complications. Mais c'est vrai que c'est des événements indésirables néanmoins. On n'a pas eu d'infection de cathé à ma connaissance. Et au niveau antibio, on a eu une réaction allergique, tardive mais qui a justifié un arrêt de traitement. Le reste est très mineur, c'est éventuellement des petits désagréments gastro-intestinaux, des choses très très courantes que l'on peut avoir avec n'importe quel type de traitement. »

Etudiante : « Ce type d'effets indésirables sont recensés dans un protocole que l'on donne au médecin traitant ? »

Médecin coordinateur : « Les plus sévères et en particulier ceux qui sont liés aux spécificités du projet c'est-à-dire le cathéter, la pompe, des choses comme ça. Maintenant, que ça soit un effet indésirable à une cypro per os ou une bétalactamine IV. C'est la même gestion si il faut l'arrêter, on l'arrête. »

Etudiante : « Ce n'est pas tant le fait de comment savoir la gérer mais comment la déceler, est-ce que c'est lié à ça ou il y a autre chose qui se prépare? »

Médecin coordinateur : « C'est au cas par cas, c'est arrivé très rarement très honnêtement et quand ils doutent ils me téléphonent ou bien ils vont constituer. Donc nous on a une petite fiche quand même par antibiotique qui est dans le dossier aussi avec la conservation, avec les précautions de base, mais on ne se substitue pas au résumé des caractéristiques du produit. On ne peut pas de toute façon. Parce que, s'il se passe quelque chose et qu'on ne l'a pas mis dedans, enfin je veux dire ... voilà ! Je me rappelle d'une association dans un autre domaine pour le VIH il a fait des petits cartons pour les patients, ils ont dû arrêter ils ne pouvaient pas parce qu'ils n'étaient pas exhaustifs comme dans les RCP donc ça reste très pragmatique. »

(Le Dr Holemans recherche dans son ordinateur des exemples de fiches d'effet indésirable par antibiotique. Arrêt de l'enregistrement de l'interview)

7.2. ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ET RÉSULTATS BRUTS

PARTIE 1 : DONNÉES SUR LES MG

Tableau 3 - Profil des MG partie 1

Horodateur	Je suis âgé(e) de	J'exerce la médecine générale depuis	L'hôpital le plus proche de mon cabinet de médecine générale se situe à :	Mon activité professionnelle en médecine générale s'élève quotidiennement à :
N°1	30 - 40 ans	10 - 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°2	> 60 ans	> 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°3	50 - 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°4	> 60 ans	> 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	10 à 15 patients
N°5	40 - 50 ans	10 - 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°6	30 - 40 ans	5 - 10 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	15 à 20 patients
N°7	< 30 ans	< 5 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	15 à 20 patients
N°8	30 - 40 ans	10 - 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	20 à 25 patients

N°9	50 - 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°10	30 - 40 ans	5 - 10 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°11	40 - 50 ans	10 - 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°12	> 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°13	< 30 ans	< 5 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	15 à 20 patients
N°14	40 - 50 ans	> 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°15	> 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°16	50 - 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°17	> 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°18	50 - 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	10 à 15 patients
N°19	40 - 50 ans	10 - 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°20	30 - 40 ans	< 5 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	20 à 25 patients

			minutes en voiture.	
N°21	40 - 50 ans	10 - 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°22	30 - 40 ans	10 - 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	15 à 20 patients
N°23	30 - 40 ans	< 5 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	15 à 20 patients
N°24	40 - 50 ans	10 - 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°25	50 - 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°26	< 30 ans	< 5 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°27	> 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	10 à 15 patients
N°28	> 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°29	> 60 ans	> 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°30	50 - 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	20 à 25 patients
N°31	50 - 60 ans	> 20 ans	Entre 10 et 20 minutes en	15 à 20 patients

			voiture.	
N°32	> 60 ans	> 20 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients
N°33	30 - 40 ans	5 - 10 ans	Moins de 10 minutes en voiture.	Plus de 25 patients

Tableau 4 - Profil des MG partie 2

Horodateur	Je pratique la médecine générale	Cochez le nombre de fois que vous avez collaboré avec AntibHome, même si il s'agissait du même patient à chaque fois. Si, par exemple, vous avez collaboré trois fois avec AntibHome pour le même patient, cochez "trois fois".
N°1	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°2	En solo	Une fois
N°3	En solo	Deux fois
N°4	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°5	En solo	Quatre fois
N°6	En solo	Une fois
N°7	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°8	En maison médicale	Une fois
N°9	En solo	Deux fois
N°10	En solo	Une fois
N°11	En solo	Une fois
N°12	En solo	Une fois
N°13	En association avec un ou	Une fois

	plusieurs médecins généralistes	
N°14	En solo	Une fois
N°15	En solo	Une fois
N°16	En solo	Deux fois
N°17	En solo	Une fois
N°18	En maison médicale	Une fois
N°19	En solo	Deux fois
N°20	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°21	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°22	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°23	En maison médicale	Une fois
N°24	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°25	En solo	Deux fois
N°26	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Deux fois
N°27	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°28	En maison médicale	Une fois
N°29	En solo	Une fois
N°30	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois
N°31	En solo	Une fois

N°32	En solo	Une fois
N°33	En association avec un ou plusieurs médecins généralistes	Une fois

PARTIE 2 : LA MISE EN PLACE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE À DOMICILE

Tableau 5 - Mise en place de l'APA

Horodateur	Dans la plupart des situations, qui a demandé l'intervention d'AntibiHome ? (plusieurs réponses possibles)	Pour quel(s) motif(s) avez-vous déjà refusé l'intervention de l'équipe AntibioHome (plusieurs réponses possibles)? Si vous n'avez jamais refusé leur intervention, cochez l'option sans objet.	Dans la plupart des situations, qui a référé l'équipe infirmière mise en place au domicile du patient? (plusieurs réponses possibles)
N°1	Le patient.	Sans objet.	Le patient.
N°2	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Moi-même.
N°3	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Moi-même.
N°4	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient.
N°5	Le patient.	Sans objet.	AntibiHome.
N°6	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°7	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°8	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient.
N°9	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.

N°10	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient.
N°11	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°12	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°13	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°14	Le patient., Moi-même.	Sans objet.	Moi-même.
N°15	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°16	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Moi-même.
N°17	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°18	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Moi-même.
N°19	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°20	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient.
N°21	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient., AntibiHome.
N°22	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°23	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Moi-même., AntibiHome.
N°24	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient.
N°25	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient.
N°26	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient., AntibiHome.

N°27	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°28	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°29	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Moi-même.
N°30	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°31	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.
N°32	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	Le patient.
N°33	Un médecin de l'hôpital.	Sans objet.	AntibiHome.

PARTIE 3 : LE SUIVI DU PATIENT À DOMICILE

Tableau 6 - Suivi par le MG et complications liées au PICC partie 1

Horodateur	En général, concernant mes visites à domicile chez mon patient perfusé :	Occlusion du PICCLine.	Thrombose veineuse profonde du membre supérieur.
N°1	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°2	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°3	Je me suis rendu au domicile de mon patient dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile) et lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°4	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis	Une fois	Une fois

	médical.		
N°5	Je me suis rendu au domicile de mon patient dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile) et lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°6	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°7	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Deux fois	Une fois
N°8	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°9	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°10	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°11	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Une fois	Une fois
N°12	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile).	Jamais	Jamais
N°13	Je me suis rendu au domicile de mon patient dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile) et lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Une fois	Jamais
N°14	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°15	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais

N°16	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°17	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°18	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°19	Je me suis rendu au domicile de mon patient dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile) et lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°20	Je me suis rendu au domicile de mon patient dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile) et lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°21	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°22	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile).	Jamais	Jamais
N°23	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Une fois	Une fois
N°24	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°25	Je me suis rendu au domicile de mon patient dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile) et lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°26	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°27	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais
N°28	Je ne me suis pas rendu au domicile de mon patient.	Jamais	Jamais

	patient.		
N°29	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement dans le cadre du suivi (au début, durant et/ou à la fin de l'antibiothérapie à domicile).	Une fois	Jamais
N°30	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°31	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°32	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais
N°33	Je me suis rendu au domicile de mon patient uniquement lorsqu'on m'a appelé pour avis médical.	Jamais	Jamais

Tableau 7 - Suivi par le MG et complications liées au PICC partie 2

Horodateur	Au niveau du point de ponction : inflammation, hématome et/ou œdème	Infection	Retrait accidentel.	Rupture du PICC.
N°1	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°2	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°3	Une fois	Jamais	Jamais	Jamais
N°4	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°5	Deux fois	Jamais	Jamais	Jamais
N°6	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°7	Plus de trois fois	Jamais	Jamais	Jamais
N°8	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais

N°9	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°10	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°11	Une fois	Une fois	Une fois	Une fois
N°12	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°13	Une fois	Jamais	Jamais	Jamais
N°14	Une fois	Jamais	Jamais	Jamais
N°15	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°16	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°17	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°18	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°19	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°20	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°21	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°22	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°23	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°24	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°25	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°26	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°27	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°28	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°29	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°30	Une fois	Une fois	Jamais	Jamais
N°31	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°32	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°33	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais

Tableau 8 - Complications liées à l'AB

Horodateur	Effet secondaire de l'AB	Réaction allergique au produit injecté	Résistance de l'infection à l'antibiothérapie.
N°1	Jamais	Jamais	Jamais
N°2	Jamais	Jamais	Jamais

N°3	Une fois	Jamais	Jamais
N°4	Une fois	Jamais	Jamais
N°5	Jamais	Jamais	Jamais
N°6	Jamais	Jamais	Jamais
N°7	Jamais	Jamais	Jamais
N°8	Une fois	Jamais	Une fois
N°9	Jamais	Jamais	Jamais
N°10	Jamais	Jamais	Jamais
N°11	Une fois	Une fois	Une fois
N°12	Jamais	Jamais	Jamais
N°13	Jamais	Jamais	Jamais
N°14	Une fois	Jamais	Jamais
N°15	Jamais	Jamais	Jamais
N°16	Jamais	Jamais	Jamais
N°17	Jamais	Jamais	Jamais
N°18	Jamais	Jamais	Jamais
N°19	Une fois	Jamais	Jamais
N°20	Jamais	Jamais	Jamais
N°21	Jamais	Jamais	Jamais
N°22	Jamais	Jamais	Jamais
N°23	Jamais	Jamais	Jamais
N°24	Jamais	Jamais	Jamais
N°25	Jamais	Jamais	Jamais
N°26	Jamais	Jamais	Jamais
N°27	Jamais	Jamais	Jamais
N°28	Jamais	Jamais	Jamais
N°29	Jamais	Jamais	Jamais
N°30	Une fois	Jamais	Jamais
N°31	Une fois	Une fois	Jamais
N°32	Jamais	Jamais	Jamais
N°33	Jamais	Jamais	Jamais

Tableau 9 - Si le patient a présenté des complications, la prise en charge a été effectuée en première ligne par ...

Hor- odat- eur	... moi- même, je n'ai pas eu besoin de faire appel à AntibiHome	... moi- même en collaboration avec l'infirmier coordonateur	... moi-même en collaboration avec un des médecins d'AntibioHome	... un MG de la garde	... un confrère qui m'a remplacé	...
N°1	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°2	A chaque fois					
N°3	Jamais	Jamais	A chaque fois	Jamais	Jamais	Jamais
N°4	Parfois	Parfois				
N°5	Jamais	A chaque fois	Jamais	Jamais	Jamais	A chaque fois
N°6	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°7	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°8						
N°9	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°10	Jamais	Jamais	A chaque fois	Jamais	Jamais	Jamais
N°11	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°12	Jamais	Parfois	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°13		A chaque fois				
N°14	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°15	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°16						
N°17	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°18	Jamais	A chaque fois	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°19	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°20						

N°21	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°22		Jamais	A chaque fois			Jamais
N°23						
N°24	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°25	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°26	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Parfois	Parfois
N°27						
N°28		A chaque fois				
N°29		A chaque fois				
N°30						A chaque fois
N°31						
N°32	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°33	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais

Tableau 10 - Protocoles décisionnels et complications iatrogènes

Horodateur	Si vous n'avez pas pris en charge vous-même la ou les complications, quels étai(en)t le(s) motif(s) ? (plusieurs réponses possibles)	Que pensez-vous des protocoles décisionnels mis en place par AntibiHome concernant les complications possibles des PiccLines et des antibiotiques utilisés ? (Une seule réponse possible)	Quelles complications iatrogènes avez-vous déjà rencontrées ? (plusieurs réponses possibles)
N°1		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°2		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	je n'ai eu qu'un seul cas, et il n'y a eu aucune complication

N°3		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°4	Car cela nécessitait d'urgence une prise en charge hospitalière.	J'ai déjà eu l'occasion d'utiliser ces protocoles, ils m'ont été utiles à chaque fois.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°5		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°6	Car je n'ai pas été prévenu de la complication.	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°7	Car je n'ai pas été prévenu de la complication.	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°8		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°9		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°10		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°11		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°12	Car je n'ai pas été prévenu de la complication.	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°13		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Mauvaise manipulation du

			cathéter par les soignants.
N°14		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°15	Car je n'ai pas été prévenu de la complication.	Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°16		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°17		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°18		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Matériel fourni incomplet : manquait seringue de 10 ml à visser
N°19		J'ai déjà eu l'occasion d'utiliser ces protocoles, ils m'ont été utiles à chaque fois.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°20		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°21		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°22		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°23	Car cela nécessitait d'urgence une prise en charge	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.

	hospitalière. Car je n'étais pas à l'aise avec la situation.		
N°24		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°25		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	debit troprapide
N°26	Car je n'ai pas été prévenu de la complication.	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°27		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°28		Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°29	Car c'était en dehors de mes heures de travail (nuit/jour férié/weekend).	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°30	Car j'étais indisponible à ce moment là, malgré que ce soit durant mes heures de travail.	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Néant
N°31	Car je n'étais pas à l'aise avec la situation.	Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.
N°32		Je n'ai pas eu le besoin d'utiliser ces protocoles jusqu'à présent.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma

			connaissance.
N°33	Car je n'ai pas été prévenu de la complication.	Je n'ai pas eu connaissance de ces protocoles.	Il n'y a pas eu d'erreur médicale à ma connaissance.

Si une complication iatrogène a eu lieu, expliquez en quelques lignes comment vous êtes intervenu.

- N°15 : Pas encore eu l'occasion d'être confronté.
- N°18 : Nous avons dû faire une commande spéciale pour trouver ce type de seringues (inhabituelles au domicile)
-

PARTIE 4 : LA COMMUNICATION AVEC ANTIBIHOME

Tableau 11 - Concernant la facilité de communication entre l'équipe d'AntibiHome et moi-même :

Horodateur	L'équipe d'AntibiHome est facilement joignable en cas de situation d'urgence.	L'équipe d'AntibiHome peut facilement me joindre en cas de situation d'urgence.
N°1	A chaque fois	A chaque fois
N°2	La plupart du temps	La plupart du temps
N°3	La plupart du temps	A chaque fois
N°4	La plupart du temps	La plupart du temps
N°5	Parfois	La plupart du temps
N°6	Parfois	A chaque fois
N°7	Parfois	La plupart du temps
N°8	Jamais	A chaque fois
N°9	Jamais	Jamais
N°10	A chaque fois	A chaque fois
N°11	A chaque fois	A chaque fois
N°12	Jamais	Jamais
N°13	A chaque fois	A chaque fois
N°14	A chaque fois	La plupart du temps
N°15	Rarement	Rarement
N°16	A chaque fois	A chaque fois
N°17	La plupart du temps	A chaque fois

N°18	La plupart du temps	A chaque fois
N°19	A chaque fois	A chaque fois
N°20	A chaque fois	A chaque fois
N°21	A chaque fois	A chaque fois
N°22	A chaque fois	A chaque fois
N°23	A chaque fois	A chaque fois
N°24	La plupart du temps	La plupart du temps
N°25	A chaque fois	A chaque fois
N°26	La plupart du temps	A chaque fois
N°27	La plupart du temps	Parfois
N°28	Jamais	Jamais
N°29	A chaque fois	A chaque fois
N°30	Parfois	A chaque fois
N°31	A chaque fois	La plupart du temps
N°32	Jamais	Jamais
N°33	Jamais	A chaque fois

Tableau 12 - Dans le cadre du projet AntiBiHome, concernant la collaboration avec l'équipe d'infirmier(e)s à domicile :

Horodateur	Je suis facilement joignable pour l'équipe.	L'équipe infirmière est facilement joignable.	Les infirmier(e)s m'appellent quand cela est justifié, ni trop, ni trop peu.	Les infirmier(e)s respectent mes consignes.
N°1	A chaque fois	A chaque fois	La plupart du temps	A chaque fois
N°2	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°3	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°4	A chaque fois	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps
N°5	La plupart du temps	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°6	La plupart du temps	Parfois	Parfois	Parfois

	temps			
N°7	La plupart du temps	Parfois	La plupart du temps	La plupart du temps
N°8	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°9	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°10	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°11	A chaque fois	A chaque fois	La plupart du temps	La plupart du temps
N°12	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	Parfois
N°13	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps
N°14	La plupart du temps	La plupart du temps	A chaque fois	A chaque fois
N°15	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps
N°16	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°17	A chaque fois	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps
N°18	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°19	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°20	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°21	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°22	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°23	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°24	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps
N°25	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°26	A chaque fois	La plupart du temps	Jamais	A chaque fois
N°27	Parfois	La plupart du temps	Parfois	La plupart du temps
N°28	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°29	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°30	A chaque fois	La plupart du temps	La plupart du temps	Parfois

		temps	temps	
N°31	La plupart du temps	La plupart du temps	A chaque fois	A chaque fois
N°32	La plupart du temps	La plupart du temps	A chaque fois	A chaque fois
N°33	A chaque fois	Jamais	Jamais	Jamais

Tableau 13 - Lorsqu'un avis médical est nécessaire, je suis contacté ...

Horodateur	Par le patient ou son entourage.	Par les infirmier(e)s à domicile.	Par l'infirmier coordinateur d'AntibiHome.	Par un des médecins d'AntibiHome
N°1	La plupart du temps	Parfois	Parfois	Parfois
N°2	Parfois	La plupart du temps	Jamais	Jamais
N°3	Parfois	La plupart du temps	Jamais	Jamais
N°4	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
N°5	A chaque fois	A chaque fois	Jamais	Parfois
N°6	A chaque fois	Parfois	Parfois	Jamais
N°7	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°8	A chaque fois	Parfois	Jamais	Parfois
N°9	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°10	A chaque fois	Rarement	A chaque fois	A chaque fois
N°11	Parfois	La plupart du temps	Parfois	La plupart du temps
N°12	A chaque fois	A chaque fois	Jamais	Jamais
N°13	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°14	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°15	A chaque fois	Rarement	Rarement	Jamais
N°16	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°17	Rarement	Parfois	Parfois	Rarement

N°18	Parfois	A chaque fois	Jamais	Jamais
N°19	A chaque fois	Parfois	Parfois	Jamais
N°20	Rarement	A chaque fois	Parfois	Parfois
N°21	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°22	Jamais	A chaque fois	Jamais	Jamais
N°23	La plupart du temps	A chaque fois	La plupart du temps	La plupart du temps
N°24	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps	La plupart du temps
N°25	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois	A chaque fois
N°26	La plupart du temps	Rarement	Jamais	Jamais
N°27	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°28	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
N°29	La plupart du temps	A chaque fois	A chaque fois	Rarement
N°30	La plupart du temps	La plupart du temps	Parfois	Parfois
N°31	La plupart du temps	La plupart du temps	Jamais	A chaque fois
N°32	A chaque fois	Rarement	Jamais	Jamais
N°33	A chaque fois	Jamais	Jamais	Jamais

Tableau 14 - L'implication du MG dans les prises de décision

Horodateur	Concernant la prise en charge du patient en collaboration avec AntibioHome, il arrive que je ne sois pas toujours impliqué dans les décisions concernant mon patient.	Lorsque je ne suis pas impliqué dans les décisions concernant mon patient pris en charge par AntibioHome, en général c'est parce que... (plusieurs réponses possibles)
N°1	Jamais.	Je ne suis pas joignable.
N°2	Parfois.	Je ne sais pas pourquoi.
N°3	Jamais.	

N°4	Jamais.	Je suis indisponible.
N°5	Parfois.	Je ne sais pas pourquoi.
N°6	La plupart du temps.	Je ne sais pas pourquoi.
N°7	La plupart du temps.	Je ne sais pas pourquoi.
N°8	La plupart du temps.	Je ne sais pas pourquoi.
N°9	A chaque fois.	
N°10	Jamais.	
N°11	A chaque fois.	
N°12	A chaque fois.	Je ne sais pas pourquoi.
N°13	La plupart du temps.	Je ne sais pas pourquoi.
N°14	Jamais.	
N°15	La plupart du temps.	Je ne sais pas pourquoi.
N°16	Jamais.	Je ne sais pas pourquoi.
N°17	A chaque fois.	Je ne sais pas pourquoi.
N°18	La plupart du temps.	
N°19	Jamais.	Je suis indisponible.
N°20	A chaque fois.	Je ne sais pas pourquoi.
N°21	Jamais.	
N°22	A chaque fois.	
N°23	Jamais.	Pas encore connu cette situation...
N°24	Rarement.	
N°25	Rarement.	Je ne sais pas pourquoi.
N°26	A chaque fois.	Je ne sais pas pourquoi.
N°27	A chaque fois.	Je ne sais pas pourquoi.
N°28	Jamais.	
N°29	Parfois.	Je ne suis pas joignable.
N°30	Parfois.	Je suis indisponible., Je ne suis pas joignable.
N°31	Jamais.	Je ne suis pas joignable.
N°32	La plupart du temps.	
N°33	La plupart du temps.	Je ne sais pas pourquoi.

PARTIE 5 : UNE FORMATION ?

Tableau 15 - La présence des MG aux séances d'information

Hor- oda- teur	Avez-vous assisté à l'une des séances informatives proposées par AntibiHome?	Si vous n'avez pas assisté à l'une des séances d'informations proposées par AntibiHome, pourquoi? (plusieurs réponses possibles)	J'ai assisté à l'une des séances d'informations proposées par AntibiHome et ... (cochez la ou les phrases dont vous partagez l'avis)
N°1	Oui.		ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.
N°2	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°3	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°4	Oui.		ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.
N°5	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°6	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°7	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°8	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°9	Non.		
N°10	Oui.		ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.
N°11	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°12	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de	

		l'existence de ces séances.	
N°13	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°14	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°15	Oui.		ces informations n'étant pas exhaustives, il serait intéressant qu'une formation plus poussée soit proposée aux médecins généralistes.
N°16	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.
N°17	Oui.		ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.
N°18	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°19	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°20	Non.	Je n'étais pas disponible aux dates proposées.	ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.
N°21	Non.		
N°22	Oui.		ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.
N°23	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°24	Oui.	Je n'étais pas disponible aux dates proposées.	
N°25	Non.		
N°26	Oui.		ces informations sont suffisantes pour une bonne prise en charge du patient par le médecin généraliste.

N°27	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°28	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances. Je n'étais pas intéressé.	
N°29	Non.	Il y a beaucoup de formations proposées, et il faut faire un choix.	
N°30	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°31	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	ces informations n'étant pas exhaustives, il serait intéressant qu'une formation plus poussée soit proposée aux médecins généralistes.
N°32	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	
N°33	Non.	Je n'ai pas eu connaissance de l'existence de ces séances.	

Tableau 16 _ Si une formation avait lieu, pouvez-vous classer du plus pertinent (4) au moins pertinent (1), les sujets qui y seraient abordés:

Horodateur	Une mise à niveau sur la pharmacologie des antibiotiques utilisés.	Une mise à niveau concernant les types de cathéters intraveineux utilisés à domicile.	Une formation pratique sur la pose et la manipulation du matériel médical.	Une formation concernant la prise en charge adéquate face aux possibles différentes complications
N°1	1	3	2	4
N°2	2	3	3	3
N°3	1	4	3	2
N°4	3	4	3	4
N°5	1	2	2	2
N°6				

N°7	1	3	2	1
N°8	4	2	2	3
N°9				
N°10	2	4	3	4
N°11	1	1	1	3
N°12	4	4	2	4
N°13	2	3	2	4
N°14	1	2	3	4
N°15	4	3	3	3
N°16	4	4	1	4
N°17	4	3	3	2
N°18	3	2	1	4
N°19	1	1	1	1
N°20	3	2	1	4
N°21	1	4	2	3
N°22	4	4	4	4
N°23	3	1	2	4
N°24				
N°25	2	2	1	2
N°26				
N°27	4	4	3	4
N°28	1	3	2	4
N°29	2	2, 3	3	3
N°30	3	3	3	3
N°31	4	3	3	4
N°32				
N°33	2	1	1	4

7.3. ANNEXE 3 – QUESTIONS POSÉES LORS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

7.3.1. *DONNÉES SUR LE MG*

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale ?
- Quel est votre type de pratique ? (Solo ? Association ? Maison médicale)
- Combien de fois avez-vous utilisé les services d'AntibiHome ?

7.3.2. *THÈME 1 : L'IMPLICATION DU MG DANS SON EXPÉRIENCE D'APA*

Racontez-moi votre expérience d'AB IV à domicile.

Le diagnostic :

- Pour quelle pathologie le patient a-t-il bénéficié de cette AB IV ?

La mise en place du projet :

- Qui a eu l'idée de faire appel à AntibioHome ?
- Qui a mis en place l'équipe infirmière au domicile ?

Le suivi du patient et les éventuelles complications :

- Avez-vous rencontré votre patient durant cette AB IV ? Au domicile ? En consultation ?
Si non, pourquoi ?
- Y a-t-il eu des complications ? Avez-vous été mis au courant ?
- Avez-vous utilisé les protocoles décisionnels ?

La communication entre les différents soignants :

- Avez-vous contacté AntibioHome ?
- Vous a-t-on contacté durant l'APA ? Qui ? Pour quel motif ?
- Avez-vous dû communiquer avec AntibioHome ? Que pensez-vous de la communication entre vous et les différents intervenants (équipe infirmière, infirmier coordinateur, médecin coordinateur).

La fin du processus :

- Comment s'est déroulée la fin de l'Antibiothérapie à domicile ?

7.3.3. THÈME 2 : QUELS AUTRES RÔLES LE MG PEUT JOUER DANS L'AB IV À DOMICILE ?

Question 1: Quels autres rôles auriez-vous pu jouer si la situation s'était présentée autrement ?

- Au début de l'AB IV ? (Par exemple mise en place de l'équipe infirmière, prise de contact avec le patient)
- Durant l'AB IV ? (suivi du patient, contact avec l'équipe infirmière)
- A la fin de l'AB IV ? (prise de connaissance du bon déroulement auprès du patient, etc)

Question 2 : Si un de vos patients devait bénéficier d'une AB IV à domicile, aborderiez-vous les choses différemment ?

7.3.4. THÈME 3 : LES CONNAISSANCES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE SUR L'AB IV À DOMICILE

Question générale : Que connaissiez-vous de l'AB IV avant cette expérience ?

- Aviez-vous déjà entendu parler d'AntibiHome ?
- Que savez-vous des projets pilotes de Maggie Deblock sur l'antibiothérapie à domicile ?
- Suite à cette expérience, avez-vous appris de nouvelles connaissances ou techniques concernant l'AB IV à domicile ?

7.3.5. THÈME 4 : L'AVENIR DE L'AB IV À DOMICILE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Question 1 : Selon vous, quel est l'avenir de l'Antibiothérapie Parentérale Ambulatoire pour les MG ?

Question 2 : Concernant les séances d'information...

- J'ai constaté que seulement 7 médecins sur 32 avaient assisté à une séance d'information, quelles en sont les raisons selon vous ?
- Sur les 7 médecins qui ont participé à cette formation, 6 estiment que cette rencontre suffit pour donner les rênes au MG. Une seule personne pense que ces données ne sont pas exhaustives et souhaiterait une formation plus poussée. Quel est votre avis ?

Question 3 : Si formation devait être proposée aux MG, quels sujets faudrait-il aborder selon vous ?

7.4. ANNEXE 4 – EXEMPLE D'UN DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS : ENTRETIEN DU 07 MARS 2020

Etudiante : Interview du 7 mars, 14 heures. Êtes-vous d'accord de répondre et d'être enregistré pour cet entretien?

Médecin : Oui, pas de problème.

Etudiante : Est-ce que vous pouvez me dire quel âge vous avez ?

Médecin : J'ai 60 ans.

Etudiante : Depuis combien de temps vous pratiquez la médecine générale ?

Médecin : depuis 36 ans.

Etudiante : Quel est votre type de pratique?

Médecin : Heu... rural ou citadine c'est ça ?

Etudiante : solo, association...

Médecin : Ha non, solo ... solo, avec un assistant.

Etudiante : Et combien de fois avez-vous utilisé les services d'AntibiHome jusqu'à présent?

Médecin : Une fois.

Etudiante : Racontez-moi votre expérience d'antibiothérapie intraveineuse à domicile.

Médecin : Donc, il s'agissait d'un patient de septante-deux ans qui a eu des problèmes de sinusite aggravée avec pénétration des germes en intra-céphalique, et le patient a dû à la longue, à la suite des sinusites récidivantes, subir une cranioplastie. Donc, on a enlevé une partie du volet frontal et on l'a remplacée par une prothèse. Malheureusement, cette prothèse s'est infectée à plusieurs reprises, à six reprises, et finalement, on a dû recourir à une antibiothérapie intraveineuse à domicile.

Voilà donc. Cette antibiothérapie a été assumée par le centre d'infectiologie de Notre Dame à Charleroi, qui fait partie du GHDC. J'ai été contacté par le docteur Holemans qui m'a demandé mon accord. L'infirmière a également été contactée et les choses se sont mises en place.

Etudiante : Est-ce que je peux savoir, quand vous dites que vous connaissez l'infirmière traitante, c'est à dire que c'était l'infirmière du patient?

Médecin : Oui, c'était l'infirmière du patient. Elle avait déjà collaboré avec le système d'AntibiHome, elle connaissait le système. Elle connaissait l'organisation, donc le service du docteur Holemans n'a pas eu de difficulté à l'intégrer dans le schéma de soins.

Etudiante : Vous avez rencontré votre patient durant cette antibiothérapie intraveineuse ?

Médecin : Une ou deux fois... deux fois ! Je pense que ... parce que c'était il y a déjà deux ou trois ans je ne peux plus dire combien de temps d'antibiotiques ... Je pense que ça a duré dix jours plus exactement. Je vais consulter le dossier pour voir comment...

Interruption de l'interview à la demande du médecin afin qu'il puisse relire le dossier du patient à son aise.

Médecin : Oui, je l'ai rencontré deux fois oui et c'était une visite de contrôle. Le patient voulait ma visite pour contrôler ses paramètres, voir si tout allait bien, mais il n'y avait pas de demande bien particulière.

Etudiante : C'était au domicile ou en consultation ?

Médecin : Au domicile. Je suis allé chez lui.

Etudiante : Y a-t-il eu des complications ?

Médecin : Il n'y a pas eu de complication. Tout s'est très bien passé, tant au niveau du cathéter que... Il n'y a pas eu de réaction au niveau de l'antibiotique qui était de la ceftriaxone. Il recevait 2 grammes par 24 heures et le traitement a duré du 25 janvier au 21 février, donc 3-4 semaines.

Etudiante : Est-ce qu'on vous a contacté durant l'antibiothérapie parentérale ambulatoire?

Médecin : Non. Je n'ai pas reçu de coups de téléphone de l'hôpital.

Etudiante : Et de l'équipe infirmière ?

Médecin : L'infirmière que je rencontre souvent en cours de tournée, parce qu'on travaille... on a beaucoup de patients ensemble. Chaque fois qu'on se rencontrait, on se rencontre en moyenne quatre à cinq fois par semaine chez des patients différents et on prenait quand même cinq minutes pour parler du patient et voir comment ça se passait. Oui, on prenait des nouvelles, en tout cas.

Etudiante : Est-ce que vous avez dû, vous, communiquer avec AntibioHome ?

Médecin : pas vraiment.

Etudiante : Comment s'est déroulée la fin de l'antibiothérapie à domicile?

Médecin : Le patient est retourné au centre hospitalier voir l'infectiologue, et l'infectiologue m'a envoyé un rapport de clôture. Voilà, tout simplement. En fait, moi j'ai été contacté juste au début du traitement pour marquer mon accord et voir comment les choses pouvaient s'organiser avec l'infirmière. Voilà, c'était quand même relativement limité comme collaboration. Maintenant, les choses se sont très, très bien passées et il n'y a pas eu de complications. Donc s'il y en avait eu, peut-être que ça aurait été plus interactif, plus interagissant, ça c'est certain.

Etudiante : Quel autre rôle auriez-vous pu jouer si la situation s'était présentée différemment?

Médecin : Si j'avais eu des complications, par exemple ? Je pense que le patient m'aurait appelé s'il y avait eu des complications. Je pense que la relation de confiance est telle – c'est un patient que je soigne depuis plus de 30 ans – je pense qu'il n'aurait pas téléphoné à un infectiologue. Il m'aurait appelé. J'aurais été amené à gérer probablement les effets secondaires des antibiotiques. Et s'il avait fallu changer l'antibiothérapie, j'en aurais référé à l'infectiologue, évidemment. L'infirmière aurait pu me contacter aussi pour un problème de cathéter. Je pense qu'elle l'aurait fait. Mais voilà, tout s'est bien passé. Cela n'a pas eu lieu d'être, mais oui, je pense que ça aurait pu, heu... j'aurais pu être heu..., j'ai déjà été appelé juste pour deux contrôles alors que tout se passait bien, donc je pense que s'il y avait eu des complications, j'aurais été amené à intervenir. Le patient recevait aussi des coups de téléphone de l'hôpital pendant le traitement.

Etudiante : Pour vous aider à trouver un, pensez-vous à certains rôles, si on se limitait au début d'une antibiothérapie intraveineuse ? Est-ce que vous pouvez imaginer des rôles du médecin traitant au début du... au lancement de l'antibiothérapie?

Médecin : Ça, c'est compliqué dans ce cas-ci, parce que c'est peut être un cinquième ou sixième récurrence d'infection. Donc, il fallait une identification de l'antibiothérapie appropriée... Et le lieu... Le site de l'infection était un petit peu particulier puisque c'était une brèche ostéoméningée. Donc, je pense que le médecin, le rôle du médecin généraliste, vu cette situation-là, est relativement limité.

Etudiante : Et pour une autre situation plus simple ?

Médecin : Ha oui pour une situation plus simple, oui, je pense qu'on est en première ligne. On peut quand même poser un diagnostic microbiologique, on peut demander des structures, on peut demander des cultures, on peut demander des antibiotiques... donc on peut en discuter avec le médecin. Je pense que j'ai actuellement un problème ou je pourrais éventuellement heu... J'ai une patiente qui fait des cystites à répétition et qui heu... le germe est devenu résistant à pratiquement tous les antibiotiques qu'on peut utiliser en médecine générale. Donc, je pense que je vais devoir avoir accès à une antibiothérapie de deuxième zone et donc je pense que dans ce cas-là, le diagnostic est fait. Il reste le choix de l'antibiotique. Et comme je n'y ai pas accès en médecine générale, et bien AntiHome est vraiment la solution idéale dans ce cas-là. Donc, je pense faire appel à eux pour ce patient-là. En tout cas si la situation ne s'arrange pas.

Etudiante : Et heu... durant l'antibiothérapie, pour un autre cas, qu'est-ce qu'on peut imaginer comme rôle du médecin?

Médecin : Je pense qu'un des premiers rôles, c'est la motivation du patient parce que le patient est parfois un peu anxieux de se retrouver en antibiothérapie intraveineuse à domicile. Donc, il y a toute une série de questions qu'il peut soulever. La gestion des effets secondaires, ça, j'en ai déjà parlé. Il faut aussi voir l'état de propreté et d'hygiène de la maison. Or, nous sommes très, très bien placés en tant que médecin généraliste pour apprécier la situation. Parce que nos braves infectiologues (*rires du médecin*), du haut de leur hôpital, ne se rendent pas très bien compte parfois dans quel état de propreté ou de saleté les gens vivent. Donc il y a des antibiothérapies qui peuvent être contre-indiquées à domicile. Là, je pense qu'on a un rôle à jouer d'autorisation de non-autorisation ou de surveillance, donc un milieu non hygiénique peut être amélioré provisoirement pendant l'antibiothérapie si les gens sont vraiment motivés.

Mais il faut surveiller tout ça en cours de traitement. Ça, c'est certain. Alors il faut aussi voir l'entourage du patient en cas de complication. Est-ce que l'entourage est apte à réagir comme le soignant n'est pas là tout le temps ni l'infirmière. Est-ce que les réactions seront bonnes en cas de complication? Imaginons un œdème de Quincke, et si le conjoint ou la personne de référence ne réagit pas, ça peut évidemment aller vers des situations catastrophiques. Je pense qu'on a un rôle à jouer, sensibiliser, voir l'état d'hygiène, voir l'état d'accompagnement. Tout cela est extrêmement, extrêmement important.

Etudiante : Et quel rôle pourrait jouer un médecin traitant à la fin d'une antibiothérapie intraveineuse?

Médecin : Surveillez la permanence de la guérison, voir s'il n'y a pas de récurrence, voir s'il n'y a pas de séquelle au niveau des sites de production ou des sites intraveineux, par exemple.

Etudiante : Que connaissiez-vous de l'antibiothérapie intraveineuse avant cette expérience?

Médecin : Bah très peu de choses, c'est quelque chose qu'on ne voit jamais. Je connaissais l'antibiothérapie intraveineuse à partir de mes stages de médecine interne mais à part ça, je n'y connaissais rien du tout, c'est certain.

Etudiante : Aviez-vous déjà entendu parler d'AntibiHome?

Médecin : Non, non. J'ai découvert ça avec cette expérience-là.

Etudiante : Que savez-vous des projets pilotes de Maggie De Block sur l'antibiothérapie IV à domicile?

Médecin : Ben, je ne suis pas très branché (*rires du médecin*). En tout cas, je n'ai pas beaucoup d'informations à ce niveau-là.

Etudiante : Suite à votre expérience, estimez-vous que vous avez appris de nouvelles connaissances ou techniques concernant l'antibiothérapie intraveineuse à domicile?

Médecin : Non. C'est une reprise de ce qui se passe à l'hôpital et s'est adapté à la maison. Non, je n'ai pas appris grand-chose, ni au niveau technique, ni au niveau, heu... donc... mais c'était juste l'adaptation d'un traitement intraveineux.

Etudiante : Donc, si un de vos patients devait bénéficier d'une antibiothérapie intraveineuse à domicile, aborderiez-vous les choses différemment?

Médecin : On sait que la structure existe. Je viens d'en parler avec cette cystite récurrente donc on sait qu'on peut faire appel à ce genre de structure. Et je pense que ça va arriver de plus en plus souvent. Vu le non renouvellement des antibiotiques et la résistance microbienne, je pense que c'est des choses qui vont être amenées à se répéter de plus en plus souvent. Il y a quand même un gros problème de renouvellement des antibiotiques. Il n'y a plus de nouveaux antibiotiques dédiés à la médecine générale. Ce sont des antibiotiques hospitaliers de seconde ou de troisième abord. Donc, je pense que si on veut éviter l'hospitalisation juste pour des antibiothérapies intraveineuses, ce genre de structure est vraiment intéressant.

Etudiante : C'est bien, vous abordez mon dernier thème qui concerne l'avenir de l'antibiothérapie intraveineuse. Ma question est : selon vous, quel est l'avenir de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile pour les médecins généralistes?

Médecin : C'est une collaboration avec l'infectiologie. Voilà si on ne délègue pas des antibiotiques de deuxième ou troisième abord aux médecins généralistes, il faudra forcément qu'on collabore avec l'infectiologue. Maintenant, on peut peut-être le regretter aussi. Le médecin généraliste est peut-être encore à même d'établir un diagnostic bactériologique, peut-être avec un peu plus de rigueur, avec un peu plus d'objectivité. À partir du moment où le germe est identifié, où l'antibiogramme est réalisé, je ne vois pas pourquoi un médecin généraliste ne pourrait pas déclencher lui-même l'antibiothérapie intraveineuse.

Il faut, avec toutes les précautions et tous les bémols qui s'imposent... Donc, il faut quand même préserver l'arsenal de façon intempestive. Il faut poser les bonnes indications. Il faut essayer d'éviter au maximum la résistance microbienne aux antibiotiques. Maintenant, je ne sais pas dans quel sens va évoluer, mais il est sûr que les infectiologues qui ont déjà beaucoup de travail à l'hôpital, s'ils doivent en plus chapeauter ou diriger des projets d'antibiothérapie à domicile, je pense qu'ils risquent d'être vite débordés et que, peut-être, il faut se poser la question d'une certaine délégation, d'une certaine confiance... Quitte à ce que le médecin généraliste se recycle, revoie un petit peu sa pharmacologie et sa microbiologie de telle façon qu'il puisse l'adapter à sa pratique quotidienne. Soit on va rester dans un schéma hospitalo-centriste, soit on va un peu déléguer. On va redonner un peu aux généralistes... Je pense que tout le monde s'en trouverait réconforté. Moins de frais aussi. Un patient qui reste à la maison, ça coûte moins cher qu'un patient qui reste 8 jours pour une antibiothérapie à l'hôpital.

Donc maintenant, quel rôle chacun va avoir à l'avenir? Est-ce que l'infectiologue va rester tout puissant ? Est-ce que le généraliste va récupérer un petit peu d'autonomie au niveau de l'antibiothérapie? L'avenir nous le dira.

Etudiante : Concernant les séances d'information, j'ai constaté que 7 médecins sur les 33 qui avaient répondu à mon questionnaire, avaient eu une séance d'information. Quelles en seraient les raisons, selon vous du peu de médecins qui ont été informés ?

Médecin : Ha ça, je n'en sais rien. Je ne peux pas répondre. L'information ne vient pas de nous. L'information vient du milieu hospitalier. C'est quand même très étonnant parce que, notamment à Charleroi, il y a quand même une bonne communication entre le réseau hospitalier tant le GHdC que le CHU et les médecins généralistes. C'est via la FAGC, via

Société de médecine de Charleroi, donc je suis quand même étonné que l'on n'ait pas, un jour ou l'autre, été contacté pour ce genre de projet.

Etudiante : Sur les sept médecins qui ont participé à cette formation, six estiment que cette rencontre suffit pour donner les rênes aux médecins généralistes. Une seule personne pense que les données ne sont pas exhaustives et qu'il faudrait une formation plus poussée. Quel est votre avis sur la question?

Médecin : Je pense qu'il faudrait quand même refaire un petit peu de formation sur l'antibiothérapie intraveineuse. On ne peut pas ... On est habitué à traiter un certain type d'infection et je pense que si les infections sont plus importantes, avec des germes inhabituels et des résistances qui sont de plus en plus importantes, je pense qu'on a besoin d'une information supplémentaire. Je pense qu'il faudrait remettre en route une formation complémentaire, j'en suis certain.

Etudiante : Si une formation devait être proposée aux médecins généralistes, quels sujets faudrait-il aborder, selon vous?

Médecin Des antibiotiques ! L'utilisation des antibiotiques de seconde ou de troisième abord que nous n'avons pas l'habitude d'utiliser donc on ne s'en informe forcément pas. Comme on ne les manie pas, on ne les manipule pas, on ne les connaît pas. Donc, il faudrait vraiment oui. Il faudrait revoir la pharmacologie de ces antibiotiques-là. Un problème qui ne se pose peut-être pas aux jeunes médecins qui sortent de l'université. Mais bon, nous, on a un petit peu oublié (*rire du médecin*) 60 ans hein ! Et donc il faudrait quand même rafraîchir nos connaissances. Ça, c'est sûr

Etudiante : Je n'ai plus de questions. Merci pour votre collaboration.

Médecin : Avec grand plaisir.

Fin de l'entretien du 7 mars 2020
