

DU Infirmier en Thérapeutiques anti-infectieuses

**Antibiothérapie des patients ayant une Infection
Ostéo-Articulaire :
Quelles sont les conditions favorables à
l'adhésion des patients pour leur traitement ?**

Yann OLLIVIER

Sous la direction du Dr Simon DE FAUCAL

DU Infirmier en Thérapeutiques anti-infectieuses

Antibiothérapie des patients ayant une Infection

Ostéo-Articulaire :

**Quelles sont les conditions favorables à
l'adhésion des patients pour leur traitement ?**

Yann OLLIVIER

Sous la direction du Dr Simon DE FAUCAL

Remerciements

A Anne Tardivel et au Pr Mathieu Revest, merci déjà d'avoir créé ce D.U. mais surtout merci pour votre bienveillance et votre talent pour transmettre vos savoirs.

A l'ensemble des intervenants du D.U., merci pour le temps que vous nous avez consacré, pour vous, la pédagogie n'est pas un vain mot !

A la promotion 2021-2022 du D.U. : Arnaud, Aurélie, Charlotte, Claire, Elodie, Karine, Manon, Maryline, Morgane, Valérie, Sandrine, Solène on arrivait tous d'horizons différents, c'est en partie ce qui a fait notre force. Même en distanciel, on arrivait à être ensemble. On a formé un chouette groupe !

A Simon De Faucal, merci d'avoir accepté de suivre mon mémoire, merci pour tes précieux conseils et ta relecture attentive de ce travail.

A toute l'équipe d'infectiologues du CH de Libourne : Hélène Ferrand (merci d'avoir osé créer mon poste et de m'avoir poussé à faire ce D.U.), Simon De Faucal (re merci), Mathilde Favarel-Garrigues, sans oublier Hélène Janin et Morgan Matt.

A toute l'équipe de médecine vasculaire du CH de Libourne : Damien Barcat, Marie Lebas et Benjamin Ally.

A l'équipe de Bactériologie du CH De Libourne : Caroline Vaudron et Agathe Francard.

Aux pharmaciens du CH de Libourne : Anne-Cécile Marion et Clément Bedoucha.

A la SNCF, merci pour vos longs trajets ponctués de fréquents retards, ce qui m'aura permis d'utiliser ce temps pour la lecture des articles de ce mémoire.

A Véro, pour m'avoir motivé à terminer ce travail avant nos vacances !

A Nouara, pour ton soutien, tes conseils, pour ton réconfort quand j'avais un « coup de mou ».

Aux patients interrogés, pour le temps que vous m'avez consacré et vos réponses enrichissantes.

Liste des sigles utilisés

BGN	Bactérie à Gram Négatif
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
ETP	Education Thérapeutique du Patient
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IOA	Infection Ostéo-Articulaire
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTG	Prothèse Totale de Genou
PTH	Prothèse Totale de Hanche

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
1 CADRE CONCEPTUEL	5
1.1 L'infection ostéo-articulaire	5
1.2 Antibiothérapie des IOA	8
1.3 Observance thérapeutique / Adhésion thérapeutique.....	10
1.4 Education Thérapeutique du Patient	12
2 ETUDE	14
2.1 Question de recherche	14
2.2 Méthodologie	14
2.3 Analyse	14
2.4 Discussion	21
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	25
BIBLIOGRAPHIE.....	26
ANNEXE I : Grille d'entretien patient.....	I
ANNEXE II : Exemple de retranscription d'entretien : Entretien N°4.....	III

INTRODUCTION

Le CH de Libourne est un établissement de 1284 lits dont 600 lits en MCO. C'est l'établissement pivot du Nord Gironde, territoire rural de plus de 150 000 habitants comprenant la plus forte densité de population âgée d'Aquitaine.

Le service de maladies infectieuses et vasculaires de l'établissement compte 14 lits. L'équipe médicale est composée de 3 médecins infectiologues et 2 médecins vasculaires. Les infections ostéo-articulaires (IOA) font partie des pathologies infectieuses les plus fréquemment prises en charge. En 2021, 112 patients ont eu une IOA sur prothèse (au moins un prélèvement chirurgical positif) et 230 biopsies osseuses chez des patients diabétiques sont revenues positives à au moins un germe. Ces infections nécessitent la mise en place d'une antibiothérapie dont la durée varie de 3 semaines à 3 mois.

Dans le cadre de mon poste d'infirmier référent en infectiologie, je participe à la politique de bon usage des antibiotiques de l'établissement.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients ayant une infection ostéo-articulaire, un projet d'éducation thérapeutique mené par les infectiologues de l'établissement, en lien avec le service d'orthopédie et la pharmacie, est en cours de développement.

C'est donc tout naturellement que le choix de mon sujet de mémoire porte sur ce thème, avec l'idée de comprendre comment les patient appréhendent les enjeux de leur traitement antibiotique, de savoir quelles seraient les conditions favorables à l'adhésion des patients ayant une infection ostéo articulaire à l'antibiothérapie au long cours et quelles pourraient être les actions éducatives à mettre en place ?

1 CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre traite des différents concepts et cadres théoriques en lien avec les thématiques de ce mémoire afin d'en avoir une meilleure compréhension. Ce cadre conceptuel servira également de support pour la discussion des résultats.

1.1 L'infection ostéo-articulaire

Une infection Ostéo-Articulaire (IOA) est une infection qui touche un os ou une articulation, en présence ou non de matériel étranger (prothèse, ostéosynthèse).

Leur prise en charge requiert une coordination entre différentes spécialités médicales et chirurgicales.

3 mécanismes peuvent entraîner une IOA :

- Infection par voie hématogène
- Infection par contiguïté
- Infection par inoculation directe, lors d'un traumatisme avec exposition osseuse ou lors du temps opératoire (ponction articulaire, scopie).

Les IOA regroupent un ensemble hétérogène de situations cliniques : l'arthrite septique, l'ostéomyélite aiguë, l'infection de prothèse articulaire, l'ostéite ou ostéoarthrite post-opératoire (avec ou sans matériel d'ostéosynthèse) et la spondylodiscite¹.

Arthrite septique

L'arthrite septique est définie par la présence d'un micro-organisme dans les structures internes d'une articulation. La voie hématogène est à l'origine de la plupart des arthrites septiques.

En général, une seule articulation est atteinte, les oligo ou poly-arthrites septiques représentant 15 % des cas. L'infection touche le plus souvent les grosses articulations (genoux, épaules, hanches), mais elle peut également toucher de plus petites articulations (doigts, chevilles).

Les manifestations cliniques associent classiquement des douleurs articulaires très intenses, une impotence fonctionnelle, des signes inflammatoires locaux (chaleur, rougeur et parfois gonflement de l'articulation) et un syndrome infectieux avec frissons et fièvre.

La réalisation d'hémocultures et une ponction articulaire doivent être réalisées avant toute antibiothérapie et la porte d'entrée doit être recherchée².

Le principal agent infectieux en cause est le *Staphylococcus aureus* (2/3 des cas), suivi des streptocoques et des bactéries à Gram négatif telles que les entérobactéries.

¹ CMIT. E. PILLY 27e Editions ALINEA PLUS Ed 2020 ; Infections ostéo-articulaires p. 259-268

² Couderc Marion et al, Recommandations françaises 2020 sur la prise en charge des arthrites septiques sur articulation native de l'adulte, Revue du Rhumatisme, Volume 87, Issue 6, 2020, Pages 428-438.

La prise en charge est souvent une urgence médico-chirurgicale. Outre une antibiothérapie d'une durée généralement comprise entre 4 et 6 semaines, un drainage ou un lavage articulaire doit être discuté. L'indication variant avec l'articulation touchée.²

Ostéomyélite aiguë

L'ostéomyélite est une infection intéressant la moelle osseuse et le tissu osseux adjacent. L'infection se fait principalement par voie hématogène.

Le *Staphylococcus aureus* est la bactérie la plus souvent retrouvée. Les autres bactéries incluent notamment les *Streptococcus pyogenes* et *agalactiae* et le *Pseudomonas aeruginosa*.

Les symptômes habituels sont des douleurs osseuses localisées avec des symptômes généraux. L'antibiothérapie dure en général de 4 à 6 semaines. Un traitement chirurgical peut y être associé. Il consiste en une séquestrectomie (c'est-à-dire on ôte les séquestres, ces segments osseux qui n'ont plus de vascularisation), la résection complète des tissus infectés, ainsi que le comblement de l'espace mort.

Spondylodiscite

La spondylodiscite est une IOA touchant le disque inter-vertébral et les corps vertébraux adjacents. L'inoculation se fait essentiellement par voie hématogène. Elle peut aussi être consécutive à une chirurgie ou une ponction. Les signes cliniques associent des douleurs rachidiennes apparaissant souvent brutalement, une raideur de la colonne vertébrale au niveau atteint, et une fièvre qui n'est pas toujours présente. Le diagnostic est étayé par la réalisation d'un scanner ou une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) rachidienne. Une ponction - biopsie vertébrale peut être réalisée en l'absence d'hémocultures positives.

Les germes en cause sont d'abord le *Staphylococcus aureus* et les staphylocoques à coagulase négative mais aussi les streptocoques, les entérocoques et les entérobactéries.

La durée de l'antibiothérapie (entre 6 à 12 semaines) dépend du germe en cause, de l'étendue de l'atteinte (un seul ou plusieurs étages), de la présence ou non de matériel.³

Ostéite

Il s'agit d'une infection de l'os, qui peut être aiguë ou chronique.

Le traitement de l'ostéite peut nécessiter un geste chirurgical en plus de l'antibiothérapie.

Le scanner et/ou l'IRM évaluent l'étendue des lésions. Les prélèvements chirurgicaux sont indispensables⁴.

³ SPLIF, RPC Spondylodiscites infectieuses primitives, et secondaire un à geste intra-discal, sans mise en place de matériel, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 37, Issue 9, 2007, Pages 573-583,

⁴ Toumi A., Dinh A., Bemer P., Bernard L., Diagnostic des ostéites chroniques, Journal des Anti-infectieux, Volume 13, Issue 3, 2011, Pages 145-153

La prise en charge chirurgicale d'ostéite chronique consiste en un parage et excision du foyer d'ostéite. En cas d'infection sur matériel d'ostéosynthèse, le matériel doit être retiré.

La durée de l'antibiothérapie s'étend de 6 à 12 semaines.

Ostéite du pied diabétique

L'ostéite du pied est la complication infectieuse la plus fréquente chez les patients diabétiques. Il s'agit donc d'une infection de contiguïté, les signes cliniques comprennent la présence de signes inflammatoires locaux, d'une fièvre, d'un contact osseux⁵. La biopsie osseuse est la méthode de référence pour le diagnostic bactériologique d'ostéite⁶.

L'ostéite aiguë est généralement monomicrobienne à coques Gram positif (*Staphylococcus aureus*, streptocoques) alors que l'ostéite chronique est le plus souvent polymicrobienne à coques Gram positif et à bacilles Gram négatif (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Proteus spp*, *Enterobacter spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, ...) associés à des anaérobies (ex. *bacteroides spp*).

La durée recommandée du traitement antibiotique des ostéites du pied diabétique est de 6 semaines voire 12 semaines s'il n'y a pas eu d'acte chirurgical d'exérèse osseuse⁷, mais de nombreux travaux sont en cours pour évaluer des durées plus courtes.

IOA sur matériel (prothèse)

Il s'agit d'une des situations les plus compliquées d'IOA. Les signes cliniques varient selon le délai de survenue par rapport à la chirurgie initiale.

La classification fréquemment utilisée est celle de Tsukayama qui distingue :

- l'infection postopératoire précoce, survenant dans le mois qui suit l'intervention
- l'infection chronique, se manifestant plus d'un mois après l'intervention
- l'infection aiguë hémotogène, en général tardive
- l'infection méconnue, révélée par la positivité des prélèvements bactériologiques peropératoires lors de la reprise d'une prothèse descellée considérée comme aseptique⁸.

Dans le cas d'une infection post-opératoire précoce, la contamination est per- ou postopératoire immédiate par des germes virulents (*Staphylococcus aureus*, entérobactéries). Les symptômes sont habituellement bruyants : fièvre, altération de l'état général, modification cicatricielle (écoulement, inflammation) et impotence fonctionnelle.

⁵ Lavigne Jean-Philippe, Dunyach-Rémy Catherine, Sotto Albert, Ostéite du pied diabétique, Revue Francophone des Laboratoires, Volume 2016, Issue 480, 2016, Pages 55-60

⁶ SPLIF RPC Prise en charge du pied diabétique infecté - 2006

⁷ CMIT. E. PILLY 27e Editions ALINEA PLUS Ed 2020 Infections du pied diabétique p. 269-272

⁸ HAS Recommandation De Bonne Pratique Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation, Mars 2014

Une chirurgie de lavage-débridement avec changement des pièces mobiles de la prothèse est recommandée. Il est recommandé d'effectuer des prélèvements profonds multiples (5).

Le traitement médical repose sur une antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée au micro- organisme identifié pour une durée de 6 à 12 semaines.

Dans le cas d'une infection chronique, survenant tardivement (plus d'un mois) après la mise en place de la prothèse, les signes cliniques sont souvent moins visibles, rendant le diagnostic plus difficile. Une radiographie peut être réalisée à la recherche d'un descellement de la prothèse. Un changement complet de prothèse du fait du risque élevé de récurrence (lié en particulier à la formation d'un biofilm bactérien sur le matériel infecté) est nécessaire. Ce changement peut se faire en un seul temps opératoire (extraction et réimplantation prothétique dans le même temps), ou en 2 temps (dépose de prothèse avec mise en place d'un espaceur puis repose après stérilisation du site de l'infection). Le délai du « 2 temps » varie de 4 à 6 semaines (2 temps court) à 3 à 6 mois (2 temps long)⁹.

L'antibiothérapie sera probabiliste au décours immédiat du geste chirurgical et sera secondairement adaptée aux résultats microbiologiques définitifs. La durée recommandée de l'antibiothérapie est de 12 semaines.

Lorsque l'infection persiste chez un patient inopérable ayant une prothèse non descellée, si le germe responsable est connu, une antibiothérapie suppressive (c'est-à-dire antibiothérapie pour une durée indéterminée) peut être prescrite⁹.

1.2 Antibiothérapie des IOA

Le traitement de l'IOA est difficile car la diffusion intra-osseuse et intra-articulaire est variable selon les antibiotiques, et l'activité des antibiotiques au sein du biofilm est souvent faible. Suivant la documentation microbiologique, une bithérapie peut être instaurée. La posologie est adaptée au poids du patient et à sa fonction rénale. L'antibiothérapie est administrée initialement par voie intraveineuse. Une fois le sepsis contrôlé, un relais per os est ensuite réalisé.

Les molécules utilisées doivent être à bonne diffusion osseuse (> à 30%), il s'agit principalement des fluoroquinolones (levofloxacin, ciprofloxacine), de la rifampicine, la clindamycine, le linézolide, et l'acide fusidique.

⁹ SPLIF RPC Infections ostéo-articulaires sur matériel (prothèse, implant, ostéosynthèse) - texte court 2009

Certaines bêtalactamines, la vancomycine, le cotrimoxazole, peuvent être également utilisés car leur diffusion est comprise entre 15 et 30 %. Les posologies, peuvent être plus élevées que pour les autres infections selon la diffusion osseuse de chaque antibiotique.

L'association des molécules, leur forte posologie et la spécificité de certains antibiotiques sont autant de risque de développer des effets secondaires plus ou moins graves. On peut citer notamment :

- **Pour la rifampicine**, antibiotique clef de la prise en charge des IOA à Staphylocoques, il convient de vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse à son introduction (avec les anticoagulants vitamine K-dépendants, les anticoagulants oraux directs, la contraception oestroprogestative, certains antiviraux, etc.). La prise orale doit se faire à jeun car la biodisponibilité est diminuée de 25 % environ lorsqu'elle est prise au moment d'un repas. Les principaux effets indésirables sont l'intolérance gastro-intestinale et la toxicité hépatique. La rifampicine entraîne une coloration orange des sécrétions biologiques ; le patient doit en être informé, cet effet est réversible à l'arrêt du traitement. La coloration des lentilles de contact peut être permanente¹⁰.

- **Pour les fluoroquinolones**, meilleure molécule pour les IOA à BGN : elles sont photosensibilisantes (c'est-à-dire qu'une exposition aux rayons ultraviolets au cours d'un traitement expose à un risque de photosensibilisation), pourvoyeuses de tendinopathie et de confusion¹⁰.

- **Pour la clindamycine**, des douleurs abdominales, des diarrhées, des troubles du goût peuvent survenir. La concentration de cyclosporine ou tacrolimus est diminuée lors de prise concomitante de clindamycine, nécessitant alors un renforcement de la surveillance des dosages¹⁰. Cette molécule peut également provoquer des cytopénies et être responsable de colite à *Clostridium difficile*.

- **Pour le linezolide** : des troubles digestifs (diarrhées, nausées ou vomissements), un goût métallique dans la bouche, des céphalées peuvent apparaître. Les risques d'anémie, de leucopénie, de pancytopénie, de thrombocytopénie et de neuropathie périphérique en cas d'utilisation prolongée sont connus. C'est pourquoi, une utilisation de plus de 28 jours n'est pas recommandée.

- **Pour l'amoxicilline**, des nausées, diarrhées, ou des éruptions cutanées sont fréquemment rapportés. Des cas de cristallurie ont été observés chez des patients ayant un faible débit urinaire, principalement lors d'une administration parentérale.¹⁰ En cas d'administration à des

¹⁰ CMIT. E. PILLY 27e Editions ALINEA PLUS Ed 2020 Chapitre « Antibiotiques » p. 29-79

posologies élevées (ex : 8 g / jours), la fréquence des prises doit être de toutes les 6 heures car la ½ vie de l'amoxicilline est courte et on ne doit pas dépasser 2 g par prise.

La liste des molécules et des effets secondaires, n'est bien évidemment pas exhaustive.

1.3 Observance thérapeutique / Adhésion thérapeutique

Le défaut d'observance de l'antibiothérapie est un facteur de risque d'échec de la prise en charge des IOA. Avant de s'intéresser aux éventuelles raisons de non-observance aux traitements antibiotiques chez les patients ayant une IOA, il est important de définir quelques termes.

L'**observance thérapeutique** se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin. Haynes la définit comme « le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en terme de santé ». L'observance est donc ici considérée comme un comportement, c'est-à-dire l'acte de suivre le traitement prescrit¹¹. L'observance peut être plus ou moins facilement quantifiable. Une méthode fréquemment utilisée et recommandé par l'Assurance Maladie est un auto - questionnaire conçu par Girerd¹².

Etudier le phénomène d'observance nécessite d'interroger le point de vue des patients et d'analyser l'adhésion thérapeutique.

L'**adhésion thérapeutique** peut être définie comme étant « l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information...) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient. C'est le terme le plus satisfaisant en terme de promotion de la santé puisqu'il implique activement le patient dans sa prise en charge thérapeutique et implique de sa part un choix volontaire ».¹³ L'obtention de l'adhésion thérapeutique est conditionnée à la volonté du patient de prendre en charge sa maladie et à l'approbation réfléchie du traitement qui lui est proposé. Le patient ne se soumet pas à sa thérapeutique mais y adhère, cette adhésion se manifeste par un comportement d'observance.

L'adhésion thérapeutique « met en jeu des processus intrinsèques tels que la formation des attitudes face à la maladie et au traitement et la motivation du patient à suivre son traitement »¹³. Cela correspond au « degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique »¹¹.

¹¹ Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D., Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des Maladies Respiratoires, Volume 22, Issue 1, Part 1, 2005, Pages 31-34

¹² <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5074/document/evaluation-observance-traitement-assurance-maladie.pdf>

¹³ Debout Christophe. « Adhésion thérapeutique », Monique Formarier éd., Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 50-53.

Il me semble donc plus intéressant de s'intéresser à ce concept, bien qu'il soit moins facilement mesurable.

Selon Schneider, « l'adhésion thérapeutique est influencée par de nombreux déterminants, tels le sentiment d'efficacité personnelle d'un patient, sa connaissance et compréhension des risques de la maladie, ses attentes face au traitement, les bénéfices perçus du traitement, des barrières et des facilitateurs »¹⁴.

Concernant l'observance thérapeutique, de nombreuses études montrent que l'observance chez les patients souffrant de maladies chroniques est en moyenne d'environ 50 % dans les pays développés. Dans un rapport réalisé en 2003, l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que seuls 30 à 50% des patients porteurs d'une maladie chronique à travers le monde peuvent être considérés comme observants par rapport aux traitements prescrits¹⁵.

Concernant l'adhésion au traitement antibiotique, cela a été étudié pour les patients atteints de tuberculose ou pour les antibiothérapies de courte durée. Une étude de Kristina Kandrotaitė a évalué l'observance des patients à un traitement antibiotique de courte durée prescrit en ville. Selon l'analyse, un tiers des patients n'avait pas été correctement observant (39 patients sur 122)¹⁶. Une autre étude d'Harmonie Faure, concernant l'observance aux anti-infectieux prescrits pour une infection aiguë, après retour à domicile des patients, évaluait à 43 % le nombre de patients non-observants¹⁷. Enfin, concernant l'observance de l'antibiothérapie pour les patients ayant une IOA, elle a été évaluée, à notre connaissance, dans 2 études. La première, l'étude Tapioca, montrait que pour 29% des patients, l'observance était inférieure à 80 %¹⁸, et dans une étude plus récente, évaluant également l'observance de l'antibiothérapie orale chez les patients atteints d'IOA, montrait que seul un tiers des patients pouvait être considéré comme très observant¹⁹.

Afin d'améliorer cette adhésion thérapeutique, il est donc important d'essayer de connaître les facteurs qui agissent sur ce comportement.

¹⁴ Schneider, M., P., Herzig, L., Hampai, D., H., Bugnon, O., Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire, Rev Med Suisse, 2013/386 (Vol.-1), p. 1032-1036

¹⁵ World Health Organization, adherence to long-term therapies - Evidence for action, 220 pages, 2003

¹⁶ Kandrotaitė et al. Development of a short questionnaire to identify the risk of nonadherence to antibiotic treatment. Curr Med Res Opin. 2013 Nov;29(11):1555-63.

¹⁷ Faure H. et al. Assessment of patient adherence to anti-infective treatment after returning home, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 44, Issue 9, 2014, Pages 417-422

¹⁸ Gras G., Druon J., Rosset P., Van Weymers C., Pourrat X., Bernard L., Observance dans les infections ostéo-articulaires : l'étude TAPIOCA, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 43, N° 4HS, Juin 2013, p.55

¹⁹ Lalande L., Bretagnol C., Mabrut E., Ferry T., Goutelle S., Adherence to oral antibiotic therapy in patients with bone and joint infection: A pilot study, Infectious Diseases Now, Volume 51, Issue 4, 2021, Pages 334-339

L'OMS, dans le rapport sus-cité, les a catégorisées en cinq dimensions¹⁵ :

1) **la maladie** : l'intensité des symptômes, la gravité, la durée (maladies chroniques) mais aussi la nature (maladies psychiatriques).

2) **le traitement médicamenteux** : l'efficacité, la tolérance, la complexité des traitements, le nombre de prise, la survenue d'effets secondaires

3) **les facteurs démographiques et socio- économiques** : la pauvreté, l'analphabétisme, le faible niveau d'éducation, le chômage, le coût des médicaments

4) **le patient et/ou son entourage** : l'âge, les contraintes socio-professionnelles, le manque de réseaux de soutien social efficace, les conditions de vie instables, la culture et les croyances populaires sur la maladie

5) **le système de soins** : la relation de confiance établie entre le médecin et le patient, l'éloignement du centre de soins, le manque de communication et de coordination entre les différents intervenants soignants.

L'adhésion thérapeutique est donc un comportement humain complexe dont le patient, son entourage et les professionnels de santé partagent la responsabilité²⁰. L'ensemble de ces facteurs doit être pris en compte. Un partenariat entre le patient et le personnel soignant doit se créer. On peut définir cette collaboration mutuelle par l'alliance thérapeutique. Cette notion d'alliance devient centrale, constitutive même de la pratique de l'éducation thérapeutique²¹.

1.4 Education Thérapeutique du Patient

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aidant à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie »²².

²⁰ Schneider, M., P., Herzig, L., Hampai, D., H., Bugnon, O., Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire, Rev Med Suisse, 2013/386 (Vol.-1), p. 1032–1036.

²¹ Valot Laurent, Lalau Jean-Daniel, L'alliance thérapeutique, Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 14, Issue 8, 2020, Pages 761-767

²² OMS. Éducation thérapeutique du patient, Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. 1998

L'HAS définit les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique qui sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'auto soins** : décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. Il peut s'agir par exemple de prévenir des complications évitables, de savoir comment réagir face aux problèmes occasionnés par la maladie, de prendre en compte des résultats d'auto surveillance...
- la mobilisation ou l'acquisition de **compétences d'adaptation** : compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. Cela nécessite de se connaître soi-même, de savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress...²³

L'éducation thérapeutique est un travail d'équipe, pluridisciplinaire. Elle nécessite la collaboration entre les différents professionnels de la santé (médecins, infirmières,...) afin d'être efficace.

Pour la construction et l'élaboration de programme d'éducation thérapeutique, une méthodologie a été définie par l'HAS. Elle propose une démarche éducative en quatre étapes :

- le recueil des besoins et des attentes du patient
- la définition des compétences à acquérir ou à mobiliser
- la planification de séances d'éducation thérapeutique du patient
- l'évaluation des progrès du patient et la proposition d'une éducation thérapeutique de suivi²³.

En résumé, l'ETP n'a pas pour unique but d'améliorer l'observance aux traitements, mais ses finalités sont :

- de favoriser la qualité de la relation ;
- de favoriser la mise en place d'un réel partenariat ;
- de permettre aux patients d'augmenter leurs connaissances et compétences concernant la maladie, son traitement et son évolution ;
- d'aider le patient à changer de comportement ;
- de permettre au patient d'améliorer sa santé bio-psycho-sociale, dans un parcours de vie et de soin qui respecte son identité ;
- d'améliorer la qualité de vie²⁴.

²³ HAS Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation, juin 2007

²⁴ Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? - Médecine des maladies Métaboliques - Février 2012 - Vol. 6 - N°1

2 ETUDE

2.1 Question de recherche

Au regard de ce qui précède, la question de recherche du mémoire est la suivante : Quelles interventions infirmières de type éducationnel pourraient être mises en place auprès des patients ayant une antibiothérapie au long cours pour leur IOA ?

2.2 Méthodologie

Pour y répondre, nous avons choisi la méthode qualitative par entretien semi-directif. Cette méthode permet d'explorer la perception des patients, leurs représentations et leurs expériences. La population étudiée était les patients ayant une IOA avec un traitement antibiotique d'une durée initialement prévue de plus de 4 semaines, prescrit par les infectiologues de l'établissement et qui ont continué leur antibiothérapie à domicile. Étaient exclus, les patients que j'avais déjà pris en charge au cours de leur hospitalisation, ceci afin de garder toute objectivité.

Un guide d'entretien a été réalisé. Un premier entretien exploratoire a été effectué afin de modifier le questionnaire lorsque les questions n'étaient pas assez claires ou pas assez ouvertes. La version finale de ce guide est présentée en annexe I.

Les entretiens ont été conduits à la suite de la consultation de fin de traitement avec l'infectiologue. Ils ont été réalisés sans présence médicale, uniquement avec le patient. Toutefois, la personne de confiance du patient pouvait être présente si celui-ci le souhaitait. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone sous couvert d'anonymat après accord des patients. Ils ont été retranscrits en intégralité dans Word®. Un exemple de retranscription est disponible en Annexe II.

Une analyse thématique a ensuite été réalisée. Il s'agissait de classer les propos de chacun des répondants au regard des thèmes et sous-thèmes dégagés. Les thèmes avaient été préalablement définis mais de nouveaux thèmes ont émergé lors de l'analyse.

2.3 Analyse

8 entretiens ont été réalisés de mars à juin 2022. Ils ne concernaient que des hommes. La moyenne d'âge de ces patients était de 69 ans. La durée moyenne de chaque entretien était de 9 minutes avec des durées comprises entre 5 minutes pour l'entretien le plus court et 12 minutes pour l'entretien le plus long.

Il est à noter que 2 entretiens ont été réalisés en présence de l'épouse du patient (Entretien 3 et 4).

Tous les patients interrogés vivaient à leur domicile en étant autonome dans les activités de la vie quotidienne. Tous vivaient en couple à l'exception du patient 7.

Les caractéristiques des patients interrogés sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Caractéristiques des patients interrogés

N° entretien	Sexe	âge	Situation professionnelle	Maladies chroniques	Nature IOA	Traitement	Durée en semaines	Remarques	Durée entretien
P1	H	76 ans	Retraité	Diabète HTA Syndrome parkinsonien	Ostéite pied	DALACINE 600 mg x 2 / j LEVOFLOXACINE 750 mg / J	4		11 min
P2	H	59 ans	Actif	Diabète HTA	Infection PTH	LEVOFLOXACINE 500mg x 2 / j ISAVUCONAZOLE 200mg le matin	12		9 min
P3*	H	79 ans	Retraité	Hypothyroïdie Dyslipidémie	Infection PTH	AMOXICILLINE 2 g x 4 / jour	12		10 min
P4*	H	83 ans	Retraité	Diabète HTA Hypercholestérolémie	Infection PTG	AMOXICILLINE 2g x4/jour et RIFAMPICINE 600 mg/jour	12		10 min
P5	H	60 ans	Actif	Diabète HTA	Ostéite pied	LEVOFLOXACINE 250 mg/jour et METRONIDAZOLE 500 mg x 3 /jour	4		7 min
P6	H	62 ans	Retraité	Diabète HTA	Infection aiguë post-opératoire d'arthroscopie de genou	LEVOFLOXACINE 500 mg x 2 et RIFAMPICINE 900 mg / J	6		11 min
P7	H	75 ans	Retraité	Diabète Hypercholestérolémie	Infection PTG	LEVOFLOXACINE 750 mg/jour	12	A arrêté son traitement à 8 semaines	12 min
P8	H	59 ans	Ne travaille plus	Syndrome anxio-dépressif Rachialgies chroniques	infection PTH	LEVOFLOXACINE 500mg x 2 /J CLINDAMYCINE 600 mg x3 /j	12	Clindamycine arrêtée à 8 semaines	5 min

Connaissance de la maladie et évaluation de sa gravité

Les premières questions portaient sur la connaissance de la pathologie qui nécessitait un traitement antibiotique et sur la gravité ressentie de celle-ci.

Tous les patients interrogés ont été capable de dire pourquoi ils prenaient des antibiotiques. Seul le premier patient n'a jamais cité le mot « infection » mais juste « *J'ai pris des antibiotiques pour mes doigts de pied* ».

L'infection était donc citée par les 7 autres patients :

« *Je suis tombé, ma prothèse s'est décalé, comment dire, l'articulation s'est décalé de la prothèse et puis l'infection s'est mise là !* » (P2)

« *C'est certainement localisé au niveau de la hanche, mais j'ai fait une forte infection* » (P3)

« *Pour l'infection de mon genou* » (P4)

« Je les [les antibiotiques] prends parce que j'ai des bactéries... pour mon infection du pied que je me suis fait... Pour l'ostéite » (P5)

« J'ai attrapé pendant l'intervention une bactérie qui demandait un traitement antibiotique [...] les antibiotiques je les ai pris parce que c'était un traitement et qu'il fallait ça pour arrêter l'infection » (P6)

« Après une prothèse de genou j'ai un ongle qui a poussé et qui a débuté sur ma prothèse. C'est la dessus que j'ai attrapé le Staphylocoque » (P7)

« C'est dû à mon opération de la hanche droite, j'ai été opéré et puis après, j'ai fait une infection. » (P8)

Le traitement chirurgical associé était également cité par les patients : « Il a fallu m'enlever ma prothèse pour nettoyer toute cette saloperie quoi ! » (P2) ; « au bout de plusieurs mois [d'antibiotiques], le Dr C. [le chirurgien] a jugé que ça allait maintenant et qu'il pouvait me faire, enfin me poser une prothèse de hanche » (P3) ; « il [le chirurgien] a fait une deuxième intervention, pour laver le genou » (P6) ; « le chirurgien a vu mon genou, c'était pas joli hein ! Bon ils m'ont passé au lavage, et donc la dessus, lavage, tout et anti inflammatoire pendant 8-10 jours. Après je suis passé aux antibiotiques » (P7) ; « Il a fallu qu'il [le chirurgien] me re-ouvre pour nettoyer la prothèse » (P8). Le lavage chirurgical n'était donc pas abordé par le patient 4, toutefois, le risque de changement de prothèse a été évoqué : « Si ça repartait, l'autre docteur traitant elle a dit que si l'infection se remettait trop dans le genou, on enlève la prothèse ». Les patients 1 et 5 ayant une ostéite n'étaient pas concernés par ce type d'intervention.

La gravité de leur pathologie est connue des patients même si c'est souvent parce que le médecin ou le chirurgien leur ont dit : « Dr D. [l'infectiologue] m'a dit que je revenais de loin » (P2) ; « oui, c'est grave, ils nous l'ont dit » (P3) ; « Ben apparemment, ce qu'il nous a expliqué, ça peut être quand même assez grave parce qu'il m'a dit que ça pouvait couvrir un peu, faire comme si c'était guéri et puis au bout d'un certain temps, repartir quoi. » (P4) ; « On m'a dit que c'était grave ! » (P8). Un patient ne trouve pas son infection grave « je la trouve pas trop trop grave, je respecte ce que m'ont dit les médecins, je prends mes antibiotiques régulièrement et j'espère que ça va guérir ! » (P4) ; pour un autre patient, la gravité dépend de l'évolution de l'infection « C'est pas trop grave mais si on doit encore m'opérer et truc, c'est grave quoi. » (P3). Une question demandait de noter entre 0 et 10, la gravité de leur pathologie (0 : Pas du tout / 10 : Très grave). Celle-ci était notée entre 6 et 10, mais toutes les personnes interrogées n'ont pas donné de note. Parmi ceux qui ont mis une note maximum, la notion d'infection pouvant être fatale est évoquée. Ils l'expliquent par : « c'était très grave. Donc je reviens de

loin. Ça me fait une 2ième vie là. » (P2) ; « j'ai attrapé un staphylocoque. Pas le doré... Il est moins méchant que le doré, mais enfin, c'est un staphylocoque [...] Pour moi, un staphylocoque, c'est grave ! Je connais des gens qui sont décédé avec un staphylocoque doré. Mais au niveau du cœur. Mais pour moi, ça peut monter l'infection ! » (P7).

Les conséquences fonctionnelles réelles ou potentielles de l'IOA ont été aussi signalées par certains patients : *« Moi j'étais pressé qu'il me remette la prothèse pour pouvoir marcher. Enfin marcher non ! Déjà la chaise roulante...Parce que 2 mois et demi de lit, c'est long ! Sans articulation ! » (P2) ; « on fait quoi, si j'ai plus de prothèse ? » (P4) ; « Ça fait déjà 2 mois que ça dure, que je ne plie pas mon genou, que j'ai été alité pendant plus de 3 semaines, sans bouger, donc j'ai perdu 12 kg, déjà en 3 semaines. Ma jambe, on dirait que je traîne une jambe morte. Bon, c'est en train de revenir petit à petit, mais c'est très long quoi. J'ai souffert le martyr ! J'ai vraiment souffert ! » (P6)*

Traitement antibiotique

Intérêt du traitement

Tous les patients (à l'exception des patients 4 et 7) ont affirmé que l'intérêt du traitement antibiotique avait été évoqué par les médecins ou l'équipe soignante. Le patient 1 a toutefois rajouté qu'il connaissait également l'intérêt de lui-même : *« le médecin me l'avais dit, [l'intérêt] mais j'avais compris que les antibiotiques c'était pour quelque chose, pour mon bien. »*

Modalité de prises

Concernant les modalités de prises des antibiotiques, tous disent qu'elles avaient été vues avec l'équipe soignante, même si un patient (P4) avait répondu « non » à cette question, il a été capable de dire comment il devait prendre son traitement après une question de relance : *« Ben c'est toute les 6 heures. J'en ai des « blancs » 8 par jour et c'est toute les 6 heures. C'est pour ça que je me lève à 2 heure la nuit, et à 4 heure je me lève, je prends les gélules, parce qu'il y en a 10 par jours. Les « blancs », c'est toute les 6 heures, ça fait que 8 quoi».*

D'une manière générale, les patients prenaient leurs antibiotiques au moment de leur repas : *« je les avais à mes heures de repas » (P1) ; « ils m'ont dit que je devais en prendre un, à chaque repas et un autre le matin uniquement. » (P5) ; « Oui. [Ils m'ont expliqué quand je devais les prendre] En milieu de repas » (P8).* Pour le patient 7, on lui avait expliqué : *« Surtout prendre un cachet et demi, il [le médecin] m'avait dit « surtout le prendre tous les jours ! » Voilà. Il m'a pas dit spécialement le soir le midi le matin. C'était à moi de décider. »*

Tous les patients ont assuré que le médecin avait consulté leur traitement habituel avant l'initiation de l'antibiothérapie. Un patient avait même indiqué qu'il avait lui-même demandé

si il n'y avait pas d'interaction possible : *« j'ai même demandé, moi, si ça pouvait pas avoir des inconvénients de mélanger.. Parce que je suis diabétique. Je prends 6 comprimés par jour pour le sucre. Et je me disais que peut-être mélanger tout..., ça m'en fait 20 par jour que je prends »* (P4).

Connaissance des effets indésirables

Une question portait sur le fait de savoir si le médecin qui avait prescrit l'antibiotique leur avait expliqué les éventuels effets secondaires possibles. Hormis le patient 5, tous ont répondu non. Le patient 6 précise : *« Franchement, je ne me rappelle pas forcément ! Non. A part que le traitement que je prenais fait uriner rouge, c'est le seul truc qu'il m'a dit. »*. La moitié des personnes interrogées nous disent toutefois qu'ils lisent les notices des médicaments avant de les prendre. Pour le patient 8, il préfère ne pas connaître les effets indésirables de ses traitements : *« Non ! non, je ne prends pas l'habitude de lire ce qui pourrait... Parce que j'ai un tempérament angoissé, alors je veux pas. »*.

Survenue d'effets secondaires

Des effets secondaires qu'ils associent aux antibiotiques sont pourtant fréquemment survenus chez ces patients, seul le patient 3 n'en déclare pas. Pour les autres il s'agissait de :

- perte d'appétit, diarrhées et une aigreur dans la bouche pour le patient 1 : *« Dès l'instant où je prenais ça [les antibiotiques] ben, d'abord, j'avais pas faim du tout, j'avais pas envie de manger, je pouvais pas ingurgiter. J'ai tout enduré, de l'amertume, des aigreurs dans la bouche, je peux pas définir ça mais par bonheur, ça m'a toujours laissé le temps d'aller où il fallait [sous-entendu aux toilettes] et j'en étais rendu à un point que j'avais une bassine constamment avec moi. C'est une indisposition complète vis-à-vis de ces médicaments. »*
- perte d'appétit et crise de goutte pour le patient 2 ; *« Le seul effet secondaire que j'ai eu, c'est pas un effet secondaire du médicament, c'est que j'aimais pas la bouffe ! (Rire) et puis voilà ! Je mangeais pas, sincèrement, je mangeais très peu.. Et pas manger pendant 2 mois, j'ai perdu 20 kg ! Même voir plus. [...] cet antibiotique-là, me créait des crises de gouttes. [...] les effets secondaires que j'ai eu, c'est minime, hormis la goutte, j'ai pas eu d'effets secondaires. »*;
- nausées, diarrhées et coloration orangée des urines pour le patient 4 : *« Presque tous les jours, j'avais envie de vomir [...] En plus pour aller aux toilettes, ça me donne quand même assez souvent la diarrhée, des gaz, beaucoup de gaz et puis l'infection en plus, je fais pipi tout orange! »*
- gout métallique pour le patient 5 : *« ils m'ont dit que je pouvais avoir un gout de fer dans la bouche, d'ailleurs, c'est ce que j'ai eu. »*

- Coloration orangée des urines pour le patient 6 : « *le traitement que je prends fait uriner rouge* »

- Perte d'appétit pour le patient 7 : « *ça m'a enlevé de l'appétit au fil des jours, et j'avais de la peine à manger, plus rien ne me faisait envie. Fallait que je prenne des gourmandises...* » Et si on lui demande si il a eu des douleurs au niveau des tendons, il répond : « *Ah peut-être ! Peut-être. Un point d'interrogation là ! Que j'ai toujours quand même ! je suis dur des tendons ! Des 2 jambes !* »

Le patient 8 nous dit n'avoir pas eu d'effets secondaires : « *ça c'est toujours bien passé. Pas de problème à l'estomac, rien ! Non ! non.* [Je n'ai pas eu d'effets secondaires] ». Cependant, la levofloxacinine avait été arrêté un mois avant la date prévue en raison d'une possible tendino-bursite iatrogène.

Prévention des effets secondaires

Pour les patients interrogés, la gestion ou la prévention des effets secondaires reposait essentiellement sur un « médicament » à prendre en plus. Il s'agissait d'antiémétique pour les patients 1, 4 et 5 et/ou de l'ultra-levure, prescrit soit par leur médecin traitant, soit par leur pharmacien (patients 1, 3, 4 et 7). Seul le patient 4 a spécifié faire aussi attention à son alimentation : « *Je fais attention un peu à ce que je mange. Pas des trucs trop gras* » et du fait de son expérience, prendre son traitement « *l'estomac vide* » : « *C'est moi qui me rend compte que plus je les prends dans la matinée, avant de manger le matin, ça se passe bien ! J'ai l'estomac un peu brouillé, mais ça je garde quoi !* »

Il est à noter que la coloration orangée des urines n'est pas vécue comme quelque chose de difficile : « *Faire pipi comme ça [orange], non [ça ne me dérange pas] pas du tout ! Puisque je sais que c'est le truc qui le fait, puis ça s'en va après...* » (P4) ; « *uriner rouge, c'est pas grave !* » (P6).

Risque si non-observance

L'intérêt de la bonne prise du traitement antibiotique était connu de tous les patients, ils exprimaient le risque en cas de non prise des antibiotiques par : « *un risque d'amputation de mes doigts de pied* » (P1) ; « *que ça se généralise partout* » (P2) ; « *de faire une septicémie* » (P3), voir même « *d'y passer* » pour la femme de ce patient ; « *que l'infection reparte et que l'on puisse plus l'enrayer. Il paraît que si ça redémarre, c'est plus dur à enrayer encore !* » (P4) ; « *de perdre mon pied, être amputé* » (P5) ; « *que ça perdure, ça revienne, ça soit pas soigné comme il faut !* » (P6) ; « *que le germe serait revenu* » (P7) ; « *que j'aurais peut-être pu y passer !* » (P8)

Observance du traitement

De ce fait, tous les patients ont affirmé avoir été bien observants des prises de leurs antibiotiques. Certains précisent même « *il le fallait* » (P2) ; « *A une demi-heure près, les heures.. Même la nuit ! J'ai jamais raté un coup ! Même quand ça me dérange, je le prends quand même !* » (P5) ;

« *J'ai pas eu d'oubli, j'ai toujours tout bien pris.* » (P5) ; « *j'ai pas arrêté une prise pendant 6 semaines ! Parce que moi, le seul truc que j'ai en tête, c'est la guérison ! si on m'a prescrit un médicament, je le prends !* » (P6) ; « *Oui, tout le temps ! Sans oubli !* » (P8) ; « *Oui ! [Je prenais l'antibiotique] tous les matins !!, j'y suis arrivé ! J'y tenais en plus alors, fallait bien !* » (P7). Il est toutefois à noter que pour ce dernier patient, il avait arrêté son traitement antibiotique un mois avant la fin, il n'aurait pas bien compris cette date et il était très surpris : « *! C'est aujourd'hui que j'ai attrapé une calotte [c'est-à-dire prendre un coup sur la tête] ! Parce que le coup de prendre ça jusqu'au 19 mai, j'ai pas compris ça ! J'ai pas compris ! [...] Alors bon, le Dr L. [le chirurgien] m'a dit « tu as un mois d'antibiotique ». Ça fait 2 mois ! Je comprends pas ! C'est quelque chose que je comprends pas !* »

Vécu du traitement

Globalement, les patients disent avoir bien vécu leur traitement antibiotique même si cela a été difficile parfois : « *Les médicaments que je prends, mon estomac il en a marre* » (P4). Pour les patients 3 et 4, une des contraintes du traitement est liée au fait qu'il ne pouvait plus boire d'apéritif, mais comme ils l'ont dit sur le ton de la plaisanterie, on peut imaginer que ce n'était pas insurmontable.

L'arrêt des antibiotiques est vécu comme un soulagement : « *ça c'est sûr que, on m'en remettrait, je ne les pendrais pas* » (P1) ; « *Moi ce qui me tarde, c'est d'arriver au bout ! Que j'en prenne plus, peut être que ça va aller mieux !...* » (P4) ; « *[Je n'ai pas vécu mon traitement comme une contrainte] mais ça le deviendrait ! Si ça devrait continuer* » (P8).

Relation patient – médecin

Enfin, un thème qui n'était pas initialement prévu mais qui est apparu lors de la réalisation de ces entretiens est la caractérisation de la relation que les patients ont avec les médecins ou chirurgiens. En effet, la confiance envers le corps médical a été soulevée à plusieurs reprises par les patients. : « *Je me suis dirigé vers votre service pour guérison, c'est tout. C'est vous qui décidez.* » (P1) ; « *Je les [les médecins] ai écoutés comme si c'était mon père et ma mère ! J'ai fait comme ils m'ont dit de faire ! [...] Grâce à eux, je pense, j'en suis sûr, grâce à eux, je suis là ! [...] Je suis content, sincèrement je suis content du Dr D [l'infectiologue] et du Dr C. [le chirurgien]* » (P2) ; « *Si ils m'ont sauvé la vie, c'est qu'ils ont fait ce qu'il fallait !* » (P3) ; « *On*

fait confiance ! On a confiance en vous ! [Le corps médical]» (Femme du patient 3) ; « je respecte ce que m'ont dit les médecins. » (P4) ; « j'ai une confiance avec ce docteur-là [l'infectiologue], je lui mets 10 sur 10 ! [...] Je suis là pour me faire soigner, je fais confiance» (P6) ; « je fais confiance en la médecine ! » (P8).

2.4 Discussion

Limites de l'étude

La réalisation d'entretiens semi-directifs nécessite un réel savoir-faire. Mon manque d'expérience dans cette pratique explique le fait que ceux-ci n'étaient peut-être pas suffisamment développés. Certains patients interrogés ont eu des réponses très brèves à des questions pourtant ouvertes, la relance ou leur exploration n'a pas toujours été réalisée de façon optimale. Certaines réponses ont pu être aiguillées par la formulation des questions posées. De même, le fait que je me présentais comme travaillant avec les infectiologues qui avait prescrit les antibiotiques pouvait également influencer les réponses des patients.

Hormis le fait qu'il fallait que les patients interrogés aient eu une antibiothérapie de 4 semaines ou plus, et qu'ils soient présents lors de la consultation de fin de traitement, il n'y a pas eu de « sélection » des patients. On constate toutefois, qu'il n'y a que des hommes. Cela peut s'expliquer par la plus forte prévalence d'hommes qui ont une IOA en France (d'après une étude de Laurent E., publié en 2018, le sexe ratio hommes-femmes est de 1,6²⁵). Un regard féminin aurait certainement été intéressant.

Une patiente qui a vu son traitement arrêté un mois avant la fin de celui-ci par les médecins vasculaires car elle avait suspendu d'elle-même son traitement pour son diabète pour la prise de ces antibiotiques, de peur d'une mauvaise tolérance, n'a pas pu être interrogée. Son témoignage aurait pu être enrichissant.

Le caractère rétrospectif de notre enquête est également un biais pour objectiver la réalité de l'observance médicamenteuse (entretien réalisé fait en fin de traitement).

Bien que l'effectif soit faible, il me semble toutefois que la saturation des données a été obtenue.

J'ai conduit les entretiens et j'ai réalisé leur analyse, pouvant créer un biais d'analyse.

Enfin, l'étude étant réalisée dans un seul centre hospitalier, les actions à mettre en place ne sont donc valables que dans cet établissement.

²⁵ Laurent E., Gras G., Druon J., Rosset P., Baron S., Le-Louarn A., Rusch E., Bernard L., Grammatico-Guillon L., Key features of bone and joint infections following the implementation of reference centers in France, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 48, Issue 4, 2018, Pages 256-262

Discussions des principaux résultats

Connaissance de la pathologie par les patients

On constate tout d'abord que les patients ont une bonne conscience de la sévérité de leur pathologie ainsi que de l'intérêt de leur traitement antibiotique. Cela peut s'expliquer par la relation de confiance que les patients ont envers le corps médical (reconnaissance par le patient de la compétence de son médecin). Cette bonne assimilation est aussi due au fait que les pathologies peuvent être expliquées de façon répétée mais avec des termes variables par le chirurgien, l'infectiologue et l'équipe paramédicale qui ont pris en charge les patients. La répétition de ces informations permet d'en améliorer la compréhension.

Connaissance du traitement antibiotique

Les modalités de prises de l'antibiothérapie sont également bien comprises. Elles laissent parfois le choix aux patients quant au moment opportun de leur prise (à jeun ou pendant un repas par exemple). Dans notre établissement, même si on sait que cela diminue la biodisponibilité, il est fréquent de recommander que la rifampicine soit prise en mangeant afin d'éviter les troubles digestifs. Cette « négociation » fait partie de l'alliance thérapeutique comme on a pu le définir dans la première partie de ce mémoire.

Toutefois, concernant la gestion des éventuels effets indésirables liés au traitement antibiotique, on constate que des axes d'amélioration pourraient être envisagés. En effet, quasiment tous les patients nous ont dit que les médecins ne leur avaient pas expliqué les effets secondaires éventuels de leur antibiothérapie. Cela ne signifie pas qu'on ne leur a pas dit mais plutôt qu'ils ne s'en souviennent pas. Il est possible que ces informations soient données lors de la consultation d'annonce du diagnostic, soit en même temps que les explications sur leur pathologie et de la prise en charge de celle-ci. L'annonce du diagnostic est vécue comme un choc et les patients restent focalisés sur cette nouvelle. Face à la quantité de données fournies, il est probable que la proportion des informations correctement rappelées soit faible. Une étude estime que 40 à 80 % des informations médicales fournies par les professionnels de la santé sont immédiatement oubliées par les patients²⁶. Il est donc nécessaire de limiter le nombre de points essentiels abordés aux cours de chaque entretien, et de les répéter si besoin.

Actions à mettre en place : Fiches d'information et suivi des patients

Ces informations sur le traitement antibiotique peuvent être réexpliquées par les infirmiers sous forme d'atelier d'éducation thérapeutique. Certains auteurs utilisent le terme « d'Éducation

²⁶ Kessels RP. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003 May;96(5):219-22.

thérapeutique précédant la sortie de l'hôpital » (ETP sh)²⁷. Il s'agit d'une pratique développée sous le nom de « discharge education » dans les pays anglo-saxons. Elle est considérée comme une nouvelle action d'ETP et s'adresse plus particulièrement aux patients pris en charge pour une pathologie aiguë. Tout comme l'ETP classique, celle-ci doit être structurée : « Un diagnostic éducatif doit être réalisé au préalable, une pédagogie participative doit être promue. [Celle-ci est] caractérisée par des échanges interactifs entre le soignant et le patient, avec l'usage systématique de reformulations pour s'assurer de sa compréhension, avec des exercices répétés de manipulation, accompagnés d'outils pédagogiques adaptés à son niveau culturel en santé, à ses capacités d'assimilation, de mémorisation »²⁷. Pour Albano et al., il convient de mobiliser un temps d'éducation intensif et délivré au moment opportun, soit immédiatement avant la sortie du patient. Un document d'information peut être fourni à cette occasion. A l'instar des fiches antibiotiques pour les patients réalisées par le CRIOGO²⁸, il serait donc intéressant de créer et de remettre aux patients concernés, une fiche qui recense pour chaque antibiotique, le mode d'emploi, les interactions, les effets indésirables et leur prévention ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue de ceux-ci. En effet, il a été démontré que « mettre à disposition une information sous forme écrite ou dessinée augmente la capacité de remémoration des patients. La combinaison du verbal et de l'écrit augmente les connaissances et la satisfaction du patient par rapport aux informations uniquement verbales. Ces documents écrits devraient être courts, structurés, combinant du texte et des illustrations, écrits de façon lisible et avec le moins de termes médicaux possibles »²⁹. Des pictogrammes ou de dessins simples devront être utilisés. En effet, des visuels appropriés et un texte simplifié peuvent attirer l'attention des patients sur des détails importants et réduire la dépendance à l'égard d'informations textuelles complexes, améliorant ainsi leur compréhension³⁰.

Notre étude ne portait pas sur l'observance des patients pour leur traitement, mais on a cependant pu remarquer qu'un patient n'a pas pris son traitement jusqu'à son terme. Il serait donc intéressant de suivre de façon plus soutenue les patients ayant une antibiothérapie au long cours. D'une manière générale, dans notre établissement, les patients ayant une IOA et une antibiothérapie de 12 semaines sont revus en consultation post-hospitalisation au bout d'une

²⁷ Albano MG, Gagnayre R, de Andrade V, d'Ivernois JF. L'éducation précédant la sortie de l'hôpital : nouvelle forme d'éducation thérapeutique. Critères de qualité et perspectives d'application à notre contexte. Recherche en Soins Infirmier, numéro 141, juin 2020, pages 70-77.

²⁸ <http://www.criogo.fr/infos-pratiques/fiches-antibiotiques>

²⁹ Chung, C., et al. Fiches d'information aux patients - Pour une compréhension durable des messages transmis au patient lors d'une consultation en urgence, Rev Med Suisse, Vol. 5, n° 650, 2019, pages 965-970.

³⁰ Choi J. Literature review : using pictographs in discharge instructions for older adults with low-literacy skills. Journal of Clinical Nursing, Volume 20, Issue21-22, novembre 2011, Pages 2984-2996

semaine, un mois et 3 mois. Les consultations sont réalisées de façon conjointe entre les chirurgiens et les infectiologues. Dans le cas mentionné plus haut, le patient avait arrêté son traitement au bout de 8 semaines, ce qui n'a été connu que lors de la consultation prévue pour la fin de traitement. Il est à noter que ce patient vivait seul à son domicile. Un suivi, réalisé par les infirmiers aurait pu permettre de réexpliquer au patient la réelle date de fin des antibiotiques mais aussi « de renforcer l'application par le patient à son domicile des compétences qu'il a acquises et de permettre des réajustements »²⁷. Ce suivi peut être fait par appels téléphoniques, mails, consultations programmées ou comme cela est réalisé au CHU de Toulouse, via une application smartphone³¹. Outre l'évaluation de l'observance et la vérification de l'absence d'évènements indésirables liés au traitement, le suivi devra également s'intéresser à l'amélioration de l'état général du patient, sa récupération fonctionnelle, son état nutritionnel, son état cutané et cicatriciel. En effet, comme on a pu le voir notamment dans la première partie de ce mémoire, le traitement de l'IOA ne repose pas exclusivement sur l'antibiothérapie. La cicatrisation, la bonne nutrition, l'état général ont également leur importance. De plus, les patients ont souvent d'autres pathologies associées (diabète, HTA...), il convient donc de prendre en compte tous ces paramètres.

Afin d'aider les patients à mieux comprendre leur maladie et le traitement qui en découle, de leur permettre de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie, un programme d'ETP pour les patients ayant une IOA a donc toute sa place, à l'image de celui du CHU de Bordeaux³². Ce programme aidera les patients à développer les compétences d'adaptation et d'auto-soins (ex : connaître et repérer les signes d'alerte d'une récurrence d'infection comme le retard à la cicatrisation ; Repérer et éviter les situations à risque, identifier les personnes ressources, connaître les contacts nécessaires...).

³¹ Alexa Debard, CHU de Toulouse, Antib-eHome, solution d'e-santé pour le suivi des antibiothérapies à domicile appliquées aux IOA. 3ème journée de Formation et d'Echange du Crioac GSO – 3 décembre 2021 <https://www.canal-u.tv/108285> (Consultée le 15 juillet 2022)

³² Boileau Léa – CHU de Bordeaux, Bien vivre avec son IOA - la place de l'accompagnement psychologique et de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients. 3ème journée de Formation et d'Echange du Crioac GSO – 3 décembre 2021 <https://www.canal-u.tv/108286> (Consultée le 15 juillet 2022)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Pour améliorer la prise en charge des patients ayant une IOA recevant une antibiothérapie de longue durée, il sera intéressant de créer un programme d'ETP. Dans l'immédiat, une action d'éducation réalisée juste avant la sortie du patient et portant principalement sur le traitement antibiotique pourra être réalisée par un infirmier. Une Fiche d'information pourra être créée et remise à cette occasion. Un suivi régulier devra être réalisé.

A terme, la valorisation de ces activités pourrait être envisagée par un forfait « hôpital de jour minorée », notamment pour la consultation à J7 de la sortie d'hospitalisation et par un forfait « télésurveillance » pour les actions liées au suivi.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

CMIT. E. PILLY 27e Editions ALINEA PLUS Ed 2020
Chapitre « Antibiotiques » p. 29-79
Infections ostéo-articulaires p. 259-268
Infections du pied diabétique p. 269-272

Sabaté Eduardo, World Health Organization, adherence to long-term therapies - Evidence for action, 220 pages, 2003

Organisation Mondiale de la Santé. Éducation thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. 1998

Références

Couderc M., G. Bart G., G. Coiffier G., Godot S., Seror R., Ziza J-M., Coquerelle P., Darrieutort-Laffite C., Lormeau C., Salliot C., Veillard E., Bernard L., Baldeyrou M., Bauer T., Hyem B., Touitou R., Fouquet B., Mulleman D., Flipo R-M., Guggenbuhl P., Recommandations françaises 2020 sur la prise en charge des arthrites septiques sur articulation native de l'adulte, Revue du Rhumatisme, Volume 87, Issue 6, 2020, Pages 428-438.

SPLIF, RPC Spondylodiscites infectieuses primitives, et secondaire un à geste intra-discal, sans mise en place de matériel, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 37, Issue 9, 2007, Pages 573-583

Toumi A., Dinh A., Bemer P., Bernard L., Diagnostic des ostéites chroniques, Journal des Anti-infectieux, Volume 13, Issue 3, 2011, Pages 145-153

SPLIF. RPC Prise en charge du pied diabétique infecté – 2006

HAS Recommandation De Bonne Pratique Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation, Mars 2014

SPLIF RPC Infections ostéo-articulaires sur matériel (prothèse, implant, ostéosynthèse) - texte court 2009

Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D., Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des Maladies Respiratoires, Volume 22, Issue 1, Part 1, 2005, Pages 31-34

Debout, Christophe. « Adhésion thérapeutique », Monique Formarier éd., Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 50-53.

Schneider, M., P., Herzig, L., Hampai, D., H., Bugnon, O., Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire, Rev Med Suisse, 2013/386 (Vol.-1), p. 1032–1036.

Kandrotaitė K, Smigelskas K, Janusauskienė D, Jievaltas M, Maciulaitis R, Briedis V. Development of a short questionnaire to identify the risk of nonadherence to antibiotic treatment. Curr Med Res Opin. 2013 Nov;29(11):1555-63.

Faure H., Leguelinel-Blache G., Salomon, L. Poujol H., Kinowski J.-M., Sotto A., Assessment of patient adherence to anti-infective treatment after returning home, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 44, Issue 9, 2014, Pages 417-422,

Gras G. , Druon J., Rosset P., Van Weymers C., Pourrat X., Bernard L., Observance dans les infections ostéo-articulaires : l'étude TAPIOCA, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 43, N° 4HS, Juin 2013, p.55

Doi : MEDMAL-06-2013-43-4HS-0399-077X-101019-201209164

Lalande L., Bretagnol C., Mabrut E., Ferry T., Goutelle S., Adherence to oral antibiotic therapy in patients with bone and joint infection: A pilot study, Infectious Diseases Now, Volume 51, Issue 4, 2021, Pages 334-339

Valot Laurent, Lalau Jean-Daniel, L'alliance thérapeutique, Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 14, Issue 8, 2020, Pages 761-767

HAS Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation, juin 2007

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations_juin_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf) [Page consultée le 08/07/2022]

Laurent E., Gras G., Druon J., Rosset P., Baron S., Le-Louarn A., Rusch E., Bernard L., Grammatico-Guillon L., Key features of bone and joint infections following the implementation of reference centers in France, Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 48, Issue 4, 2018, Pages 256-262

Kessels RP. Patients' memory for medical information. Journal of the Royal Society of Medicine, volume 96(5), mai 2003 pages 219-222.

Fiches antibiotiques pour les patients – CRIOGO

<http://www.criogo.fr/infos-pratiques/fiches-antibiotiques> [Page consultée le 15/07/2022]

Chung, C., Haller, D., M., Sustersic, M., Sommer, J., Fiches d'information aux patients - Pour une compréhension durable des messages transmis au patient lors d'une consultation en urgence, Revue Médical Suisse, Vol. 5, n° 650, 2019, pages 965-970.

Choi J. Literature review : using pictographs in discharge instructions for older adults with low-literacy skills. Journal of Clinical Nursing, Volume 20, Issue 21-22, novembre 2011, Pages 2984-2996

ANNEXE I : Grille d'entretien patient

Bonjour, je m'appelle Yann Ollivier, Je suis IDE et je travaille avec les infectiologues de l'hôpital. Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer dans le cadre de la recherche que j'effectue pour mon mémoire de Diplôme universitaire « Infirmier en thérapeutique anti-infectieuse »

Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer cet entretien dont le contenu restera anonyme. Il ne sera pas transmis dans votre dossier. Cet entretien durera environ trente à quarante-cinq minutes.

Si vous êtes d'accord, on commence :

Je fais une étude sur la perception qu'ont les patients de leurs traitements antibiotiques. J'essaie donc de comprendre et de connaître comment les patients ont vécu ce traitement. Vos réponses sont totalement libres, il n'y a aucun jugement. Je vous ai proposé de participer à cette étude car, vous avez eu (vous avez) un traitement par antibiotiques. Vous avez donc à mon sens « une expérience » particulière de ces médicaments par rapport à des patients qui n'en prennent aucun. Pourriez-vous essayer de m'en parler ?

1. Pourriez-vous me dire pour quelle maladie vous avez pris des antibiotiques ?

Selon vous, pensez-vous que cette maladie est grave ? – Donnez un chiffre entre 0 et 10 (0 : Pas du tout / 10 : Très grave)

Quel est alors, pour vous, le risque si vous n'aviez pas pris ces antibiotiques ?

2. Le médecin qui vous a prescrit les antibiotiques vous a-t-il expliqué l'intérêt de ce traitement ? (relance : que vous a-t-il dit ?)

Le médecin ou l'équipe soignante vous ont-t-ils expliqué les modalités de prise du traitement (Relance : quand le prendre, pendant combien de temps, si il est nécessaire de le prendre jusqu'à la fin ?...)

Le médecin ou l'équipe soignante vous ont-t-ils parlé des effets secondaires éventuels liés à la prise des antibiotiques ?

Le médecin vous a-t-il demandé les autres traitements que vous prenez habituellement ?

3. Avez-vous eu un ou plusieurs effets secondaires liés aux antibiotiques durant votre traitement ?

En fonction de la réponse :

Quelle a été votre réaction face à ce problème ? Qu'avez-vous fait ? : Arrêt, poursuite, en avez-vous parlé à quelqu'un (médecin, pharmacien, autre..)

Qu'auriez-vous aimé avoir comme solution face à cette survenue (ou à l'éventualité) d'effets secondaire? (Contact téléphonique ? / Fiche d'information / Site internet/ alerte via une application entre le médecin et vous ? Consultation au cours du traitement ?...)

Avez-vous pris quelque chose (ex : probiotique/ultra levure) ou modifié votre alimentation pendant votre traitement ? Si oui, qui vous a conseillé de prendre/faire ça ?)

A explorer si non aborder :

Considérez-vous que vous ayez pris correctement votre traitement antibiotique ? (totalement, sans oubli de prise..) ?

Avant de prendre un médicament, lisez-vous systématiquement les notices ? Pourquoi ?

Vous est-il déjà arrivé de ne pas prendre un traitement de peur des effets secondaires ? (oui/non, pourquoi ?)

Qu'attendez-vous des soignants en ce qui concerne les effets secondaires, comment pourrions-nous vous aider ? / Quels rôles doivent-ils jouer à votre avis ?

Quel rôle le patient (vous) doit-il jouer également ?

En matière de prévention des effets secondaires, avez-vous des idées à mettre en place ?

D'une manière générale, pourriez-vous me dire comment vous avez vécu votre traitement antibiotique ? (Est-ce que cela a été difficile à prendre...)

Avant que l'on finisse cet entretien, avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré.

ANNEXE II : Exemple de retranscription d'entretien : Entretien N°4

Entretien effectué le 22/03/2022 – Durée 10 minutes – (entretien réalisé en présence de la femme du patient)

Bonjour, je m'appelle Yann Ollivier, Je suis IDE et je travaille avec les infectiologues de l'hôpital. Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer dans le cadre de la recherche que j'effectue pour mon mémoire de Diplôme universitaire « Infirmier en thérapeutique anti-infectieuse »

Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer cet entretien dont le contenu restera anonyme. Il ne sera pas transmis dans votre dossier. Cet entretien durera environ 10 à 15 minutes.

Je fais une étude sur la perception qu'ont les patients de leurs traitements antibiotiques. J'essaie donc de comprendre et de connaître comment les patients ont vécu ce traitement. Vos réponses sont totalement libres, il n'y a aucun jugement. Je vous ai proposé de participer à cette étude car, vous avez eu un traitement par antibiotiques. Vous avez donc à mon sens « une expérience » particulière de ces médicaments par rapport à des patients qui n'en prennent aucun. Pourriez-vous essayer de m'en parler ?

M. SEV une fois l'explication de l'entretien donnée : D'abord ce que je veux vous dire, les médicaments que je prends, mon estomac il en a marre... Mais surtout les gélules...

On va en parler

Surtout les gélules, je prends les gélules rouge, je ne me rappelle plus comment ça s'appelle, je les prends à 4 h du matin. Ce matin, je les ai pris il était 4 h et demi, et ben quand j'ai déjeuné, ça me fait envie de vomir. Il faut vraiment que j'ai l'estomac vide quand je le prends. Donc, la nuit prochaine, je vais me lever à 2 h donc à la place des « blancs », je vais prendre les « rouge ». Je prendrai les « blancs » plus tard, les « blancs » c'est pas bon, mais ça ne me brouille pas comme ces 2 gélules là. Les 2 gélules, c'est vraiment mauvais, mauvais ! [Silence] Mais bon, maintenant, il faut les prendre, je n'ai pas le choix !

Pourriez-vous me dire pour quelle maladie vous avez pris des antibiotiques ?

Pour l'infection de mon genou ! (spontanément)

Selon vous, pensez-vous que cette maladie est grave ?

Ben apparemment, ce qu'il nous a expliqué, ça peut être quand même assez grave parce qu'il m'a dit que ça pouvait couvrir un peu, faire comme si c'était guéri et puis au bout d'un certain temps, repartir quoi ! Et apparemment, si ça repartait, l'autre docteur traitant elle a dit que si l'infection se remettait trop dans le genou, on enlève la prothèse. Et on fait quoi, si j'ai plus de prothèse ?

L'autre médecin traitant, c'est le chirurgien ?

Non c'est mon médecin de famille, c'est elle qui nous a dit que c'était quand même assez grave et que si ça revient, on est obligé d'enlever la prothèse quoi ! suivant l'importance...

D'après vous, votre infection elle est grave comment - Donnez un chiffre entre 0 et 10 (0 : Pas du tout / 10 : Très grave)

Ben je la trouve pas trop trop grave, je respecte ce que m'ont dit les médecins, je prends mes antibiotiques régulièrement et j'espère que ça va guérir !

Quel est alors, pour vous, le risque si vous n'aviez pas pris ces antibiotiques ?

Ben c'est que ça reparte l'infection et que l'on puisse plus l'enrayer. Il paraît que si ça redémarre, c'est plus dur à enrayer encore !

Le médecin qui vous a prescrit les antibiotiques vous a-t-il expliqué l'intérêt de ce traitement ?

Alors non (spontanément) Au début je prenais pas, là je prends un cachet avant chaque repas pour éviter de vomir (NDRL : **Il parle du Primpéran**). Au début je ne l'avais pas ça et là, presque tous les jours, j'avais envie de vomir. Et notre docteur traitant, m'a redonné ça, et c'est vrai que depuis que je prends ça, c'est nettement mieux !

Le médecin ou l'équipe soignante vous ont-ils expliqué comment prendre votre traitement ?

Non, non.

Relance : Il vous a pas expliqué qu'il fallait les prendre le matin, à jeun ou pas à jeun ?

Ben c'est toute les 6 heures. J'en ai des « blancs » 8 par jour et c'est toute les 6 heures. c'est pour ça que je me lève à 2 heure la nuit, et à 4 heure je me lève, je prends les gélules, parce qu'il y en a 10 par jours. Les « blancs », c'est toute les 6 heures, ça fait que 8 quoi.

Et vous savez le nom de ces antibiotiques ?

Regarde sa femme : tu t'en rappelle toi ?

Sa femme : « les rouges, c'est les « reglidadine » ou un truc comme ça, mais les autres je ne m'en rappelle pas du tout, j'aurai du porter les noms, je ne m'en rappelle pas.

Les rouges c'est de la rifampicine

Voilà c'est ça !

Et les blancs de l'amoxicilline

[Silence]

Les médecins vous ont-t-ils parlé des effets secondaires éventuels liés à la prise des antibiotiques ?

Non ! (spontanément)

Le médecin vous a-t-il demandé les autres traitements que vous prenez habituellement ?

Ah oui ! Oui, oui, oui ! Et j'ai même demandé, moi, si ça pouvait pas avoir des inconvénients de mélanger... Parce que je suis diabétique. Je prends 6 comprimés par jour pour le sucre. Et je me disais que peut être mélangé tout... Ça m'en fait 20 par jour que je prends !

Qu'est-ce qu'un effet secondaire pour vous ?

Ben les effets secondaires, c'est que là, ben moi, ça me donne envie de vomir ! En plus pour aller aux toilettes, ça me donne quand même assez souvent la diarrhée, des gaz, beaucoup de gaz et puis l'infection en plus... je fais pipi tout orange ! Tiens je fais pipi comme le mur au fond là (**montre le mur orange**)

vif) (rire) Apres les gélules hein, après dans la journée, ça s'en va. Dans la matinée, ça s'arrête, ça s'éclaircie et arriver un moment ça redevient normal. Mais 3 heures à peu près. 3-4 après avoir pris ces gélules, je fais pipi comme le mur. (Rire)

Et ça vous perturbe ? , ça vous dérange ?

Ah de faire pipi comme ça, non pas du tout ! Puisque je sais que c'est le truc qui le fait, puis ça s'en va après.. Et puis moi, je ne suis pas anxieux, arrivera ce qui arrivera et puis voilà.

Ça, on vous l'avait expliqué ?

Non, non...

Sa femme : « je l'ai vu sur la notice »

Avant de prendre un médicament, lisez-vous systématiquement les notices ?

Sa femme : Oui, moi je lis les notices, j'ai vu que c'était noté.

M. SEV : oui toi, tu l'as lu mais pas moi ! (rire)

Est-ce que vous prenez d'autre chose pour lutter contre les effets secondaires ?

Non, non non.

Vous avez modifié votre alimentation pendant votre traitement ?

Alors, je fais attention un peu à ce que je mange, parce que si je mange des trucs trop gras... Pas de sauces pas de.. tout ce qui est gras.. Du saucisson ! J'aimais bien déjeuner avec, ben je ne peux plus manger de saucisson !

Sa femme : tout ce qui est gras, je fais attention à ne pas mettre trop de gras, il faut pas de gras !

Mais vous ne prenez pas d'ultra levure ?

Alors oui ! J'en prends une gélule quand même ! Oui !

Qui vous a conseillé de prendre ça ?

C'est notre docteur traitant ! [Silence] N'empêche je pense une gélule contre 10 antibiotiques, 10 cachets d'antibiotiques, ça représente pas grand-chose, je crois !

Quelle a été votre réaction face à ce problème ? Vous en avez parlé à votre médecin traitant ?

Ah non, non ! Je pense que quand ça va s'arrêter les cachets, ben ça s'arrêtera ça aussi, ça va repartir normalement !

Vous avez des nausées ?

Ah ben oui ! Ah oui ! Et ben d'ailleurs, ça m'est arrivé ce matin ! J'ai déjeuné avec du chocolat au lait et, j'avais pris mes gélules, un peu plus tard que d'habitude, et bé voilà ! Et ça, j'ai remarqué que si je les prends un peu tard... Faut au moins 4 h que je les aie pris avant de manger ! Voilà ! Comme ça, ça passe ! Mais si je les prends plus rapproché, ben là...

C'est votre expérience qui vous fait dire ça ? Parce que le médecin, il ne vous a pas dit de les prendre à jeun ou pas à jeun ?

Ah non, non ! C'est moi qui me rend compte que plus je les prends dans la matinée, avant de manger le matin, ça se passe bien ! J'ai l'estomac un peu brouillé, mais ça je garde quoi !

Qu'auriez-vous aimé avoir comme solution face à cette survenue ?? (par exemple un contact téléphonique ? ou une fiche d'information expliquant les effets secondaires de la rifampicine de façon plus détaillé que la notice de cet antibiotique, qui explique que si vous avez tel effet secondaire, vous pouvez faire ça...? ça vous aurait aidé vous pensez ?

Sa femme : Ben peut être que ça aurait aidé ...

M. SEV : Après moi, je me dis que je prends 20 cachets, si je prends encore quelque chose par-dessus, on en fini plus quoi !

Considérez-vous que vous ayez pris correctement votre traitement antibiotique ? (totalement, sans oubli de prise..) ?

ah oui ! .. A une demi-heure près, les heures.. Même la nuit ! je me lève sans réveil, au environ de 2 h , 2 h mois le quart, 2 h 15..

Sa femme coupe : Oui, il a bien pris le traitement !

M. SEV : J'ai jamais raté un coup ! Même quand ça me dérange, je le prends quand même !

En matière de prévention des effets secondaires, avez-vous des idées à mettre en place ?

[Silence] .. Qu'est-ce qu'il faut faire, ben, je sais pas ...

Ou alors, prendre les comprimées et pas manger ! ... Mais bon, ça ne va pas durer longtemps ! [Sourire]

Avant que l'on finisse cet entretien, avez-vous quelque chose à ajouter ?

Non, moi ce qui me tarde, c'est d'arriver au bout ! Que j'en prenne plus, peut être que ça va aller mieux !... Parce que là, ce dimanche, on est allé chez ma fille, bon, je peux pas boire l'apéritif.. Parce que je ne bois pas d'alcool là avec tous ces cachets !... Et puis, c'est que je trouve pas bon en plus ! J'essaye de goûter un peu de vin dans le verre mais je le trouve dégueulasse ! Mais bon, c'est normal, l'estomac, je le sens toujours plus ou moins brouillé ! Tout le temps !

[Arrêt de l'enregistrement]

