



Diplôme Universitaire Infirmier en Thérapeutiques Anti-Infectieuses

**« L'éducation thérapeutique du patient,
un levier dans la lutte contre
l'antibiorésistance ».**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Gabrielle BOUDARD LY VAN TU | Infirmière référente en antibiothérapie |
Sous la direction des Drs. Amélie CARRER-CAUSERET et Rachid SEHOUANE
Diplôme Universitaire paramédicale thérapeutiques anti-infectieuses
| Promotion 2024-2025 |

Remerciements.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens tout particulièrement à exprimer ma reconnaissance aux docteurs Amélie CARRER-CAUSERET et Rachid SEHOANE, co-directeurs de ce mémoire, pour leur disponibilité, leur expertise et leurs conseils précieux qui ont guidé et enrichi ce travail.

Merci également aux membres de l'Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie et à l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène du Centre Hospitalier de Gonesse pour la collaboration et les échanges durant ces mois d'enseignements. Le soutien et les encouragements de mes collègues médicaux et paramédicaux m'ont grandement aidé à mener à bien ce travail.

Je remercie également les membres du jury pour le temps et l'attention qu'ils ont consacrés à l'évaluation de ce mémoire.

Je souhaite également témoigner toute ma considération envers l'ensemble des enseignants et du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes et de l'Université de Rennes, dont la transmission de leur savoir, leur bienveillance leur accompagnement ont été déterminants tout au long de mon parcours.

Je souhaite également souligner l'importance de la présence de mes collègues du groupement inter EMA d'Île-de-France ainsi qu'à mes collègues de promotion ; leur disponibilité, leur esprit d'équipe et leurs conseils ont grandement contribué à l'avancement de ce travail.

Enfin, je remercie mon conjoint, mes enfants et mes proches pour leur soutien moral constant et indéfectible, sans lesquels cette étape de spécialisation de mon parcours professionnel n'aurait pu être franchie avec autant de sérénité.

Liste des abréviations.

ARS : Agence Régionale de Santé

ATB / ATBR : AnTiBiotique / AnTiBioRésistance

BMR / BHR(e) : Bactérie Multi Résistante / Bactérie Hautement Résistante (émergentes)

BUA : Bon Usage des Antibiotiques

CH / CHU : Centre Hospitalier / Centre Hospitalier Universitaire

CHG : Centre Hospitalier de Gonesse

CHSD : Centre Hospitalier de Saint-Denis

CPTS : Communauté de Professionnels du Territoire de Santé

CRA**t**b : Centre Régional d'AnTiBiothérapie

DDJ : Dose Définie Journalière

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DM : Dispositif Médical

EAJE : Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant

ECDC : Centre Européen de Prévention et Contrôle des maladies

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

EMA : Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie

EMH / IMH : Équipe Mobile d'Hygiène / Infirmier Mobile d'Hygiène

EMS : Etablissement Médico-Social

EOH / EPRI : Équipe Opérationnelle d'Hygiène / Équipe de Prévention du Risque
Infectieux

ES : Etablissement de Santé

ESMS : Etablissement de Santé Médico-Social

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil pour la Santé Publique

IDE / IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat / Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IDF : Île-de-France

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IOA : Infection Ostéo-Articulaire

IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

LS : Littératie en Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCI : Prévention et le Contrôle de l'Infection

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile des patients
hospitalisés

PSAD : Prestataires de Soins A Domicile

TAI : Thérapeutique Anti-Infectieuses

UTEP : Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient

Table des matières

I. Introduction	2
1. L'antibiorésistance	2
2. Le déploiement d'une EMA à l'échelle de ce département	4
3. L'offre de soins dans le Val d'Oise.....	6
II. Les besoins identifiés par l'EMA	8
1. Le besoin de connaissances de la population	8
2. Le besoin de suivi des patients au retour au domicile sous antibiothérapie	9
III. L'ETP, un outil pour l'infirmière en thérapeutique anti-infectieuse	12
1. Concepts	12
2. Le programme AntibioCoach	14
IV. Problématique	20
V. Etude	20
1. Méthode.....	20
2. Résultats.....	24
3. Analyse.....	30
4. Discussion	32
VI. Conclusion et projections	39
Bibliographie	46
Thématiques BUA.....	46
Thématiques pratique infirmière	50
Thématiques éducation en santé et ETP	51

ANNEXE I	54
ANNEXE II	55
ANNEXE III	57
ANNEXE IV	59
ANNEXE V	60
ANNEXE VI	61
ANNEXE VII	65
ANNEXE VIII	68
ANNEXE IX	71
ANNEXE X	72
ANNEXE XI	73

I. Introduction.

1. L'antibiorésistance.

Malgré des efforts conjoints sur ces dernières années, l'antibiorésistance demeure un enjeu mondial et urgent de santé publique, tant sur le plan de l'environnement, de la santé animale que de la santé humaine. Elle affecte tous les pays sans distinction socio-économique et c'est à travers le plan national et mondial « One Health - Une seule santé »¹⁻², que les acteurs de cette triade (santé environnementale, animale et humaine), sont appelés à agir communément, afin de réduire la consommation massive et inappropriée d'antibiotiques, permettant la diminution de l'antibiorésistance et de tenter de limiter la diffusion des bactéries résistantes.

En effet, d'après le Centre Européen de Prévention et Contrôle des maladies (ECDC), d'ici 2050, « les infections résistantes aux traitements antibiotiques pourraient tuer quelques 2,4 millions de personnes en Europe, en Amérique du Nord et en Australie »³. Pour la France, ce nombre est estimé à près de deux cent trente-huit mille patients.

Ce phénomène n'épargne pas la France. Avec la mise en évidence dans les années 2000 de l'émergence de Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe), les premières campagnes de sensibilisation promues par l'Assurance Maladie en 2002 s'organisent à visée du grand public. Elles associent un message de Bon Usage des Antibiotiques (BUA) et de préservation de ces thérapeutiques qui sauvent des millions de vies chaque année.

¹ FAO, PNUE, OMS et OMSA. *Plan d'action conjoint «Une seule santé» (2022-2026) : Travailler ensemble pour des êtres humains, des animaux, des végétaux et un environnement en bonne santé*. Rome, 2023.

² INRAE. *One Health, une seule santé pour la Terre, les animaux et les Hommes*, Dossier de Presse, 08.07.20

³ SPF. *L'antibiorésistance, pourquoi est-ce si grave ?* [En ligne]. Sante.gouv.fr, 03.10.24. [Page consultée le 27/03/25], [L'antibiorésistance : pourquoi est-ce si grave ? - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

La prévention de l'antibiorésistance s'annonce alors, comme un défi majeur dans la prise en charge des infections⁴.

Depuis, de nombreuses mesures gouvernementales ont été parallèlement déployées à l'échelle régionale⁵ afin de renforcer la stratégie nationale de santé, pour la préservation des antibiotiques et pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

Ainsi, à compter de 2020, les Agences Régionales de Santé (ARS) s'organisent et appellent à la mise en place de référents en antibiothérapie et d'Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie (EMA)⁶, avec l'appui des Centres Régionaux en Antibiothérapie (CRAtb).

Aussi, depuis septembre 2025, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié son nouveau référentiel portant sur la « certification des établissements de santé pour la qualité des soins » (certification HAS V6), où, parmi les vingt-et-un critères impératifs, le référent en antibiothérapie, en partenariat avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), la pharmacie à usage intérieur (PUI) et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent la consommation d'antibiotiques et les résistances aux antibiotiques de leur établissement (critère 2.4-02)⁷.

Par définition, les missions du référent paramédical en antibiothérapie permettent d'assurer un rôle pivot au sein de l'établissement de santé entre les services de soins, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie à usage intérieur ; mais aussi vers l'ensemble des partenaires de soins extrahospitaliers. En cas de nomination, ces référents médicaux et/ou paramédicaux, se doivent de mettre à jour leurs connaissances sur leur thématique de façon annuelle.

⁴ Ministère des solidarités et de la santé. *Stratégie nationale 2022/2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine*, janvier 2022.

⁵ INSTRUCTION N° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des Agences régionales de santé du 19 juin 2015.

⁶ INSTRUCTION N° DGS/Mission antibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79 relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé du 15 mai 2020.

⁷ STORDEUR Florence, BAUER Rebecca, L'HERITEAU François. *Journée de prévention du risque infectieux en établissement de santé : Consommations d'antibiotiques et résistances bactériennes : où en sommes-nous en Ile-de-France?* 10 avril 2025.

A savoir qu'en 2025, seules deux EMA en Île-de-France recensent un personnel paramédical (ANNEXE I).

2. Le déploiement d'une EMA à l'échelle de ce département.

Afin de répondre aux besoins du territoire et donnant suite à l'appel à projets de l'ARS IDF de 2021, le Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) Plaine de France (figure 1), comprenant les Centres Hospitaliers de Saint-Denis (CHSD — 93) et de Gonesse (CHG — 95), a pu déployer une EMA. Il s'est en effet avéré essentiel de mettre en place cette équipe, partagée entre ces deux départements franciliens marqués par de fortes disparités dans le domaine de la santé, afin de promouvoir le BUA, au sein des Etablissements de Santé (ES) et également « hors les murs » afin de rayonner sur l'ensemble du territoire.

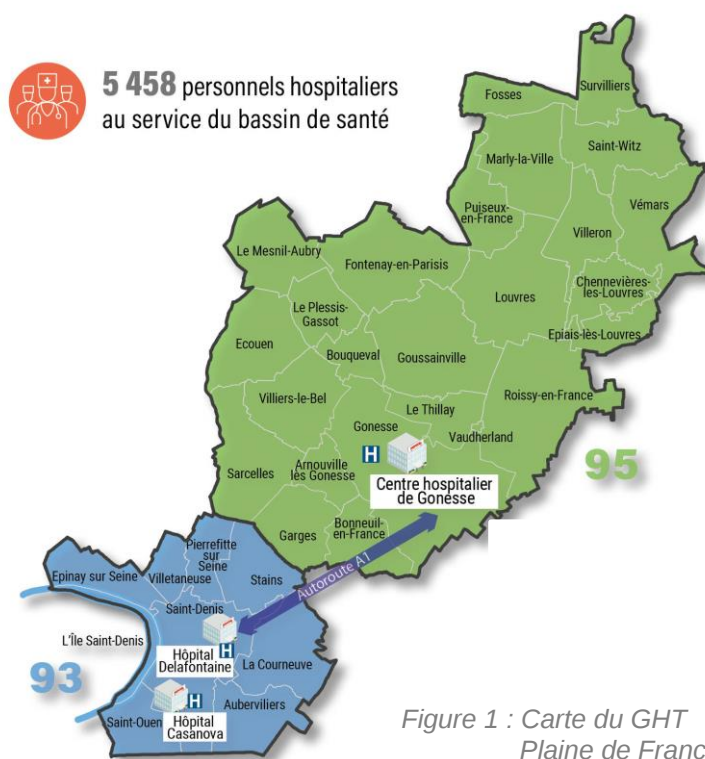


Figure 1 : Carte du GHT Plaine de France.

Pour répondre aux besoins des patients du GHT, l'EMA Saint-Denis/Gonesse travaille en collaboration sur les deux départements, mais également de façon locale avec deux équipes distinctes, dans l'objectif d'établir un maillage de proximité intra et extrahospitalier sur leur secteur respectif.

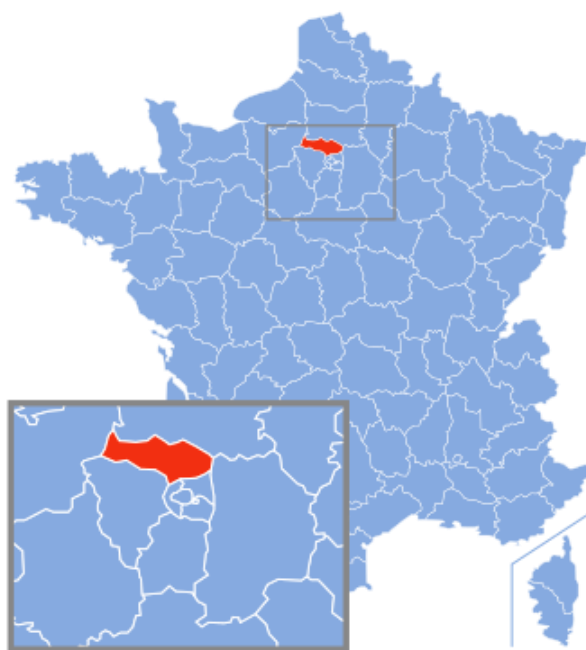
C'est ainsi que j'ai eu l'opportunité d'intégrer l'EMA, du CH de Gonesse en février 2023, en tant qu'infirmière référente en antibiothérapie, au sein d'une équipe pluridisciplinaire constituée d'infectiologues, de microbiologistes, d'un pharmacien et de paramédicaux (figure 2).

Chefs de projet :	Dr. Naomi SAYRE (CHSD) et Dr. Rachid SEHOUEANE (CHG)
Membres :	Dr. Rachid SEHOUEANE, infectiologue responsable Dr. Marwa BACHIR, infectiologue référente Dr. Régine BARRUET, infectiologue référente Dr. Safa KHALED, infectiologue Dr. Hajer FREDJ, infectiologue Dr. Amélie CARRER CAUSERET, microbiologiste Dr. Laura DJAMDJIAN, microbiologiste Dr. Soraya METREF, microbiologiste Dr. Didier BESOMBES, pharmacien Mme Gabrielle BOUDARD LY VAN TU, infirmière référente sous l'encadrement de Mme Adeline COLOMBA (Faisant Fonction Cadre de Santé médecine interne).

Figure 2 : Tableau de composition de l'EMA CH Gonesse.

Cette EMA de proximité a été constituée dans le but de s'adapter aux particularités du département du Val d'Oise.

3. L'offre de soins dans le Val d'Oise.



Avec ses douze millions d'habitants estimés, la région francilienne comporte la densité d'habitants au kilomètre carré la plus élevée de notre pays. En effet, 18 % de la population nationale réside en Île-de-France, dont 10 % peuplant le Val d'Oise⁸ (figure 3). Pourtant, d'après l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), plus de 60 % des habitants de l'Île-de-France vivent dans un désert médical et n'ont pas, ou peu, d'accès aux professionnels de santé libéraux.

Figure 3 : Localisation géographique du département du Val d'Oise.

Ainsi, le Val d'Oise, territoire périurbain de la capitale, est marqué par un fort contraste entre agglomérations denses et espaces ruraux. Il présente une disparité et une inégalité sociale, notamment dans l'accès aux soins de proximité.

En effet, il est estimé que la densité de médecins généralistes présents dans le département 95 est de 96.3 professionnels pour 100.000 habitants, plaçant ce département en quatrième position des plus faibles densités d'offre de soins (moyenne IDF = 115,4/100.000 et moyenne nationale = 125,8). Sur le même calcul a également été recensé 21 officines pour 100.000 habitants dans le Val d'Oise, face à une moyenne nationale de 30 officines pour 100.000 habitants⁹.

Concernant les professionnels paramédicaux, en 2024 et selon le recensement de l'Ordre National des Infirmiers (ONI), la densité des infirmiers libéraux (IDEL) pour ce

⁸ Préfecture de région IDF. *Dossiers : Les chiffres de la région Île-de-France* [en ligne] Préfecture de région. Mise à jour : 24 mars 2025 [Page consultée le 27/03/25], <https://www.prefectures-regions.gouv.fr>

⁹ CRATB IDF. *Consommation d'antibiotiques et résistances bactériennes en Île-de-France*, novembre 2023.

territoire présente une répartition disparate de 0.8 à 9.2 professionnels pour 10.000 habitants, contre une moyenne nationale de 16.3/10.000 habitants.

Pour les infirmiers en pratiques avancées (IPA), la répartition est de 5 à 20 soignants pour 1.000.000 habitants (face à une moyenne nationale de 34/1.000.000)¹⁰ (ANNEXE II).

Par ailleurs, aujourd'hui, environ 40 % de la population française consomme des antibiotiques chaque année. Pour l'année 2022, par rapport à l'année précédente, une hausse de consommation a été constatée en médecine de ville, notamment chez les patients pédiatriques, où cette augmentation s'élève à près de 42 %, plaçant ainsi la France, en quatrième place du classement des pays les plus consommateurs d'antibiotiques en Europe¹¹.

Comparativement à la moyenne nationale de Dose Définie Journalière (DDJ) pour mille habitants, le Val d'Oise fait partie du trio de tête des départements les plus consommateurs d'antibiotiques à usage systémique avec 22.5 DDJ/1000 habitants par jour en 2022 (moyenne nationale : 20.9 DDJ/1000 habitants par jour, et 22.8 pour la Seine-Saint-Denis¹²).

Pour rappel, selon le rapport de Santé Publique France de 2023, portant sur « la Prévention de la résistance aux antibiotiques : une démarche une seule santé », l'objectif national à atteindre est de moins de 20 DDJ/1000 habitants par jour, d'ici 2025.

De même que les missions attribuées à l'EMA en intra-hospitalier, l'équipe aspire alors à accompagner les professionnels et la population du territoire. Par la promotion du BUA, la Prévention et le Contrôle de l'Infection (PCI) et la sensibilisation, au phénomène d'antibiorésistance, l'EMA appelle à répondre aux besoins du département.

¹⁰ ONI. *Bulletin de l'Ordre National des Infirmiers, Profession Infirmière*, Volume 1, page 4, juillet 2025.

¹¹ ECDC. *Annual epidemiological report 2022 : Antimicrobial consumption in the EU/EEA*. Stockholm 2023.

¹² GEODES. *Consommation des antibiotiques systémiques en secteur ville* [en ligne] Santé Publique France [Page consultée le 02/04/25] [Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques](#).

II. Les besoins identifiés par l'Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie.

1. Le besoin de connaissances de la population.

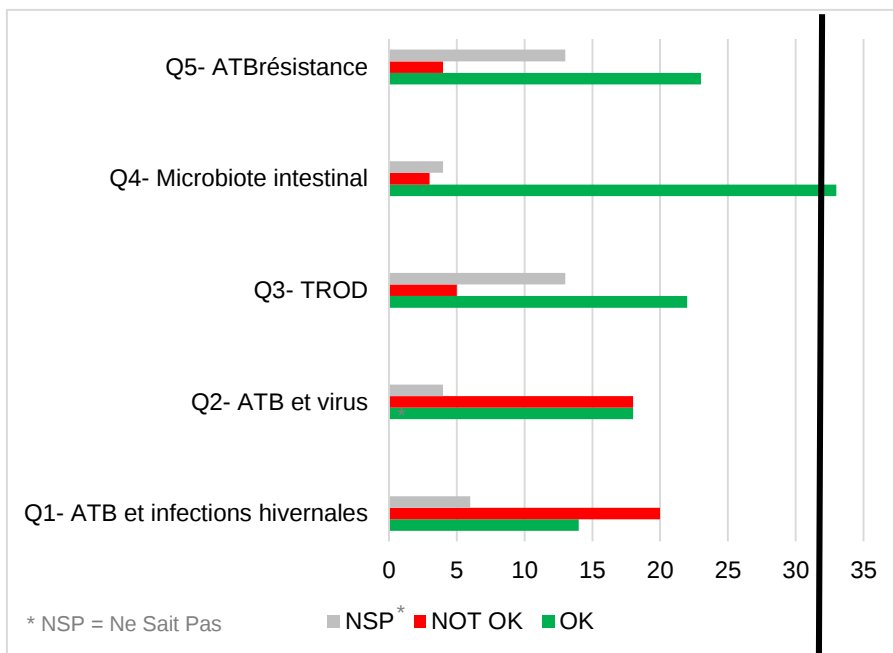
Une de mes missions en tant qu'infirmière référente en antibiothérapie au sein de l'EMA, est de promouvoir le bon usage des antibiotiques auprès de mes pairs, mais aussi, auprès des patients et de leurs familles (ANNEXE III). En effet, « la prévention cherche à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter leur survenue, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences »¹³.

Ainsi, en novembre 2023, l'EMA du CH de Gonesse a proposé sa première campagne de stratégie de prévention tertiaire et quaternaire¹⁴, en lien avec la semaine mondiale pour le bon usage des antimicrobiens (cette action a été reconduite en 2024 et le sera également en 2025).

À travers des jeux pédagogiques et des supports ludiques, nous avons pu rencontrer cinquante patients et visiteurs. 80 % d'entre eux ont accepté de remplir un questionnaire de connaissance générale sur le BUA (ANNEXE IV : Quizz antibiotique).

¹³ Promotion Santé IDF. *Prévention, Education pour la santé, Promotion de la santé... On s'y perd !* [En ligne] Publiée le 26.01.24 Promotion de la santé/Santé Publique [Page consultée le 08/04/25] [Promotion Santé IdF](#)

¹⁴ « La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, la secondaire à en diminuer la prévalence, la tertiaire à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, récidives, complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, et la quaternaire à protéger les patients d'actes inutiles. [...] Le terme de prévention quaternaire désigne l'ensemble des actions menées pour prévenir les patients et plus généralement les populations de la surmédicalisation. » Dr. CAMBON Linda, Pr. ALLA François, Pr. CHAUVIN Franck. *Prévention et promotion de la santé : Une responsabilité collective*. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) ADSP n°103, pages 9-11. juin 2018.



Suite à l'analyse des résultats de ce quizz, le besoin d'accès à une information médicale ciblée sur l'antibiothérapie a été mis en évidence (figure 4 et ANNEXE V : Bilan semaine mondiale du BUA 2023).

Figure 4 : Graphique en barres des résultats de l'audit 2023 portant sur les connaissances du grand public vis-à-vis des antibiotiques.

Objectif de 80 %

De plus, l'accompagnement des patients, notamment lors de la continuité de leur thérapie au retour à domicile, s'avère être une étape prioritaire du projet médical partagé d'établissement.

2. Le besoin de suivi des patients au retour au domicile sous antibiothérapie.

La réduction de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) apparaît comme primordiale pour les ES, tant pour des raisons d'efficacité de prise en charge, que des raisons d'éthique de soins. Ainsi, le retour au domicile des patients est une étape prioritaire du projet médical partagé d'établissement du GHT.

En effet, le retour au domicile (ou l'hospitalisation à domicile) permet une amélioration du confort et de la qualité de vie du patient et de son entourage. Il réduit notamment

l'impact des risques psychosociaux et de ruptures familiales, lié à une longue hospitalisation.

L'amointrissement de la DMS entraîne également la diminution de risques iatrogènes, inhérents à toute hospitalisation, tels que les infections nosocomiales et l'exposition aux bactéries résistantes. Il est ainsi estimé que près de 6 % des patients hospitalisés contractent une infection pendant leur séjour, survenant en moyenne, quarante-huit heures après leur admission¹⁵.

Par ailleurs, d'après les données de la Sécurité Sociale, la réduction de la DMS est une solution prioritaire pour notre système de santé. En effet, pour le bassin francilien et en particulier dans le Val d'Oise, où il existe de grandes tensions de disponibilités de prise en charge dans les services d'urgence ou de soins aigus, il est également question d'optimisation des ressources hospitalières limitées, en facilitant ce retour sécurisé au domicile.

Néanmoins, les soins au domicile nécessitent une vigilance particulière quant à la rupture du lien patient-soignant, ainsi qu'une coordination multidisciplinaire, afin d'optimiser la prise en charge du patient et de minimiser les réhospitalisations, qui constituent un enjeu majeur pour les ES.

Le retour à domicile anticipé du patient sous traitement a pour exigence un accompagnement éducatif, garantissant son autonomie et son adhésion thérapeutique.

En vue d'éviter la mauvaise utilisation des antibiotiques (choix de la molécule, posologie, durée, voie d'administration, fréquence notamment) et de minimiser le risque de sélection et de prolifération de bactéries résistantes, il est essentiel de s'assurer que le patient respectera ses prescriptions.

En effet, les principaux risques du retour à domicile sont, la non-compliance par incompréhension de ces prescriptions, l'automédication ou l'arrêt des thérapies sans avis médical ; favorisant ainsi le phénomène d'antibiorésistance¹⁶ ou de récurrence de l'infection.

¹⁵ INSERM et Dr. KERNEIS Solen. *Infections nosocomiales, ces microbes qu'on « attrape » à l'hôpital*. 02.15 – 07.24.

¹⁶ FNI. *Antibiorésistance : un combat qui concerne aussi les IDEL*, n°481 d'Avenir & Santé, mars 2020.

En parallèle, il est essentiel d'encourager les patients à s'engager en tant qu'acteurs de leur santé. L'adhésion à leur prise en soin et l'empowerment¹⁷ de leurs compétences d'autonomie et d'auto-soins sont à consolider.

Il est donc nécessaire de les accompagner dans le développement de leurs capacités d'adaptation, afin de détecter toute complication associée, notamment au traitement.

C'est à partir de ces besoins qu'est né le projet de déployer un suivi des patients sous antibiothérapie au long cours, sous forme d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), dans le but de faciliter et sécuriser le retour au domicile.

¹⁷ GROSS Olivia. L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? Deux concepts-clés de la promotion de la santé, l'empowerment et la participation sont débattus. *La Santé En Action*. UR 3412, Université Sorbonne-Paris Nord. N° 453. Septembre 2020.

III. L'ETP, un outil pour l'infirmière en thérapeutique anti-infectieuse

1. Concepts.

Dès 1948, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) redéfinit par la charte d'Ottawa¹⁸ le concept de « Santé », de façon plus globale en recentrant les notions de qualité de vie, tout en prenant en compte « les ambitions », « la satisfaction des besoins » et la nécessité de « s'adapter » au patient. De cette nouvelle définition naissent alors trois grands concepts : la prévention, la promotion et de l'éducation pour la santé. L'Education Pour la Santé (EPS) devient un fondement de la santé publique.

Cette prise de conscience de l'importance des connaissances et de la compréhension de son propre parcours de soins par le patient est névralgique pour garantir la guérison (ou la stabilisation) de la pathologie sur le long terme.

Ainsi, depuis ces vingt dernières années, un outil indispensable s'est intégré au sein des ES et se développe progressivement en ville. Née au début du XX^{ème} siècle, l'ETP est une offre de soin qui s'est largement démocratisée. Cette discipline, pilier de l'éducation pour la santé, a connu une évolution considérable et fait désormais partie de la prise en charge globale des patients¹⁹. L'autonomie, la responsabilité et les capacités des individus à opérer des choix éclairés, favorables à leur propre santé et à celle de leur entourage, sont mises en lumière et recentrées dans la prise en charge des patients, dans le but de développer des compétences d'auto-soins, métacognitives et d'adaptation, tout en prenant en compte les cinq dimensions qui composent tout individu (figure 5).

¹⁸ OMS. *Charte d'Ottawa*. 21 novembre 1986.

¹⁹ BOUDARD LY VAN TU Gabrielle, CORTES Laura et ESTEVE Aurélie. La place de l'éducation thérapeutique du patient dans l'éducation pour la santé. *La Revue de l'Infirmière*. (2025.03.014). 16.04.25.

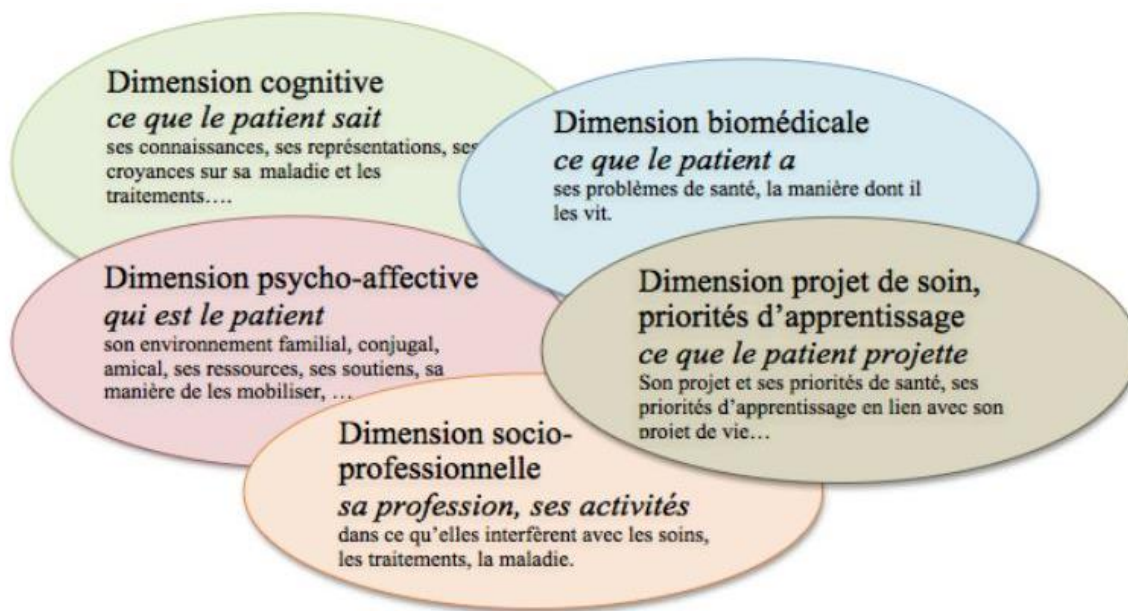


Figure 5 : Schéma des 5 dimensions du Bilan Educatif Partagé (BEP) avec le patient. UTEP CHU Robert Debré, Paris 19ème.

Depuis décembre 2020, les programmes d'ETP suivent un cahier des charges règlementé et nécessitent d'être déclarés auprès des ARS²⁰.

Par définition, un programme d'ETP peut être construit et déclaré pour une pathologie chronique et/ou une pathologie aiguë, nécessitant un suivi de six mois et plus (par exemple : l'ETP dans le suivi pour les patients atteints de leucémie²¹).

Néanmoins et afin de répondre aux enjeux de modernisation et de diffusion de l'EPS, l'ETP adopte de nouveaux formats, en vue d'améliorer continuellement la qualité de soins et de vie des patients et de leur entourage.

²⁰ Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Code de la Santé Publique.

²¹ Programme Etoile : Education Thérapeutique en Hématologie et Immunologie pour Les Enfants. CHU Robert DEBRE 75019 PARIS.

2. Le programme AntibioCoach.

Sortant du champ de la chronicité, le suivi des antibiothérapies au long cours et de l'ETP à mettre en place, tend à répondre aux critères de l'ETP Sortie d'Hospitalisation (ETP SH), calquée sur le modèle anglo-saxon « discharge education »²². « Cette éducation brève, [...] respecte la démarche éducative en quatre étapes, mais cible les compétences prioritaires sur un temps court (trente à soixante minutes). Elle sollicite la participation active du patient pour contribuer à la qualité du déroulement du parcours de soins par l'acquisition de compétences de sécurité, aussi bien en situations cliniques aiguës que chroniques. [...] Elle comporte idéalement un suivi et peut nécessiter une reprise éducative selon les besoins »²³.

La volonté de création d'un programme d'ETP proposé aux patients sous antibiothérapie au long cours est née suite à mon arrivée au sein de l'EMA du CH de Gonesse. Par ma précédente expérience au sein de l'école de l'asthme et de l'allergie du CHU pédiatrique Robert DEBRE, Paris XIX^{ème} ; et suite aux concertations collectives au sein de notre EMA ; la volonté de créer un programme d'accompagnement pour ces patients sans accès facilité aux professionnels libéraux est devenue une priorité.

Ce projet, porté communément avec mes consœurs du CHU Henri MONDOR (Val-de-Marne) et du CH de Bligny (Essonne) au sein de notre regroupement « IDE Inter-EMA d'Île-de-France », a pu prendre son essor grâce à la guidance de l'Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient (UTEP) de Gonesse et des coordonnateurs médicaux et paramédicaux qui ont pris leurs fonctions en début d'année 2024 (figure 6).

²² D'IVERNIS Jean François, GAGNAYRE Rémi, MORSA Maxime. L'ETP précédant la sortie du patient, une nouvelle frontière pour l'ETP. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2017, EDP Sciences, SETE, 2017.

²³ LUCIDARME Nadine, BREGEON Aurore, BRUNIE Vanida, CABREJO Lucie, CERTAIN Agnès, DECOTTIGNIES Audrey, DESMARAIS Edith, GRUIT Violette, JULIARD Caroline, LASSALLE Saadia, MEYER Marie, POPELIER Marc, TAN Eliane, WANIN Stéphanie. L'éducation thérapeutique du patient se réinvente. L'éducation thérapeutique à l'heure de la télémédecine. Présent et avenir de l'ETP. Dossier thématique. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2024 n°18. Pages 14 à 20. Janvier 2024.

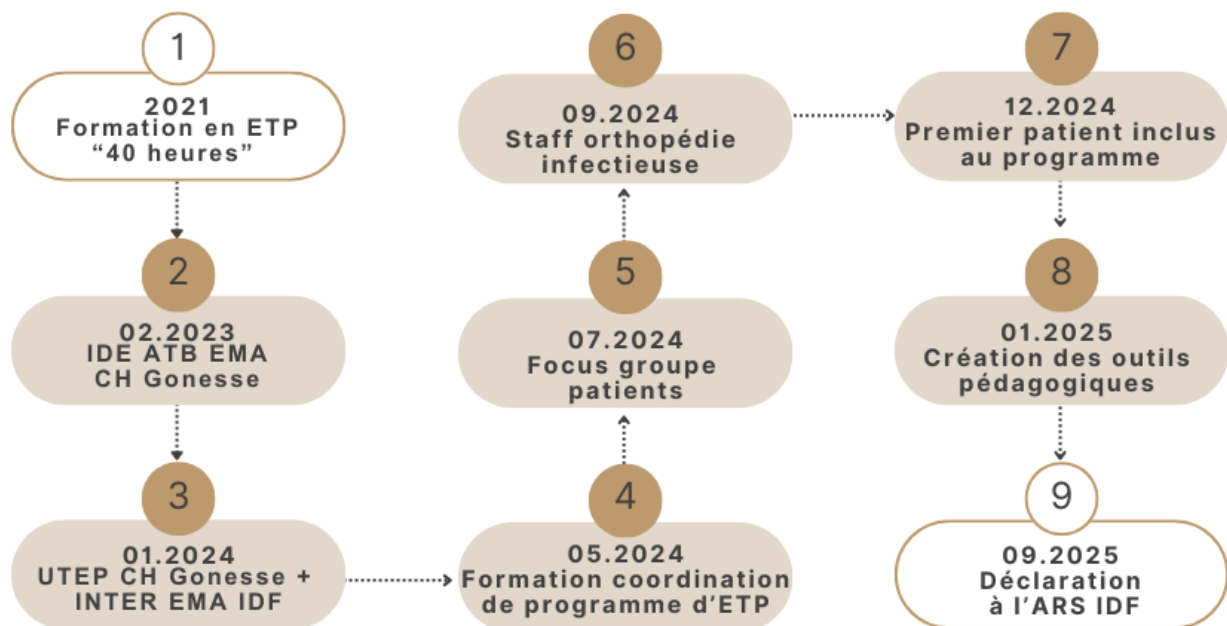


Figure 6 : Frise chronologique du projet.

Conformément aux recommandations de la HAS, dans le cadre de la co-crédation de programme en partenariat avec des patients, quatre patients ont été invités à se rencontrer afin d'identifier leurs besoins autour d'un entretien collectif (focus group), organisé en juillet 2024. Un patient atteint de tuberculose et trois patients atteints d'infection ostéo-articulaire. Deux patients ont finalement accepté le focus group en visioconférence.

L'objectif de ce groupement de patients était de travailler et d'appréhender les besoins en éducation thérapeutique de ces derniers. Cet échange collectif permet de confronter les points de vue et les ressentis de chacun. Enfin, ce retour d'expérience contribue à l'évaluation des rencontres faites au préalable avec l'IDE, avec la guidance du coordonnateur paramédical de l'UTEP du CH de Gonesse. Au préalable, des questions ouvertes avaient été travaillées avec l'UTEP afin de guider la réflexion des patients et de border les contours de leur retour d'expérience.

Afin de préserver l'impartialité et la liberté d'expression des participants lors de cet entretien collectif, je n'ai pas assisté à ce temps d'échange.

Grâce à ce focus group ainsi qu'aux échanges au sein du groupement INTER-EMA d'IDF et avec la supervision des infectiologues de l'EMA du CH de Gonesse, le programme d'ETP antibiotiques (ATB) au long cours, nommé « AntibioCoach », a établi les premiers critères d'inclusions suivants (figure 7) :

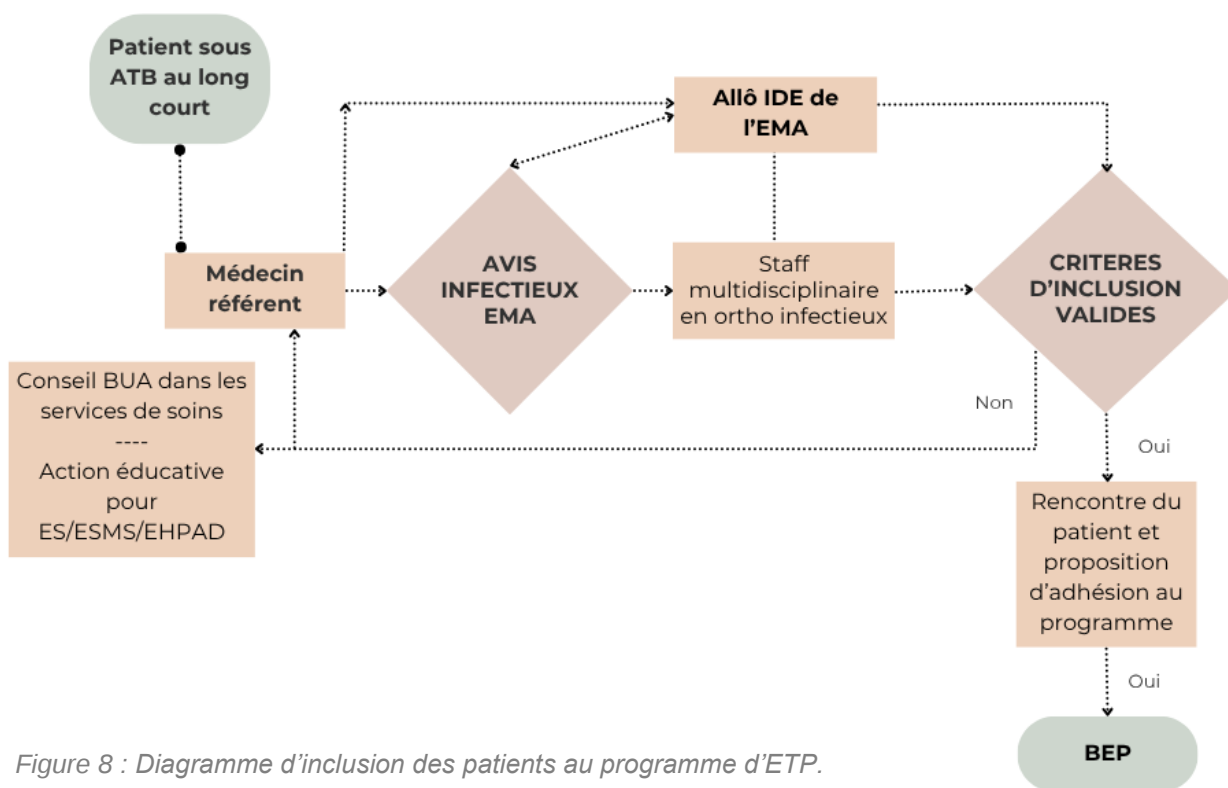
Pathologie	Infection Ostéo-articulaire (IOA) Endocardite Tuberculose *
Durée minimale de traitement	4 semaines
Modalité d'administration	Par voie orale Par voie intraveineuse (tous types de voies veineuses)
Âge minimum	18 ans
Mode de vie	Hors Etablissement Médico-Social (EMS) / Etablissement de Santé Médico-Social (ESMS) / Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante (EHPAD) **

** les patients atteints de tuberculose, initialement intégrés à ce programme d'ETP, sont finalement dissociés à partir du mois de mars 2025. Un travail au sein du GHT Plaine de France est en cours de construction, sur le même modèle d'ETP SH. Ces patients pourront bénéficier d'un suivi personnalisé médical et paramédical, avec des outils multilingues adaptés.*

*** les patients résidants en établissements médicalisés bénéficient d'actions éducatives déléguées aux partenaires de soins de ces établissements d'accueil.*

Figure 7 : Tableau des critères d'inclusion des patients au programme ETP.

Afin d'optimiser et sécuriser la sortie du patient, une intégration au suivi en Éducation Thérapeutique du Patient Sortie d'Hospitalisation « AntibioCoach » lui est proposée (figure 8). Ainsi, le patient entre dans un processus éducatif et pédagogique en quatre étapes (figure 9).



Dans un premier temps, un entretien avec le patient (et ses proches aidants le cas échéant), est organisé en amont de sa sortie d'hospitalisation afin d'évaluer sa compréhension et son adhésion au plan de soins proposé. Cette démarche éducative correspond au Bilan Educatif Partagé (BEP), répondant ainsi à la réglementation de la construction d'un programme d'ETP. Une évaluation de ses besoins et de ses attentes afin de s'approcher au plus près de sa dynamique quotidienne sera établie en complément d'une action d'éducation concernant le traitement initié, à l'aide d'outils pédagogiques, à travers un langage adapté (ANNEXE VI). Le patient déterminera alors ses objectifs d'auto-soins et d'adaptations selon ses volontés, ses compétences et son projet de soin.

S'en suit la séance de suivi (S1), qui sera proposée en présentiel. Elle permettra de s'adapter aux besoins du patient et de ses proches. La temporalité de ce second entretien dépendra du BEP établi lors de la première rencontre et avant la sortie du patient.

Puis, selon la durée de la thérapeutique prescrite, une seconde séance de suivi (S2) sera programmée peu de temps après le retour au domicile et aura pour objectif de relever les acquis et les éventuelles difficultés rencontrées à la maison. Une réflexion personnelle sera menée par le patient afin de déterminer des leviers face aux axes d'amélioration identifiés et de pérenniser les réussites. Cette séance, à travers des thématiques ouvertes, permettra de faire verbaliser des questionnements et des situations concrètes rencontrées dans la dynamique privée, qui n'auraient pas été abordés pendant les séances d'ETP en hospitalier.

À tout moment du parcours, des points d'étape pourront être déterminés selon les besoins du patient avant la clôture du programme d'ETP (séances nommées S1'' et S2'').

La finalisation du suivi éducatif se conclura par une évaluation des objectifs que le patient avait déterminés lors de son BEP.

Couplé au suivi clinico-biologique de l'infirmier, les séances d'ETP avec des soignants formés à cette démarche se voient être indispensables pour sécuriser le retour au domicile de patients²⁴. Ainsi, en proposant aux patients une prise en charge avec ce suivi personnalisé et une surveillance accrue, tout en prenant en compte leurs besoins individuels, spécifiques et leur niveau de Littératie en Santé (LS)²⁵, l'EMA du CHG tend à réduire le taux de réadmission des patients. Plus encore, l'équipe souhaite sensibiliser ces derniers sur l'importance de leur empowerment dans leur projet de soin et d'affirmer leur rôle dans la lutte contre l'antibiorésistance.

²⁴ ROLLAND Laëtitia. *Consultations d'infirmières expertes en antibiothérapie intraveineuse hors service de soins aigus – le bilan à 1 an*. Journées Nationales de l'Infectiologie 2022. 16.02.2022.

²⁵ « La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique. Elle désigne la capacité d'un individu à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre, à l'évaluer et à l'utiliser, dans le but d'améliorer sa propre santé ou de développer son autonomie dans le système de santé. Cette capacité évolue au cours de la vie ». Stephan VAN DEN BROUCKE. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *La Santé en action*, 2017, n°440. Pages 11-13.

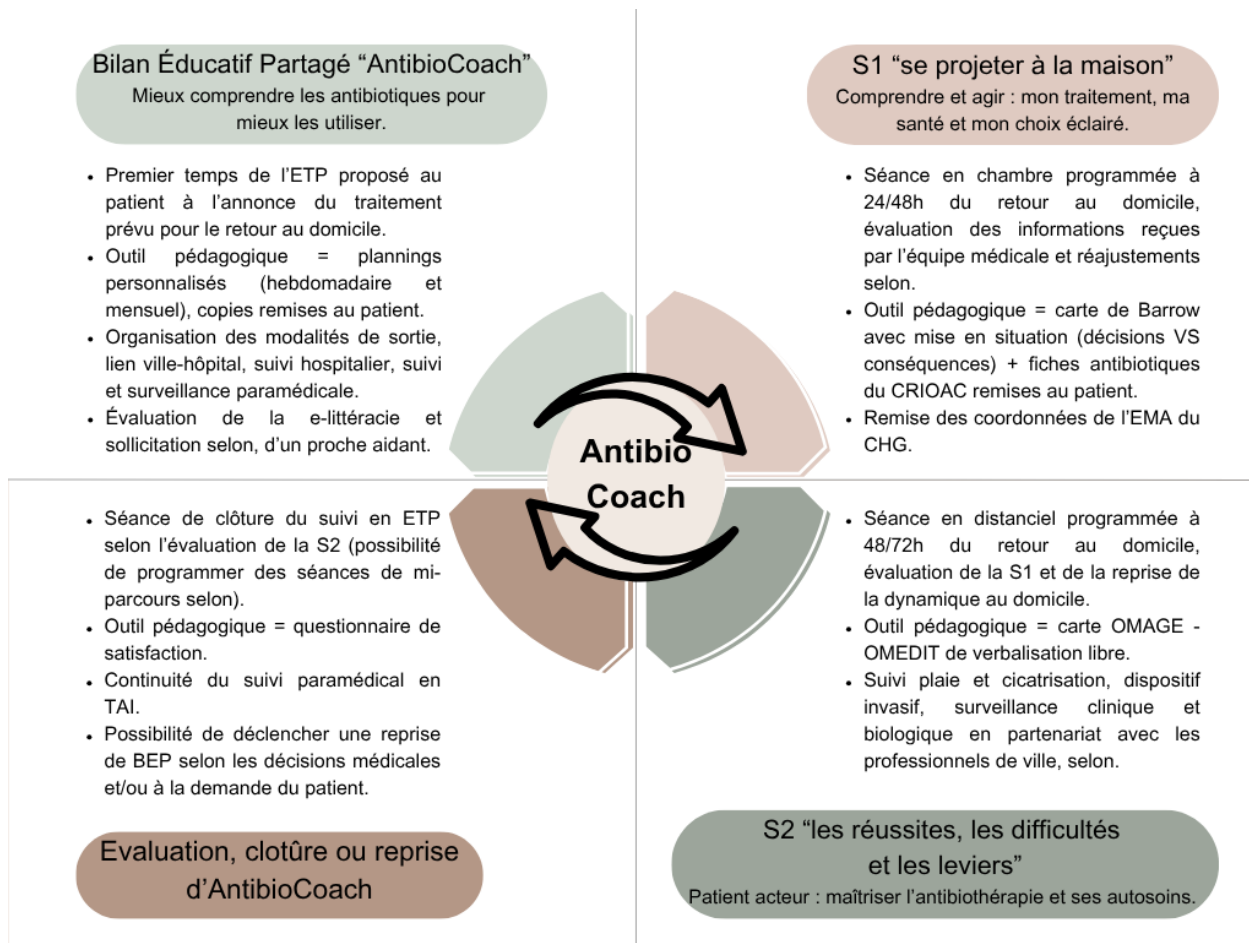


Figure 9 : Processus du programme AntibioCoach.

IV. Problématique.

Une question principale se pose. Le programme AntibioCoach est-il un outil efficace pour le BUA, dans la lutte contre l'antibiorésistance ?

La question secondaire émanant de cette problématique sera le sujet d'étude de ce mémoire : comment évaluer l'impact de cet accompagnement en ETP ?

V. Etude.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le programme AntibioCoach par une enquête de satisfaction auprès des patients et des professionnels paramédicaux.

1. Méthode.

Afin de procéder à cette étude, il a été nécessaire de construire un outil d'enquête. En s'inspirant de l'étude menée conjointement sur les CH/CHU de Nantes, Bobigny et Roscoff²⁶, l'évaluation d'AntibioCoach cherche à démontrer l'utilité de ce dispositif novateur proposé aux patients. L'impact du programme AntibioCoach sera aussi analysé à travers le retour des professionnels de la ville ayant pris en charge communément, ces mêmes patients.

En effet, à la clôture du suivi en ETP, le choix de deux questionnaires distincts a été établi avec l'EMA. Un premier questionnaire de satisfaction est remis (ou envoyé par courriel) au patient (ou au proche aidant le cas échéant). Un second questionnaire est à destination des IDE en ville (IDEL, IPA, Hospitalisation A Domicile - HAD, PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile des patients hospitalisés - PRADO selon), ayant des patients nécessitant une prise en charge au domicile et ayant intégrés le programme

²⁶ MARCHAND C, IGUENANE J, DAVID V, KERBRAT M, GAGNAYRE R. Perception d'utilité par les patients et les soignants d'un dispositif d'évaluation pédagogique centré sur le développement des compétences des patients : une étude exploratoire. *Pédagogie Médicale*. Février 2010. Pages 19-35.

AntibioCoach. Ces questionnaires ont été construits sur inspiration de questionnaires existants et libres d'accès :

- du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf — Louviers — Val-de-Reuil (programme de diabétologie du pôle médecine),
- de la plateforme ETP T4 de Vannes (deuxième rencontre d'Éducation Thérapeutique TS4)
- du comité CoreVIH de Bretagne (consultation ETP).

Ces deux questionnaires sont rédigés sur un document dématérialisé (Portable Document Format – PDF), sur une page en format A4, en recto verso, en limitant les questions ouvertes et les réponses libres, afin de restreindre le temps à consacrer à ce retour d'expérience. Aussi, le format PDF permet de remplir directement le questionnaire sur un ordinateur et laisse également le choix à l'interrogé, de l'imprimer s'il souhaite le remplir manuellement. Le patient peut retourner son questionnaire par courrier dématérialisé ou peut le remettre en main propre lors d'un rendez-vous de suivi au CHG, par l'intermédiaire de son médecin référent (chirurgien, rhumatologue, cardiologue, infectiologue, etc.) ou à l'IDE en Thérapeutique Anti-Infectieuses (TAI).

Ainsi, le « questionnaire patient » (ANNEXE VII), permettra d'évaluer et de réajuster le contenu des séances au fur et à mesure des prises en charge et des demandes spécifiques des patients. Il se compose de :

- Trois premières questions avec un choix de réponses multiples, permettant d'établir la perception du patient et les conditions de l'amorçage de son processus éducatif.
- Cinq items balayant les objectifs globaux d'auto-soins et d'adaptation abordés lors de son BEP.
- Quatre questions avec une évaluation numérique, portant sur l'appréciation des usagers sur les outils pédagogiques et le niveau de LS utilisé, pendant les séances d'ETP.
- Trois questions à choix unique, permettant d'évaluer la « capacité à alerter » du patient et son utilisation des moyens de communication.

- Deux questions rédactionnelles donnant lieu à des commentaires libres, portant sur les compétences à acquérir et sur les points à améliorer du programme, selon les patients et les aidants.

À travers l'analyse des résultats, nous pourrons également étudier la pertinence des outils pédagogiques créés ; les modifier ou les réinventer selon le retour des patients.

Le « questionnaire professionnel » (ANNEXE VIII), permettra d'évaluer et de réajuster la pertinence du contenu et nos capacités à passer des messages éducatifs à travers le patient. En effet, il est pertinent de recueillir l'avis des soignants de terrain afin d'étudier l'impact de l'ETP pour les patients sous antibiothérapies au long cours, comparativement aux patients n'ayant pas bénéficié de ce même accompagnement pour les mêmes thérapies. Cette étude nous permettra également de travailler sur la communication vers la ville de l'existence de notre EMA, de la possibilité d'obtenir un avis médical en infectiologie et du suivi en partenariat ville-hôpital pour les patients sous antibiothérapie au long cours (suivi de cicatrice, suivi des abords veineux, formations sur des actions éducatives, etc.). Sur le même modèle que le « questionnaire patient », il figure :

- Quatre premières questions avec un choix de réponses multiples permettant d'établir la perception du soignant sur les conditions de l'amorçage du processus éducatif de leur patient.
- Six items balayant les objectifs globaux d'auto-soins et d'adaptation abordés lors du BEP.
- Deux questions avec une évaluation numérique, portant sur l'appréciation des professionnels des documents pédagogiques remis au patient et la communication avec l'EMA.
- Trois questions à choix unique permettant d'évaluer les moyens de communication avec l'EMA et l'utilisation de cette équipe par les soignants.
- Deux questions rédactionnelles donnant lieu à des commentaires libres portant sur les compétences à acquérir et sur les points à améliorer du programme, selon les IDE.

L'étude a été menée entre le 08 janvier et le 08 juillet 2025. Vingt-huit patients, cinq aidants et vingt-trois professionnels ont été invités à y participer (figure 10).

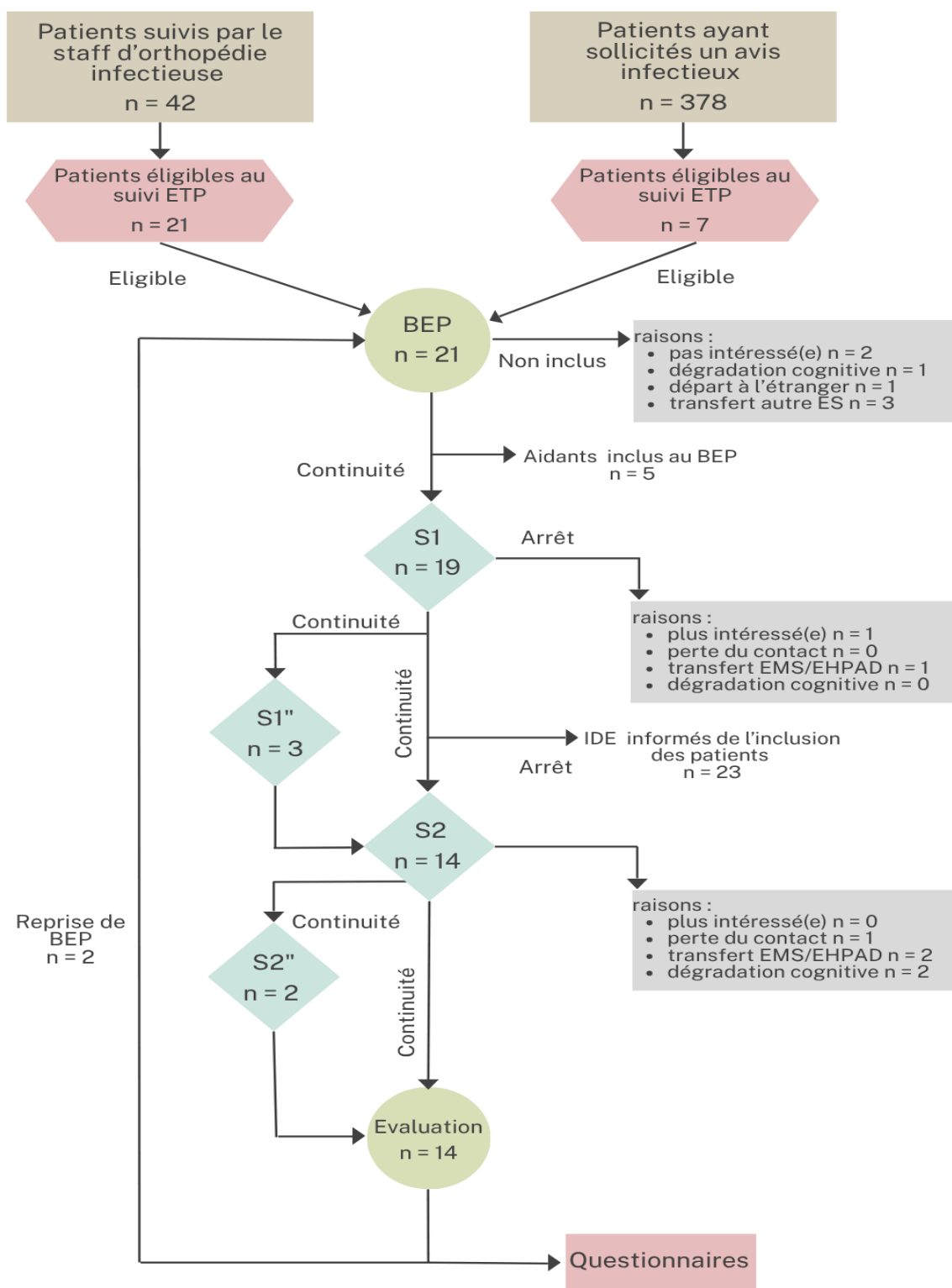


Figure 10 : Diagramme du nombre de patients éligibles et ayant bénéficié du programme d'ETP.

En six mois d'étude et à l'issue de la réunion hebdomadaire d'orthopédie infectieuse, 50 % des patients évalués en équipe pluridisciplinaire ont été éligibles au programme de suivi en ETP AntibioCoach. Puis, moins de 2 % des patients pour qui un avis infectieux a été demandé, répondaient aux critères d'inclusion exposés précédemment (figure 7). Au total, 28 patients se sont vus proposer le suivi en ETP.

Les patients pour lesquels un avis téléphonique émanant de la ville, ont été exclus afin de concentrer cette étude en intrahospitalier, pour ce mémoire.

Dans l'intention de garantir un retour des questionnaires, ces-derniers ne répertorient pas l'identité des répondants. Ainsi, chaque patient inclus a reçu en format papier un exemplaire des deux questionnaires, à l'issue de la S1, par l'IDE en TAI. L'intérêt de leur participation à ce questionnaire a été exposé dans le cadre de la construction de ce programme d'ETP naissant et dans le cadre de la rédaction du mémoire de fin d'études de l'IDE en TAI. Selon le degré d'aisance avec les outils informatiques (téléphone portable, ordinateur, SMS et courrier électronique), les questionnaires ont également été envoyés en format PDF aux patients, aux aidants et aux IDE selon. Lorsqu'un patient bénéficiait d'une prise en charge par l'HAD ou le PRADO, le questionnaire a été envoyé par courrier électronique aux coordonnateurs de secteurs de ces réseaux paramédicaux.

2. Résultats.

Sur cette cohorte de départ, 75 % des patients éligibles au suivi en ETP ont accepté la séance de BEP (n = 21), dont cinq patients avec un aidant (deux épouses de patient et trois descendants de premier degré). Sept patients n'ont pas bénéficié du BEP pour les raisons exposées en figure 10.

Tous les IDE (IDEL, HAD et PRADO, n = 23) entourant les patients au retour à domicile ont été informés par courriel ou par service de messagerie court (SMS), de l'intégration de leur patient au programme de suivi en ETP (figures 11 et 12). Aucun patient n'a bénéficié d'un suivi par un-e IPA.

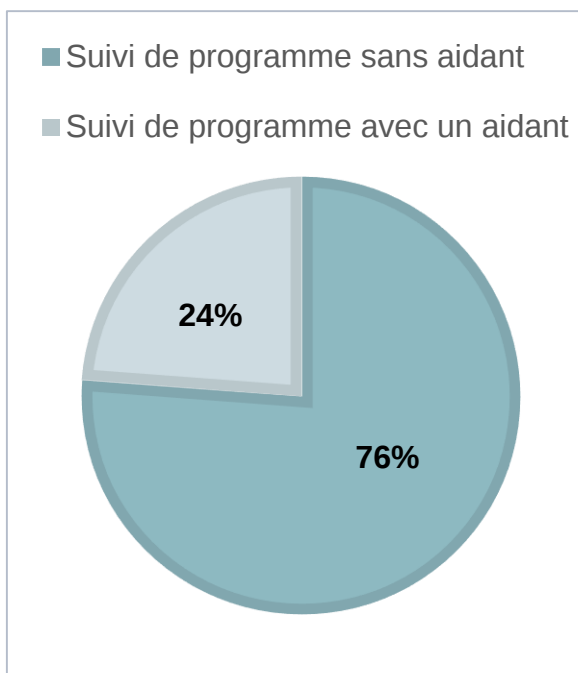


Figure 11 : Graphique en secteurs de la répartition des patients aidés ou non.

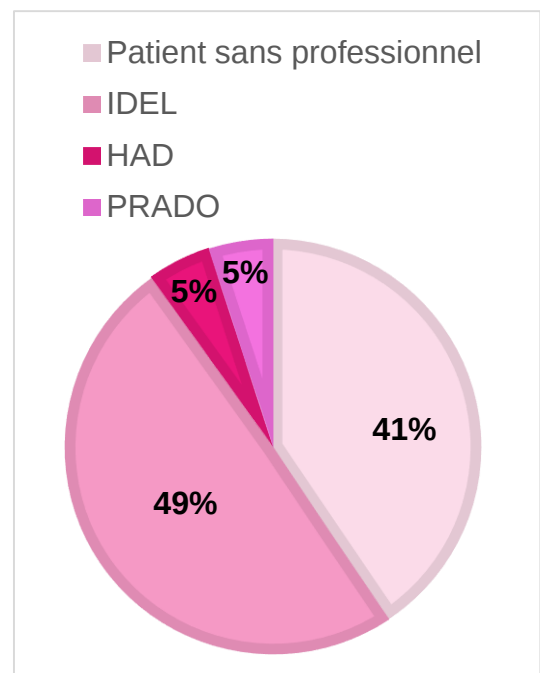


Figure 12 : Graphique en secteurs de la répartition des patients avec un infirmier ou non.

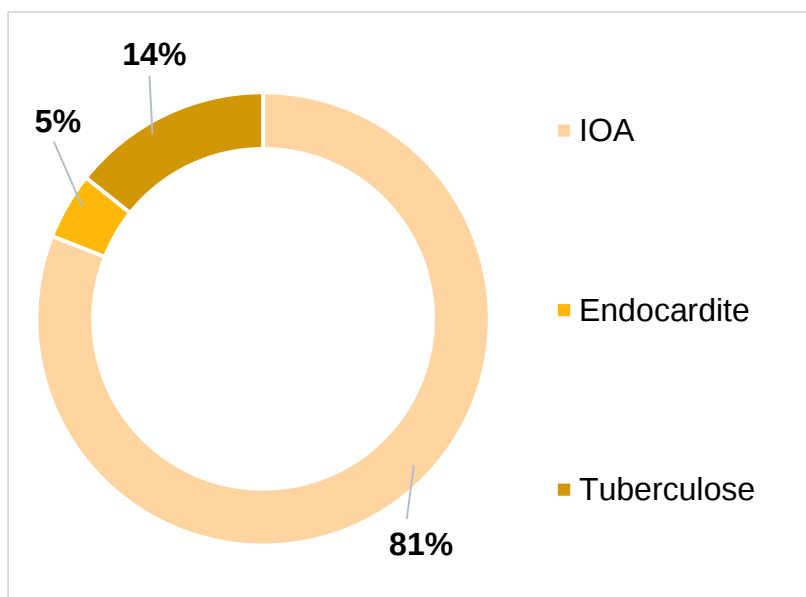


Figure 13 : Graphique en anneaux de la répartition des patients inclus selon la pathologie.

La majorité des patients suivis au retour à domicile présentait une Infection Ostéo-Articulaire (IOA n = 18). Trois patients étaient porteurs d'une tuberculose et un patient présentait une endocardite (figure 13).

Concernant les retours des « questionnaires patients », le taux de réponse de ces derniers est égal à 50 % (n = 7/14) et le taux de réponse des aidants est de 20 % (n = 1/5), pour un total de huit « questionnaires patient » reçus.

Pour le rendu des « questionnaires professionnels », seulement trois IDE ont répondu au questionnaire destiné aux soignants, soit un manque de réponse de 87.5 % des professionnels sollicités (n = 23).

Concernant l'adhésion au programme et le suivi des patients sur la durée (figure 14), l'ensemble des patients aidés ont suivi les quatre étapes du programme (n = 5/5), à l'instar du patient suivi par l'HAD (n = 1/1).

On peut aussi observer un décrochage d'un tiers des patients non aidés entre la S1 et la S2 (n = 5/14). A cette même étape, le suivi a été interrompu pour un patient, suite à une dégradation forte de son état cognitif (patient suivi par le PRADO).

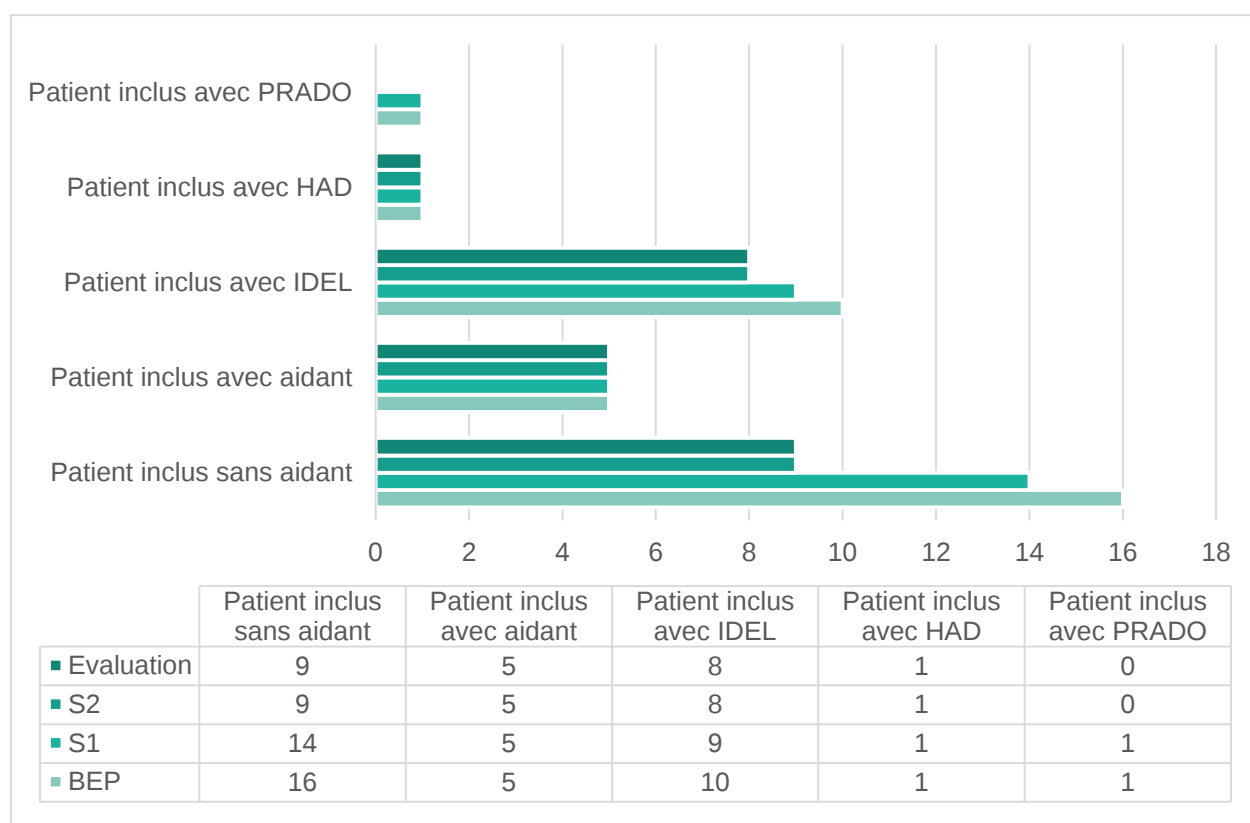


Figure 14 : Graphique en barres groupées du nombre de patients suivis (seul ou non) et ayant participé aux étapes du programme.

Aussi, sur l'intégralité des « questionnaires patients », l'IDE en TAI a bien été identifiée. L'infectiologue a été cité à 37 % (n = 3/8) et le chirurgien a été cité à 25 %. Les différentes modalités des séances d'ETP ont été identifiées par tous les interrogés, selon leur choix de format de suivi.

- Exploitation des réponses par groupe de compétences (figure 15) :
 - Pour les questions à choix multiples, aucun questionnaire n'a démontré de réponse négative. Aucune case « non » et aucune case « pas du tout » n'a été cochée.
 - Pour les questions avec un critère d'évaluation par échelle linéaire de « 1 à 10 », les notations de « 8 » à « 10 » ont été codées en « oui », les notations de « 5 » à « 7 » ont été codées en « un peu » et les notations strictement inférieures à « 5 » ont été codées en « non ».
 - Aucun questionnaire ne comportait de notation inférieure à « 6 ».

	Pourcentage (%) de réponse (n = 8)	
	Oui	Un peu
Compétences d'auto-soins et d'adaptation		
• Le programme m'a aidé à mieux comprendre les effets indésirables des traitements	75 %	25 %
• Le programme m'a aidé à mieux comprendre les surveillances à avoir	100 %	0 %
Compétences communicationnelles		
• Le patient (ou l'aidant) sait contacter l'équipe	100 %	0 %
• Le patient (ou l'aidant) a contacté l'équipe	100 %	0 %
Compétences cognitives		
• Le programme m'a aidé à mieux comprendre la maladie	87.5 %	12.5 %
• Le programme m'a aidé à mieux comprendre les traitements	100 %	0 %

Figure 15 : Tableau portant sur l'auto-évaluation des patients sur leurs compétences en ETP.

- Exploitation des réponses par groupe de satisfaction (figure 16), sur les mêmes critères que précédemment exposés pour la figure 15 :

	Pourcentage (%) de réponse (n = 8)	
	Oui	Un peu
Évaluation du programme		
• Le patient (ou l'aidant) recommanderait ce programme	100 %	0 %
• Satisfaction de la disponibilité des soignants	100 %	0 %
• Satisfaction des explications données	75 %	25 %
Évaluation des outils		
• Satisfaction des outils pédagogiques	75 %	25 %
• Satisfaction des documents remis	100 %	0 %

Figure 16 : Tableau portant sur l'évaluation du programme d'ETP et des outils pédagogiques.

Pour les réponses et items libres, les patients et les aidants n'ont pas exprimé l'abord d'une thématique autre que celles proposées dans le questionnaire, lors des séances. Des remerciements ont été ajoutés en commentaires libres.

Dans les réponses apportées par les professionnels, seule l'IDE en TAI a bien été identifiée sur les trois questionnaires. Ces professionnels affirment par ailleurs, que leurs patients n'ont jamais évoqué le fait d'avoir bénéficié d'un programme de suivi en ETP, vis-à-vis de leur antibiothérapie au long cours. Ils notent qu'un suivi paramédical a été évoqué par les patients (suivi des cicatrices, surveillance de biologies sanguines par exemple), mais pas de leur adhésion à un suivi en ETP spécifique.

Puis, les différentes modalités de contact du patient avec l'IDE en TAI, ont été identifiées pour tous les répondants.

Pour les réponses et items libres, les professionnels n'ont pas souhaité se prononcer sur la nécessité d'aborder d'autres thématiques que celles proposées dans le questionnaire. Néanmoins, en commentaires libres, les trois soignants encouragent la démarche de l'EMA. Ils signalent avoir remarqué l'implication particulière de leurs patients

dans leur démarche de soins. De plus, ils soulignent une connaissance plus soutenue de ces-derniers, vis-à-vis de leurs traitements et de leur suivi médical.

- Exploitation des réponses par groupe de compétences du patient (figure 17) :
 - Pour les questions à choix multiples, aucun questionnaire n'a démontré de réponse négative. Aucune case « non » et aucune case « pas du tout » n'a été cochée.
 - Pour les questions avec un critère d'évaluation par échelle linéaire de « 1 à 10 », les notations de « 8 » à « 10 » ont été codées en « oui », les notations de « 5 » à « 7 » ont été codées en « un peu » et les notations strictement inférieures à « 5 » ont été codées en « non ».
 - Aucun questionnaire ne comportait de notation inférieure à « 5 ».

	Pourcentage (%) de réponse (n = 3)	
	Oui	Un peu
Compétences d'auto-soins et d'adaptation		
• Le programme a aidé mon patient (ou son aidant) à mieux comprendre les effets indésirables de mes traitements	67 %	33 %
• Le programme a aidé mon patient (ou son aidant) à mieux comprendre les surveillances à avoir	100 %	0 %
Compétences communicationnelles		
• Le soignant sait contacter l'équipe	100 %	0 %
• Le soignant a contacté l'équipe	100 %	0 %
Compétences cognitives		
• Le programme a aidé mon patient (ou son aidant) à mieux comprendre ma maladie	67 %	33 %
• Le programme a aidé mon patient (ou son aidant) à mieux comprendre les traitements et leur modalité de prise	100 %	0 %
• Le programme a aidé le patient à mieux comprendre l'importance de l'observance	100 %	0 %

Figure 17 : Tableau portant sur l'évaluation du programme d'ETP auprès des IDE.

- Exploitation des réponses par groupe de satisfaction du soignant (figure 18), sur les mêmes critères que précédemment exposés pour la figure 17 :

	Pourcentage (%) de réponse (n = 3)	
	Oui	Un peu
Évaluation du programme		
• L'IDE recommanderait ce programme	100 %	0 %
• Satisfaction de la disponibilité des soignants	100 %	0 %
• Satisfaction des explications données	100 %	0 %
Évaluation des outils		
• Satisfaction des documents remis	100 %	0 %

Figure 18 : Tableau portant sur l'évaluation du programme d'ETP et des outils pédagogiques auprès des IDE.

3. Analyse.

Une fois les patients sortis d'hospitalisation, 73 % (n = 14/19) d'entre eux ont pérennisé leur suivi en ETP (figure 14). A noter qu'un patient a manifesté un désintérêt entre le BEP et la S1 au cours de son hospitalisation.

Par l'exploitation de ces résultats, on constate une adhésion globale de 66 % des patients ayant suivi les quatre étapes du programme (n = 14/21). Ce pourcentage est grevé d'un taux de 28 % de patients « perdus de vue, ayant subits une perte cognitive significative ou ayant été transférés en ESMS/EMS/EHPAD (n = 6/21) ».

Tous les binômes patients-aidants sont allés jusqu'à la quatrième étape du programme. Et, selon la figure 14, les patients bénéficiant de soins à domicile avec des IDE, présentent moins de décrochage du suivi en ETP. On peut alors s'interroger sur l'importance d'inclure les aidants dès le BEP, ainsi que les professionnels de la ville, dès le retour à domicile, sur accord du patient.

Les séances transitoires S1'' et S2'' ont été sollicités par le même profil de patient, qui selon le BEP (dimensions psycho-affective – figure 5), nécessitaient des séances

d'entretiens motivationnels et de réassurance. Ces patients n'avaient pas d'aidant et présentaient une légère barrière linguistique.

Concernant le taux de retour du « questionnaire patient » (figure 10), un patient et un binôme patient-aidant ont spontanément renvoyé leurs questionnaires en clôture de programme (16 %).

Sous huitaine et sans réponse à la demande initiale de rendu du questionnaire, deux relances, à trois semaines d'intervalles, ont été faites par courriels, par appels téléphoniques et/ou par SMS (selon le mode de communication privilégié/habituel de l'interrogé). Ces relances ont abouti à un retour de cinq questionnaires (soit 31 % de retour post relances $n = 5/16$), pour un total final de 42 % de retours de questionnaires ($n = 8/19$).

Le manque de retour de questionnaire est patent lorsque les professionnels de santé de la ville sont interrogés. En effet, malgré la communication écrite faite en amont de la sortie du patient et les relances sur les mêmes méthodes qu'exposées précédemment, seuls 12.5 % des professionnels interrogés ont procédé à un retour de questionnaire ($n = 3/23$).

Au total, le taux de retour des questionnaires est de 26 % ($n = 11/42$).

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, entité ministérielle dans les domaines de la santé et du social) et le pôle enquête du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, « on considère qu'un taux de réponse supérieur à 30 % pour un questionnaire de satisfaction interne est un bon résultat. En dessous de 20 %, il est nécessaire de le réévaluer »²⁷.

²⁷ Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. *Créer, diffuser, suivre et analyser vos questionnaires en ligne* [en ligne] Portail du Pôle Enquêtes [page consultée le 25/07/25] [Portail du Pôle Enquêtes](#).

De cette problématique commune aux deux groupe d'interrogés, il est nécessaire pour l'EMA de se questionner sur les freins rencontrés par les personnes interrogées et des solutions à leur apporter afin de potentialiser le taux de réponse.

4. Discussion.

Par l'analyse de ces résultats, il est alors possible d'identifier les hypothèses et définir les leviers ci-dessous, en suivant la méthode du diagramme d'Ishikawa²⁸ (figures 19 et 20). Par cette méthode, les présomptions soulevées permettent une réflexion guidée avec des solutions, des actions et des indicateurs appropriés à mettre en place.

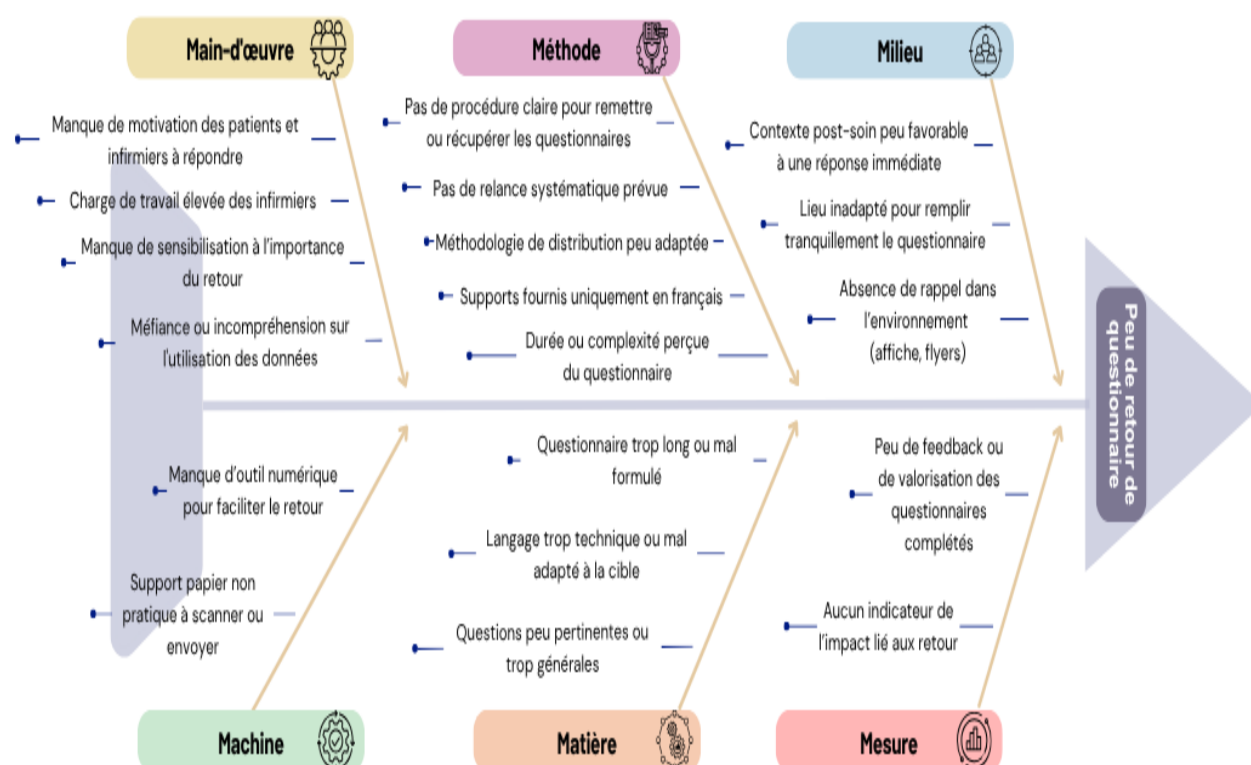


Figure 19 : Diagramme d'Ishikawa (en arêtes de poisson), selon la méthode des 6M, hypothèses des problématiques rencontrées.

²⁸ Le diagramme d'Ishikawa (ou diagramme de causes et effets, ou diagramme en arêtes de poisson ou diagramme des 5M), est un outil développé par Kaoru Ishikawa en 1962 et est utilisé en gestion de la qualité, permettant d'identifier graphiquement les différentes causes potentielles à un événement indésirable ou à un problème rencontré.

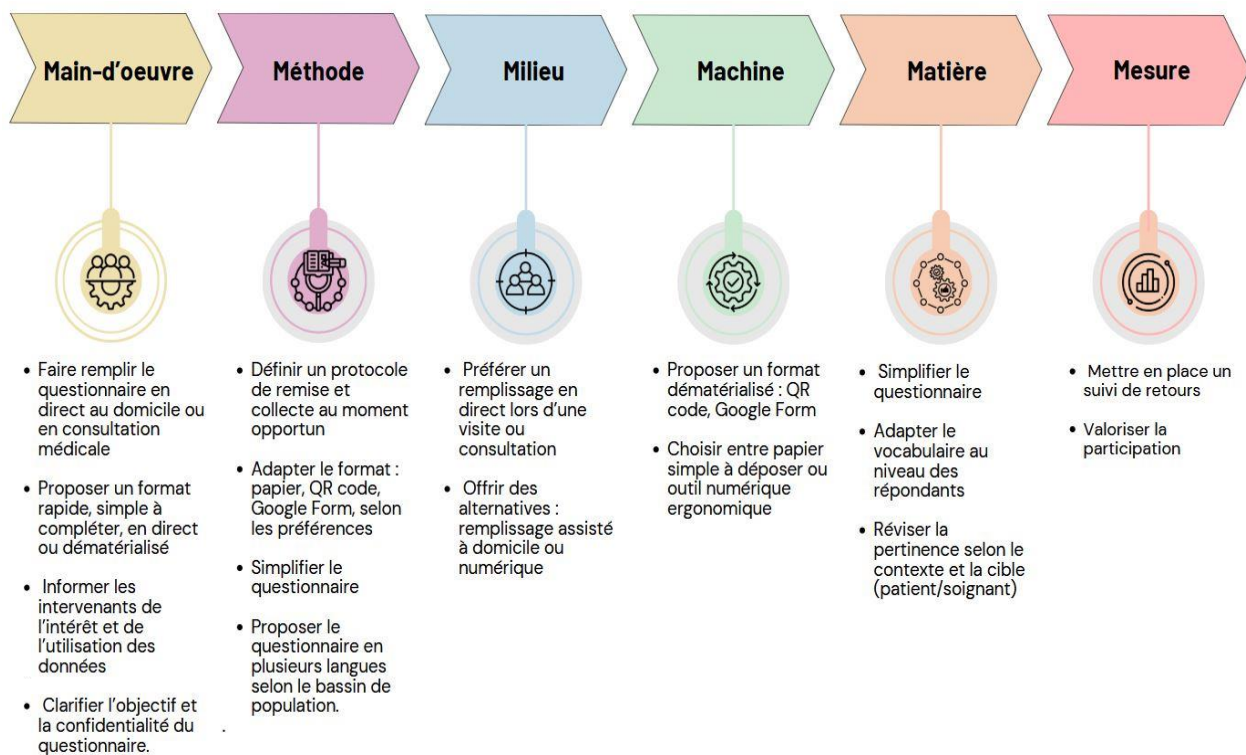


Figure 20 : Diagramme des hypothèses de réflexions en réponse au diagramme d'Ishikawa.

Aussi, à travers ces différents résultats, il ressort que le programme AntibioCoach est perçu comme utile (bonne satisfaction, 9 % de refus de suivi, les outils pédagogiques semblent adaptés et l'équipe est joignable). Néanmoins, le suivi en ETP doit entrer dans une dynamique d'adaptation qui nécessite une perpétuelle réévaluation, entre autres, à travers le recueil de l'avis des patients, des aidants et des soignants participants.

Par ailleurs, grâce à cette étude, plusieurs axes d'amélioration sont à mener, notamment sur les outils pédagogiques et le langage utilisé lorsque des explications scientifiques et médicales sont communiquées au patient (figures 15 et 16).

En effet, selon l'étude mondiale de Narmeen MALLAH, Nicola ORSINI, Adolfo FIGUEIRAS, et Bahi TAKKOUCHE, rapportant le « niveau d'éducation et le mésusage

des antibiotiques dans la population générale [...]»²⁹, il est décrit que le niveau d'éducation est étroitement lié au statut socio-économique, influençant l'accès aux soins et l'usage des médicaments, notamment des antibiotiques. Mondialement, les personnes à faible revenu renoncent souvent aux soins, tandis que celles plus aisées, considérées comme mieux « éduquées », peuvent stocker et utiliser abusivement des antibiotiques.

Paradoxalement, une littératie en santé limitée (c'est-à-dire une faible capacité à comprendre et utiliser les informations de santé), touche aussi les personnes très instruites. Dans les pays riches, (désignation établie sur le Produit Intérieur Brut - PIB, indicateur permettant de mesurer la performance économique d'un pays), jusqu'à 60 % de la population peut présenter une faible LS. Ce déficit, combiné à d'autres facteurs (croyances, culture, communication des soignants notamment), contribue au mésusage des antibiotiques, même dans les milieux dits « éduqués ».

L'étude souligne ainsi la nécessité de cibler toutes les communautés par des interventions adaptées, pour un usage plus rationnel des antibiotiques, indépendamment du niveau d'éducation.

De plus, selon l'OMS (2015), la LS correspond aux « caractéristiques personnelles et aux ressources nécessaires aux individus et aux communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé »³⁰. Celle-ci nécessite alors un accompagnement essentiel pour tous les patients, quel que soit leurs niveaux d'alphabétisation et d'étude, faisant partie intégrante de l'EPS en tant que déterminant d'inégalité d'accès aux soins.

D'autre part, selon la figure 10, force est de constater que le ratio des patients ayant des critères d'inclusion, en regard des patients recrutés, est faible (vis-à-vis de la cohorte potentielle de notre ES). Une réflexion au sein de l'EMA doit être menée afin d'améliorer le mode de communication de l'existence du programme d'ETP (flyers en interne, boucle

²⁹ MALLAH Narmeen, ORSINI Nicola, FIGUEIRAS Adolfo, et TAKKOUICHE Bahi. Education level and misuse of antibiotics in the general population : a systematic review and dose-response meta-analysis, *Antimicrobial Resistance & infection control*, Open Access BMC, 03.02.2022.

³⁰ Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes De Pinho Q, Benyamine A, Granel B. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. *La Revue de Médecine Interne*. Janvier 2025. N°46. Pages 32-39.

de courriels, réunions institutionnelles, accueil des internes, etc.). De plus, le temps IDE au sein de l'EMA doit être réévalué. Le nombre de patients suivis en ETP et bénéficiant également du suivi clinique et biologique paramédical sera amené à croître or, l'exercice de ce temps professionnel, actuellement évalué à une quotité de 50 % de temps de travail hebdomadaire, ne permettra pas un suivi personnalisé et optimal de tous les patients éligibles.

Puis, par les hypothèses émises (figure 20), le lien ville-hôpital devient une priorité nécessaire pour l'EMA de Gonesse. La diffusion adaptée de l'existence de ce programme d'accompagnement et la propagation des messages de BUA sont cruciales afin de promouvoir l'EPS et renforcer les compétences des professionnels libéraux (lettre de liaison, contact téléphonique avec les IDE et les médecins traitants, etc.). Bien que les premières doses de traitement soient souvent amorcées en milieu hospitalier, l'IDE travaillant au domicile du patient, par son rôle propre, est un-e partenaire essentiel-le sur le terrain, au plus près des patients et des prescripteurs.

En s'appuyant sur une étude américaine menée à Cleveland, États-Unis, conduite par Eshan S. KING, Anna E. STACY, Davis T. WEAVER, Jeff MALTAS, Rowan BARKER-CLARKE, Emily DOLSON et Jacob G. SCOTT³¹, les variations de concentration des médicaments au fil du temps dans l'organisme des patients ont été observées.

Il a alors été conclu, après exploration des résultats sur deux groupes de patients et en parallèle, au sein de leur laboratoire (en traitant des bactéries avec différents schémas thérapeutiques), que l'oubli ou le retard d'administration des antibiotiques avaient une incidence majeure sur l'antibiorésistance, surtout dans les premiers jours du traitement. L'observance rigoureuse du traitement antibiotique (fréquences, intervalle de prises notamment) est mise en évidence afin d'éviter un mécanisme potentiel d'échec thérapeutique pour les patients.

³⁰ KING Eshan S, STACY Anna E, WEAVER Davis T, MALTAS Jeff, BARKER-CLARKE Rowan, DOLSON Emily, et al. Fitness seascapes are necessary for realistic modeling of the evolutionary response to drug therapy. *American Association for the Advancement of Science*. Cold Spring Harbor Laboratory; 2022. June 13, 2025, Volume 11, Issue 24, Page 12.

Dans ce contexte, il est certain que les professionnels libéraux incarnent des maillons essentiels dans le BUA et la lutte contre l'antibiorésistance. Ils doivent s'assurer que les patients comprennent et respectent leur traitement, tout en garantissant le respect des recommandations en vigueur, quelle que soit la modalité d'administration³² des ATB.

De plus, par leur formation initiale en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et dans le cadre de l'Unité d'Enseignement (UE) 4 « sciences et techniques infirmières interventions », volet 4.6 « soins éducatifs et préventifs » ; ces soignants ont également un rôle à jouer en actions éducatives auprès des patients et de leurs proches. Ils peuvent rappeler l'importance de cette thérapie sous haute surveillance et la nécessité de suivre la prescription jusqu'à son terme, de façon adéquate et rigoureuse.

En outre, dans le dernier rapport « State of the world's nursing » de l'OMS, portant sur les effectifs de la profession infirmière dans le monde, « le contexte mondial fragilise les systèmes de santé et affecte la santé et le bien-être des populations, en particulier les plus vulnérables »³³. Les infirmiers, par leur nombre important en exercice, sont essentiels à la réalisation des objectifs globaux de santé et de développement durables (définis par l'Organisation des Nations Unies³⁴) sur le plan de l'éducation et la prévention, « à condition que leurs effectifs et leurs compétences soient en adéquation avec les besoins des populations »³³.

Il s'agit alors de faire contribuer ces professionnels de terrain pour répondre au mieux à ces enjeux, en valorisant leurs compétences et expériences. Il est alors nécessaire d'organiser et d'optimiser les ressources soignantes en ville afin de garantir la continuité des soins, leur sécurité et qualité, lors de cette prise en charge extrahospitalière³⁵.

Aussi, cette analyse nous permet d'évaluer la perception immédiate des patients, des aidants et des professionnels sur l'utilité d'un programme d'ETP, mais l'enquête n'évalue

³² Le décret de compétences est publié au Code de la santé publique, Livre III - Auxiliaires médicaux, Titre I - Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre I - Règles liées à l'exercice de la profession.

³³ WHO TEAM Chief Nurse Office (CNO), Health Workforce (HWF). *State of the world's nursing report 2025 : Global report*. 12 May 2025.

³⁴ ONU. *17 objectifs pour sauver le monde, Objectifs de Développement Durable (ODD)* [en lien] Nations Unies, mise à jour le 15.05.2020 [page consultée le 10.07.25] [Objectifs de développement durable](#)

³⁵ ONI. *Antibiorésistance : une stratégie nationale appuyée sur la formation des professionnels de santé*. 2022.

pas la pérennisation des connaissances des répondants. Celle-ci ne permet pas non plus d'affirmer l'impact du suivi en ETP sur la réduction de la DMS et la baisse du taux de réhospitalisation des patients inclus.

À distance, une étude pourrait être menée sur ces sujets par l'EMA du CH de Gonesse. Cependant, il est possible de s'appuyer sur plusieurs études parues dans la littérature scientifique. En effet, une étude concernant le programme d'ETP pour les patients insuffisants cardiaques chroniques au CH de Versailles, montre qu'à six mois de la clôture du suivi du programme d'ETP, « 90 % des patients disent avoir une qualité de vie satisfaisante et en amélioration. Le taux de réhospitalisation à six mois est de 24,5 % [...] L'ETP au CH de Versailles permet d'améliorer les connaissances des patients atteints d'insuffisance cardiaque qui y sont inscrits et reçoit une évaluation positive de la part de ces derniers. À 6 mois, le taux de ré-hospitalisation est comparable aux données de la littérature et la qualité de vie des patients s'est améliorée. »³⁶.

De même, au Sheba Medical Center à Ramat-Gan, en Israël, en service de chirurgie orthopédique, une étude a été menée auprès de deux groupes de patients avec et sans ETP SH. Il est alors constaté des écarts entre le groupe 1 (avec ETP) et le groupe 2 (sans ETP). Pour le groupe 1, a été reporté 22.48 % de plaintes en moins, 7 % de meilleure compliance et observance des soins et traitements, et 16,5% de meilleure compréhension des recommandations thérapeutiques et communication avec les soignants³⁷.

Puis, à travers une analyse de la littérature publiée entre 2004 et 2019, il est décrit que « la prévention de la réhospitalisation précoce et/ou le recours du patient aux urgences ou aux consultations non programmées ne sont pas les seuls arguments en faveur de l'ETP SH ». Cette revue littéraire souligne qu'une « insuffisance d'éducation est à l'origine d'une mauvaise observance de la part du patient et, par conséquent, d'une

³⁶ PICHARD S., CONVERS-DOMART R., TARDIVEL V., CHARBONNEL C., GIBAUT-GENTY G., BRUNET L., LIVAREK B., GEORGES J.-L. Éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque chronique : expérience du centre hospitalier de Versailles depuis 2010. *Annales de Cardiologie et d'angéiologie*. Volume 63, Issue 5, page 406. Novembre 2014.

³⁷ Drs. BEN-MORDERCHAI Bela, MIR A. Herman, KERZMAN Hana, IRONY Angela. Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International journal of orthopaedic and trauma nursing* - Volume 14, Issue 2, May 2010, Pages 66-74.

aggravation de son état »³⁸. L'ETP SH, fondamentalement différente de l'ETP classique par ses indications, sa durée, son intensité et par sa pédagogie spécifique, paraît être un outil supplémentaire innovant, pour les patients porteurs d'une pathologie non chronique. Toutefois, cette revue montre aussi que ces résultats ne font pas consensus. Elle relève également des études qui remettent en discussion la baisse du taux de réadmission précoce ou de consultations non programmées due à l'ETP SH (Chine, Université du Sichuan, Chine³⁹ et l'Université de médecine et l'école de Soins Infirmiers du New Jersey, États-Unis⁴⁰). Il est décrit que l'ETP SH montre son efficacité dans la réduction de la DMS, mais que son impact significatif sur la prévention des effets indésirables des médicaments et la diminution du taux de réadmission n'est pas évident. Il est alors nécessaire d'approfondir les recherches et observations à ce sujet.

Ainsi, par l'étude conduite au CH de Gonesse, en s'appuyant sur les références littéraires citées ci-dessus et malgré certaines limites relevées, l'ETP/l'e-ETP lors du retour à domicile⁴¹, s'avère être un outil efficace pour l'IDE en TAI. Le programme et ses outils (communicationnels et pédagogiques) nécessiteront des réajustements et des évaluations de façons récurrentes, dans le but de s'adapter au plus près des besoins des patients et d'élargir les critères d'inclusion, afin de faire bénéficier cet accompagnement au plus grand nombre.

³⁸ ALBANO Maria Grazia, GAGNAYRE Rémi, DE ANDRADE Vincent, D'IVERNOIS Jean-François. 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 infirmiers* 2020/2.N° 141. Pages 70 à 77. Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2020.

³⁹ ZHANG Chuan, ZHANG Lingli, HUANG Liang, LUO Rong, WEN Jin. *Clinical Pharmacists on Medical Care of Pediatric Inpatients: A Single-Center Randomized Controlled Trial*. © 2012 Zhang et al., 23.01.2012.

⁴⁰ MCLEOD-SORDJAN Renee, KRAJEWSKI Barbara, JEAN-BAPTISTE Priscilla, BARON Jon, WORRAL Priscilla. Effectiveness of patient-caregiver dyad discharge interventions on hospital readmissions of elderly patients with community acquired pneumonia: a systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*. Pages 437-463, 2011.

⁴¹ JACQUEMET Stéphane. Intérêts et limites de l'e-ETP : L'éducation thérapeutique à l'heure de la télémédecine. Présent et avenir de l'éducation thérapeutique. *Médecines des Maladies Métaboliques*. Vol 18 - N° 1 - Elsevier Masson, février 2024. Pages 21-26.

VI. Conclusion et Projections.

La pertinence du programme dans le soutien ou la construction des compétences métacognitives, d'auto-soins et d'adaptation du patient durant son antibiothérapie au long cours, est probante. Le programme AntibioCoach s'avère être un levier dans l'EPS, pour le BUA et dans la lutte contre l'antibiorésistance.

Ainsi, le programme d'ETP sera systématiquement proposé au patient ou à son proche aidant (voir avec accord du patient, à l'attention d'un binôme patient-aidant), dès que l'antibiothérapie au long cours sera déterminée par l'infectiologue de l'EMA en partenariat avec le médecin référent du patient.

En structurant un accompagnement éducatif et pédagogique à l'image d'un programme d'ETP (selon les recommandations de la HAS de 2007 et 2014), sur les critères du modèle SH, tout en prenant en compte les compétences et les volontés du patient, celui-ci devient un véritable partenaire dans son projet de soin.

Une démarche de déclaration en tant que programme d'ETP officiel est entamée pour septembre 2025, avec la guidance de l'UTEP du CH de Gonesse. A ce jour, « en région Île-de-France, au 1^{er} décembre 2024, plus de huit-cents programmes d'ETP ont été déclarés. Ces programmes sont développés à 85 % dans le secteur hospitalier et à 15 % en ambulatoire [...] avec 73 % des programmes dispensés à Paris et dans les départements de la petite couronne. A contrario, 27 % sont prodigués dans les autres départements, avec de larges zones non couvertes, telles que [...] le nord et l'ouest du Val-d'Oise »⁴², laissant ainsi de larges parties du territoire sans programme. Cet ensemble ne constitue pas une offre d'ETP homogène, accessible au plus grand nombre de façon aisée et égalitaire. Cette carence est susceptible d'agir, à moyen et long terme, sur les déterminants de santé des habitants. Alors, cette déclaration à l'ARS IDF permettra

⁴² ARS IDF. *Éducation Thérapeutique du Patient : définition, enjeux et politique régionale* [en ligne] Agence régionale de santé Ile-de-France, mise à jour 28/02/2025 [page consultée le 23/06/25]. [Éducation Thérapeutique du Patient : définition, enjeux et politique régionale | Agence régionale de santé Ile-de-France](#)

qu'AntibioCoach soit recensé sur la Cart'EP d'IDF favorisant ainsi, la visibilité de ce programme au sein du territoire et facilitant le contact entre le CH et la ville, dans l'intention d'ouvrir largement l'accès à ce suivi éducatif (cartographie de l'offre ETP en IDF, ANNEXE IX).

D'autre part, une coordination avec les acteurs de soins libéraux (ou par l'intermédiaire des Prestataires de Soins A Domicile - PSAD) sera également mise en place afin d'optimiser et globaliser la prise en charge de ces patients, tout en valorisant l'importance des soins infirmiers en extrahospitalier. Ce rôle de coordination aura pour objectif d'éviter une rupture ou une absence de suivi médical de proximité (difficultés à trouver un médecin traitant sur le territoire, arrêt de la prise de médicaments, difficulté face au non-renouvellement d'ordonnance, etc.).

Ce lien avec les acteurs de la ville peut être mis en place grâce à des outils de communication accessibles. Une ligne téléphonique dédiée permettant des transmissions facilitées et une application de suivi peuvent être envisagées, afin de centrer le patient sur sa propre prise en charge afin qu'il soit moteur de son suivi (application E-santé, consultation ORTIF®/OMNIDOC®), tout en incluant son réseau de soignants de ville.

Des rencontres interprofessionnelles annuelles/pluriannuelles peuvent également être proposées, afin de développer le réseau et faciliter la coordination entre les différents acteurs intervenant dans ce parcours de suivi infectieux. L'IDE en TAI apparaît ici, comme un lien supplémentaire dans le maillage territorial médico-social.

De surcroît, des actions d'accompagnement éducatif pourront également se mettre en place pour renforcer le lien ville-hôpital et dispenser de l'ETP au plus près des patients du bassin de population. Ces actions seront proposées à travers des outils de BUA pour les professionnels hors du CH de Gonesse, en appui des Communautés de Professionnels du Territoire de Santé (CPTS) et des municipalités, grâce aux Contrats Locaux de Santé (CLS), soutenus par les Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS). En effet, selon le rapport portant sur l'évaluation *in itinere* de la Stratégie Nationale de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance (SNPIA) 2022-2025,

publié par le Haut Conseil pour la Santé Publique (HCSP), « l'enjeu central réside dans la capacité à sensibiliser et à mobiliser des acteurs extrahospitaliers sur des problématiques complexes telles que l'antibiorésistance [...] sur appui de la gouvernance territoriale de la santé publique »⁴³.

De plus, ces actions à mettre en place à l'attention du grand public afin que celui-ci s'approprie les thématiques de l'antibiorésistance et de la prévention des infections figurent dans l'Axe 1 (actions 3, 4 et 6) de la stratégie nationale 2022-2025 (étendue à 2027). Cette stratégie est déclinée dans la feuille de route interministérielle « Prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens » 2024 – 2034, publiée le 11 septembre 2024. Ce guide stratégique appelle à « mettre en œuvre une campagne de promotion de la santé aux niveaux national et régional sur le bon usage des antibiotiques, les déterminants et les conséquences de l'antibiorésistance », de « diffuser les ressources disponibles pour le grand public » et de « sensibiliser le grand public afin d'optimiser la prise en charge des infections bénignes »⁴⁴.

En effet, « alors que la prévention se centre sur la réduction des facteurs de risque, l'éducation pour la santé se focalise quant à elle sur les ressources des publics et sur le renforcement de ces ressources, [...] L'éducation pour la santé est ainsi complémentaire aux activités de prévention [...] et comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer »⁴⁵. Elle a notamment comme objectif de lutter contre les idées reçues.

Il est possible de prendre exemple sur les slogans lancés par l'Assurance Maladie en 2002 comme : « Les antibiotiques, c'est pas automatique ! », qui se sont vus récompensés d'une évidente prise de conscience du grand public. Pourtant, aujourd'hui encore et selon la dernière enquête de Santé Publique France, plus de sept Français sur dix pensent que

⁴³ Haut Conseil de la Santé Publique. *Évaluation in itinere de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance (SNPIA) 2022-2025*. Mars 2025.

⁴⁴ Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins. *Rapport annuel synthétique : Bilan synthétique des actions menées en santé humaine en 2024 dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance*, mars 2025.

⁴⁵ Promotion Santé IDF. *Prévention, Éducation pour la santé, Promotion de la santé... On s'y perd !* [En ligne] Publiée le 26.01.24 Promotion de la santé/Santé Publique [Page consultée le 08/04/25] [\[Promotion Santé IdF\]](#)

les ATB sont efficaces sur les pathologies virales les plus courantes. 54 % de la population pense qu'il est recommandé de prendre des antibiotiques pour un mal de gorge et 44 % d'entre eux considèrent qu'il est préférable de prendre des antibiotiques pour pouvoir retourner à son activité professionnelle plus rapidement⁴⁶.

D'ailleurs, d'après une étude menée en 2024 par le CHU d'Amiens auprès de mille patients et trois-cent-un médecins généralistes et présentée lors des Journées Nationales de l'Infectiologie en juin 2025 à Tours, « il ne semble plus rester aucun bénéfice » du slogan de 2002 (ANNEXE X).

Alors, pour redynamiser la sensibilisation des Français et les remobiliser autour de cette thématique cruciale de santé publique, une nouvelle campagne a été lancée en 2022, à l'occasion de la semaine mondiale pour le bon usage des antimicrobiens, par l'Assurance Maladie, Santé Publique France et le ministère de la Santé : « Les antibiotiques : bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser »⁴⁷. Ce renouvellement régulier des messages est nécessaire pour maintenir une sensibilisation de la population sur les sujets du BUA et de l'antibiorésistance, et ce dès le plus jeune âge.

En outre et dans l'objectif de s'intégrer au troisième axe du parcours éducatif promulgué par le ministère de l'Éducation nationale, il peut être envisagé de se rapprocher des Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) via le référent santé, des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et auprès des établissements scolaires de notre territoire, dans le but de promouvoir les messages de santé publique sur l'« enseignement de la résistance aux antimicrobiens »⁴⁸ (action 1, cité en Axe 1 de la Stratégie nationale 2022-2025 (étendue à 2027)⁴⁹.

⁴⁶ SPF. *La France encore trop consommatrice d'antibiotiques* [en ligne] Santé Publique France, mise à jour 11/2022 [page consultée le 02/04/25] - [La France encore trop consommatrice d'antibiotiques](#).

⁴⁷ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. *Les antibiotiques : bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser*. [en ligne] publié le 18.11.2022 [page consultée le 07.07.25] [Les antibiotiques : bien se soigner c'est d'abord bien les utiliser - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

⁴⁸ Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement et de la Recherche Supérieure. *Le parcours éducatif en santé*. [en ligne] [Le parcours éducatif de santé | Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche](#) [page consultée le 11.04.2025]

⁴⁹ Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins. *Rapport annuel synthétique : bilan synthétique des actions menées en santé humaine en 2024 dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance*. Mars 2025.

En prenant attache auprès des services gouvernementaux tels que les directions territoriales, l'ARS ou l'académie de Versailles et sur le même modèle proposé aux partenaires de santé du secteur, des temps de sensibilisations pourraient être organisés pour les professionnels de ces établissements, grâce aux outils créés par l'EMA ou en s'appuyant sur des outils existants comme :

- les ouvrages « Les Minicrobes » (douze volumes pour les enfants de cinq à onze ans par la Dr. Julie LOURTET-HASCOËT, édition Second Souffle),
- la plateforme en ligne « E-Bug » (ressources éducatives, ludiques et gratuites proposées par le CH de Nice), ou
- le jeu de plateau « Clash Anticorps » (co-créé notamment par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM, l'Université Paris-Sorbonne, le CHU Assistance Publique des Hôpitaux de Paris – Pitié-Salpêtrière).

À terme, les messages pourront leur être transmis, mais aussi aux parents et aux enfants, dès l'entrée en EAJE puis, à l'arrivée en cycle 1 (école maternelle) jusqu'au lycée.

Alors, les notions d'antibiorésistance et de BUA dans l'EPS pourront pleinement être intégrées dans le parcours d'enseignement, dès la petite enfance et tout au long de la scolarité⁵⁰.

Enfin, à travers le groupe paramédical de la SPILF récemment nommé Groupe Infirmier en Pathologies Infectieuses (GRIFI), le partage de cet outil pédagogique de façon national pourra être proposé. Chaque EMA aura la liberté d'adapter le contenu des séances et des outils, aux besoins spécifiques de leurs patients. De plus, ce modèle de programme a pour projet d'être inscrit dans le protocole de coopération national pour les IDE en TAI, dans le cadre de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). Le programme d'ETP complètera alors le suivi clinique et biologique enseigné durant cette année de Diplôme Universitaire en TAI à l'Université de Rennes.

⁵⁰ World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme and World Organisation for Animal Health. *Policy brief for parliamentarians : Key actions to curb antimicrobial resistance: policy brief for parliamentarians*. 2025.

Plus encore, suite à la promulgation le 27 juin 2025 de la loi infirmière relative à la profession infirmière, l'IDE référent voit son périmètre d'activité s'élargir. Désormais, ces professionnels peuvent orienter les patients et coordonner leurs parcours de soins (consultation, poser un diagnostic infirmier et prescrire une liste de produits de santé ou d'examen complémentaires). Ils sont également appelés à prendre pleinement part aux actions de prévention, de dépistage et d'ETP (programme authentique et actions éducatives pour l'EPS).

Ainsi, l'infirmière référente (ANNEXE XI) en antibiothérapie et spécialisée en TAI, en collaboration avec son référent médical ; sera en mesure de proposer un suivi global des patients rentrant au domicile sous thérapeutiques orales ou intraveineuses.

En proposant un accompagnement éducatif personnalisé au patient, tout en renforçant l'impact des campagnes à destination du grand public dès le plus jeune âge et en améliorant la structuration et la coordination des réseaux de son territoire, l'EMA du CH de Gonesse, en appui de l'IDE en TAI tendra à se rapprocher des objectifs nationaux d'EPS, pour la lutte contre l'antibiorésistance, dans une vision globale One Health - Une seule santé.

Références bibliographiques.

Thématiques BUA, par chronologie de parution :

Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.

Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé, ARS 2008.

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Circulaire DGOS/PF2 no 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

Instruction N° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des Agences régionales de santé.

PROPIAS. *Rapport*. Juin 2015.

Drs. CARLET Jean et LE COZ Pierre. *Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques*. 2015.

Dr. CAMBON Linda, Pr. ALLA François, Pr. CHAUVIN Franck. *Prévention et promotion de la santé : Une responsabilité collective*. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) ADSP n° 103, pages 9-11. juin 2018.

Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, OMS.

Instruction N° DGS/Mission antibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79 du 15 mai 2020 relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé.

Stratégie nationale de santé 2018-2022.

ECDC. *Rapport annuel d'épidémiologie de 2020 par le Centre Européen pour la prévention et le contrôle des Infections*.

ONU. *17 objectifs pour sauver le monde, Objectifs de Développement Durable (ODD Nations Unies*. 15.05.2020.

INRAE. *Dossier de Presse : One Health, une seule santé pour la Terre, les animaux et les Hommes*. 08.07.20.

Santé Publique France. *Synthèse de données de surveillance Santé publique France de novembre 2021, portant sur la consommation d'antibiotiques en secteur de ville 2010/2020.*

Ministère des solidarités et de la santé. *Guide réflexe 1 Propositions à titre indicatif d'organisation régionale de la prévention de l'antibiorésistance, dans sa dimension de promotion du bon usage des antibiotiques.* Mai 2020.

PROPIAS. *Bilan des actions menées en santé humaine en 2021 dans le cadre de la feuille de route interministérielle pour la maîtrise de l'antibiorésistance et du programme national d'actions pour la prévention des infections associées aux soins.* 2021.

SAGOT Mariette. *L'attractivité des franges de l'Île-de-France confirmée bien avant la crise sanitaire.* Institut Paris-région [En ligne] Publié le 04.03.2021 Les Franciliens, territoires et mode de vie [Page consultée le 30/06/25] | [L'attractivité des franges de l'Île-de-France confirmée bien avant la crise sanitaire - Institut Paris Région](#)

Ministère des Solidarités et de la Santé. *Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance santé humaine.* Janvier 2022.

ROLLAND Laëtitia. *Consultations d'infirmières expertes en antibiothérapie intraveineuse hors service de soins aigus – le bilan à 1 an.* Journées Nationales de l'Infectiologie 2022. 16.02.2022.

CRATB IDF. *Cahier des charges des EMA en IDF.* 19/10/2022.

SPF. *Principaux résultats de l'enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, 2022.*

SPF. *La France encore trop consommatrice d'antibiotiques* [en ligne] Santé Publique France, mise à jour 11/2022 [page consultée le 02/04/25] - [La France encore trop consommatrice d'antibiotiques.](#)

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. *Les antibiotiques : bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser.* [en ligne] publié le 18.11.2022 [page consultée le 07.07.25] [Les antibiotiques : bien se soigner c'est d'abord bien les utiliser - ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

NARMEEN Mallah, ORSINI Nicola, FIGUEIRAS Adolfo, et TAKKOUCHE Bahi. Education Level and Misuse of Antibiotics in the General Population: A Systematic Review and Dose–Response Meta-Analysis. *Antimicrobial Resistance & Infection Control.* N° 1 (décembre 2022) page 24.

ECDC. *Annual epidemiological report 2022 : Antimicrobial consumption in the EU/EEA.* Stockholm 2023.

FAO, PNUE, OMS et OMSA. *Plan d'action conjoint « Une seule santé » (2022-2026) : Travailler ensemble pour des êtres humains, des animaux, des végétaux et un environnement en bonne santé.* Rome, 2023.

ARS IDF. *Projet Régional de Santé (PRS) 2023 – 2028.* 2025.

RÉPIAS et Santé Publique France. *Principaux résultats de l'enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé*, mai 2023.

VIGNIER Nicolas et le groupe Migrants et populations vulnérables. *Best of Santé et Migrations*. Journées Nationale de l'Infectiologie (JNI), juin 2023.

Direction Générale de la Santé. *Prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens, Feuille de route interministérielle 2023 – 2033*. Novembre 2023.

CRATB IDF. *Consommation d'antibiotiques et résistances bactériennes en Île-de-France*, novembre 2023.

INSERM et Dr. KERNEIS Solen. *Infections nosocomiales, ces microbes qu'on « attrape » à l'hôpital*. 02.15 – 07.24.

Direction Générale de la Santé. *Prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens, Feuille de route interministérielle 2024 – 2034*. septembre 2024.

WHO. *Bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Bacterial Priority Pathogens List*. 2024.

FAO, WHO, World Organisation for Animal Health (WOAH) (founded as OIE). *Plan d'action conjoint « Une seule santé » (2022-2026)*. UNEP 2024.

« *L'antibiorésistance, pourquoi est-ce si grave ?* » [En ligne]. Sante.gouv.fr, 03.10.24. [Page consultée le 27/03/25], [L'antibiorésistance : pourquoi est-ce si grave ? - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#).

Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins. *Rapport annuel synthétique : Bilan synthétique des actions menées en santé humaine en 2024 dans le cadre de la stratégie nationale 2022 – 2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance*. Mars 2025. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme and World Organisation for Animal Health. *Key actions to curb antimicrobial resistance: policy brief for parliamentarians, Policy brief for parliamentarians*. 2025.

Haut Conseil de la Santé Publique. *Évaluation in itinere de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance (SNPIA) 2022-2025*. Mars 2025.

Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins. *Rapport annuel synthétique : Bilan synthétique des actions menées en santé humaine en 2024 dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance*, mars 2025.

STORDEUR Florence, BAUER Rebecca, L'HERITEAU François. *Journée de prévention du risque infectieux en établissement de santé : Consommations d'antibiotiques et résistances bactériennes : où en sommes-nous en Île-de-France ?* 10 avril 2025.

GEODES. *Consommation des antibiotiques systémiques en secteur ville* [en ligne] Santé Publique France [Page consultée le 02/04/25] [Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques.](#)

KING ES, STACY AE, WEAVER DT, MALTAS J, BARKER-CLARKE R, DOLSON E, et al. Fitness seascapes are necessary for realistic modeling of the evolutionary response to drug therapy Cold Spring Harbor Laboratory; 2022. *American Association for the Advancement of Science* June 13, 2025, Volume 11, Issue 24, Page 12.

World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Environment Programme and World Organisation for Animal Health. *Policy brief for parliamentarians : Key actions to curb antimicrobial resistance: policy brief for parliamentarians.* 2025.

Thématique pratique infirmière, par chronologie de parution :

Le décret de compétences est publié au Code de la santé publique, Livre III - Auxiliaires médicaux, Titre I - Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre I - Règles liées à l'exercice de la profession.

Référentiel de la pratique infirmière, 2009.

Professions de santé (Articles D4011-1 à R4443-14) Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (Articles R4311-1 à R4393-7), 2016.

Profession d'infirmier ou d'infirmière (Articles R4311-1 à R4312-50) Chapitre II : Règles professionnelles (Articles R4312-1 à R4312-49) Section 2 : Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral (Articles R4312-33 à R4312-48), 2016.

FNI. *Antibiorésistance : un combat qui concerne aussi les IDEL*, n° 481 d'Avenir & Santé, mars 2020.

Décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.

Code de la santé publique, Articles R1110-1 à R6431-76, 2022.

ONI. *Antibiorésistance : une stratégie nationale appuyée sur la formation des professionnels de santé*. 2022.

Livre blanc, Conseil National Professionnel Infirmier, janvier 2025.

WHO TEAM Chief Nurse Office (CNO), Health Workforce (HWF). *State of the world's nursing report 2025 | Global report*, 12 May 2025.

Bulletin de l'Ordre National des Infirmiers, *Profession Infirmière*, Volume 1, pages 4, 6-7, 9 et 15, juillet 2025.

Thématiques éducation en santé et ETP, par chronologie de parution :

OMS, *Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires : document de fond destiné aux discussions techniques trente-sixième Assemblée mondiale de la Santé*, 1983.

OMS. *Charte d'Ottawa*. 21 novembre 1986.

Haut conseil de la Santé Publique, *L'éducation pour la santé du discours à la pratique. Actualité et dossier en santé publique*. N° 16 septembre 1996.

Haute Autorité de Santé. *Guide méthodologique : Recommandations de bonnes pratiques, Éducation thérapeutique du patient : définitions, finalités et organisation*. Juin 2007.

MARCHAND C, IGUENANE J, DAVID V, KERBRAT M, GAGNAYRE R. Perception d'utilité par les patients et les soignants d'un dispositif d'évaluation pédagogique centré sur le développement des compétences des patients : une étude exploratoire. *Pédagogie Médicale*. Février 2010 ;11(1), pages 19-35.

Bela Ben-Morderchai RN, BA, Amir Herman MD, MSc, Hana Kerzman RN, PhD, Angela Irony RN, MPH « Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients » *International journal of orthopaedic and trauma nursing* ; Volume 14, Issue 2, May 2010, Pages 66-74.

MCLEOD-SORDJAN Rene, KRAJEWSKI Barbara, JEAN-BAPTISTE Priscilla, BARONE Jon, WORRAL Priscilla. Effectiveness of patient-caregiver dyad discharge interventions on hospital readmissions of elderly patients with community acquired pneumonia : a systematic review. *JB Library of Systematic Reviews* . p 437-463, | DOI: 10.11124/jbisrir-2011-127.

ZHANG Chuan, ZHANG Lingli, HUANG Liang, LUO Rong, WEN Jin. *Clinical Pharmacists on Medical Care of Pediatric Inpatients: A Single-Center Randomized Controlled Trial*. © 2012 Zhang et al., 23.01.2012.

FISCHER G. et TARQUINIO C. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. 2014.

PICHARD S., CONVERS-DOMART R., TARDIVEL V., CHARBONNEL C., GIBAUT-GENTY G., BRUNET L., LIVAREK B., GEORGES J.-L. Éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque chronique : expérience du centre hospitalier de Versailles depuis 2010. *Annales de Cardiologie et d'angéiologie*, Volume 63, Issue 5, Novembre 2014, Page 406.

NONNOTTE A-C. *L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient par le Professeur A.Grimaldi*. Elsevier Masson, 2017.

D'IVERNOS Jean François, GAGNAYRE Rémi, et MORSA Maxime.

L'ETP Précédant La Sortie Du Patient, Une Nouvelle Frontière Pour l'ETP. *Éducation Thérapeutique Du Patient - Therapeutic Patient Education* 9, n° 1, juin 2017.

Stephan VAN DEN BROUCKE. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *La Santé en action*, 2017, n°440. Pages 11-13.

BOULEUC-PARROT Carole. *Éducation thérapeutique du patient : vers un patient autonome*. Laennec. Tome 66, n° 2 (16 juillet 2018) : pages 4-6.

ALBANO Maria Grazia, GAGNAYRE Rémi, DE ANDRADE Vincent, et D'IVERNIS Jean-François. 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 infirmiers* N° 141, n° 2 (31 juillet 2020), pages 70-77.

GROSS Olivia. L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? Deux concepts-clés de la promotion de la santé, l'empowerment et la participation sont débattus. *La Santé En Action*. UR 3412, Université Sorbonne-Paris Nord. N° 453. Septembre 2020.

Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Code de la Santé Publique.

DE LA TRIBONNIÈRE Xavier. *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, 2023.

PETIT M., DUMONT R., HUON J.-F., SELLAL O., et FELDMAN D. Conception, réalisation et évaluation d'une démarche éducative auprès des patients porteurs de PICC line et midline. *Annales Pharmaceutiques Françaises* 81, n° 5, septembre 2023.

Promotion Santé IDF. *Prévention, Éducation pour la santé, Promotion de la santé... On s'y perd !* [En ligne] Publiée le 26.01.24 Promotion de la santé/Santé Publique [Page consultée le 08/04/25] | [Promotion Santé IdF](#)

LUCIDARME Nadine, BREGEON Aurore, BRUNIE Vanida, CABREJO Lucie, CERTAIN Agnès, DECOTTIGNIES Audrey, DESMARAIS Edith, et al. L'éducation thérapeutique du patient se réinvente. *Médecine des Maladies Métaboliques* 18, n° 1 (février 2024), pages 14-20.

JACQUEMET Stéphane. Intérêts et limites de l'e-ETP. *Médecine des Maladies Métaboliques* 18, n° 1 (février 2024), pages 21-26.

Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes De Pinho Q, Benyamine A, Granel B. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. *La Revue de Médecine Interne*. Janv 2025. N°46. Pages 32-39.

ARS IDF. *Éducation Thérapeutique du Patient : définition, enjeux et politique régionale* [en ligne] Agence régionale de santé Île-de-France, mise à jour 28/02/2025 [page consultée le 23/06/25]. [Éducation Thérapeutique du Patient : définition, enjeux et politique régionale | Agence régionale de santé Île-de-France](#)

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement et de la Recherche supérieurs. *Le parcours éducatif en santé*. [en ligne] Le parcours éducatif de santé | Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche [page consultée le 11.04.2025]

BOUDARD LY VAN TU Gabrielle, CORTES Laura et ESTEVE Aurélie. La place de l'éducation thérapeutique du patient dans l'éducation pour la santé. *La Revue de l'Infirmière*. Elsevier Masson (2025.03.014). 16.04.25

Base de données :

PubMed, Zotero, Mesh INSERM, Elsevier.

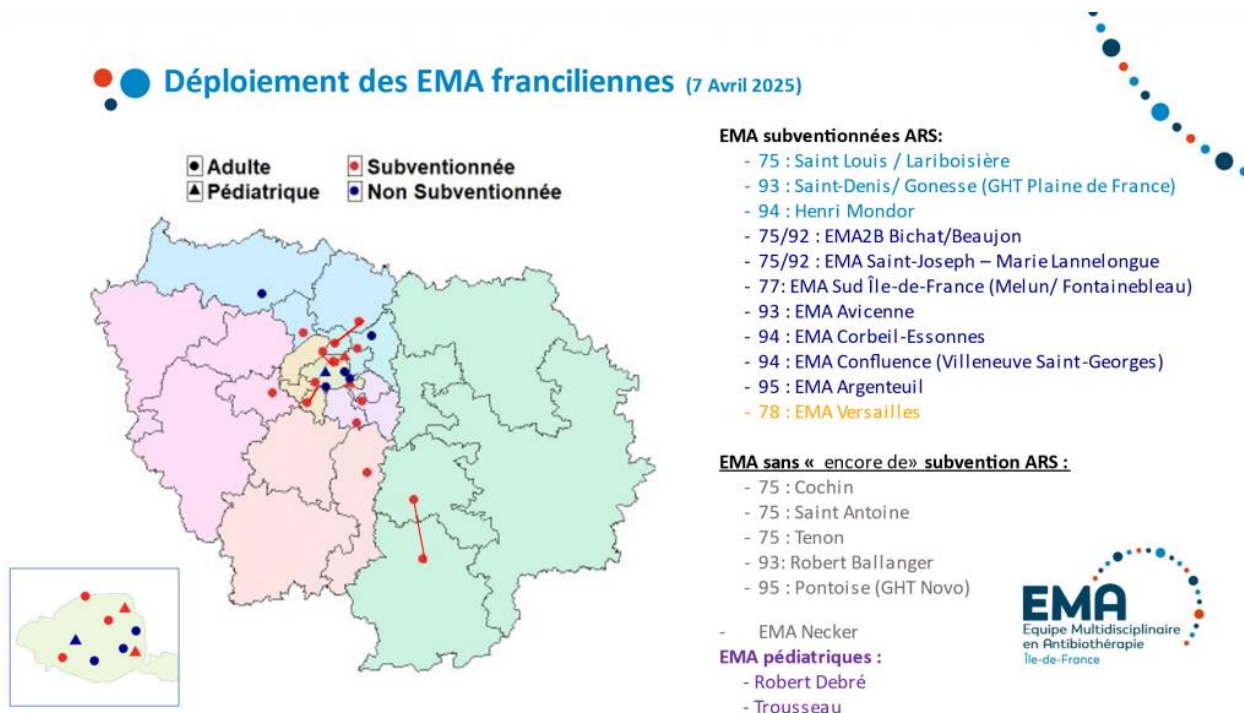
Algorithmes de recherche :

(éducation) ET (antibioti*) ET ((compliance) OU (obersvance) OU (mauvais & usage) ou (bon & usage)).

(education) ET (thérapeutiques) ET (antibio*).

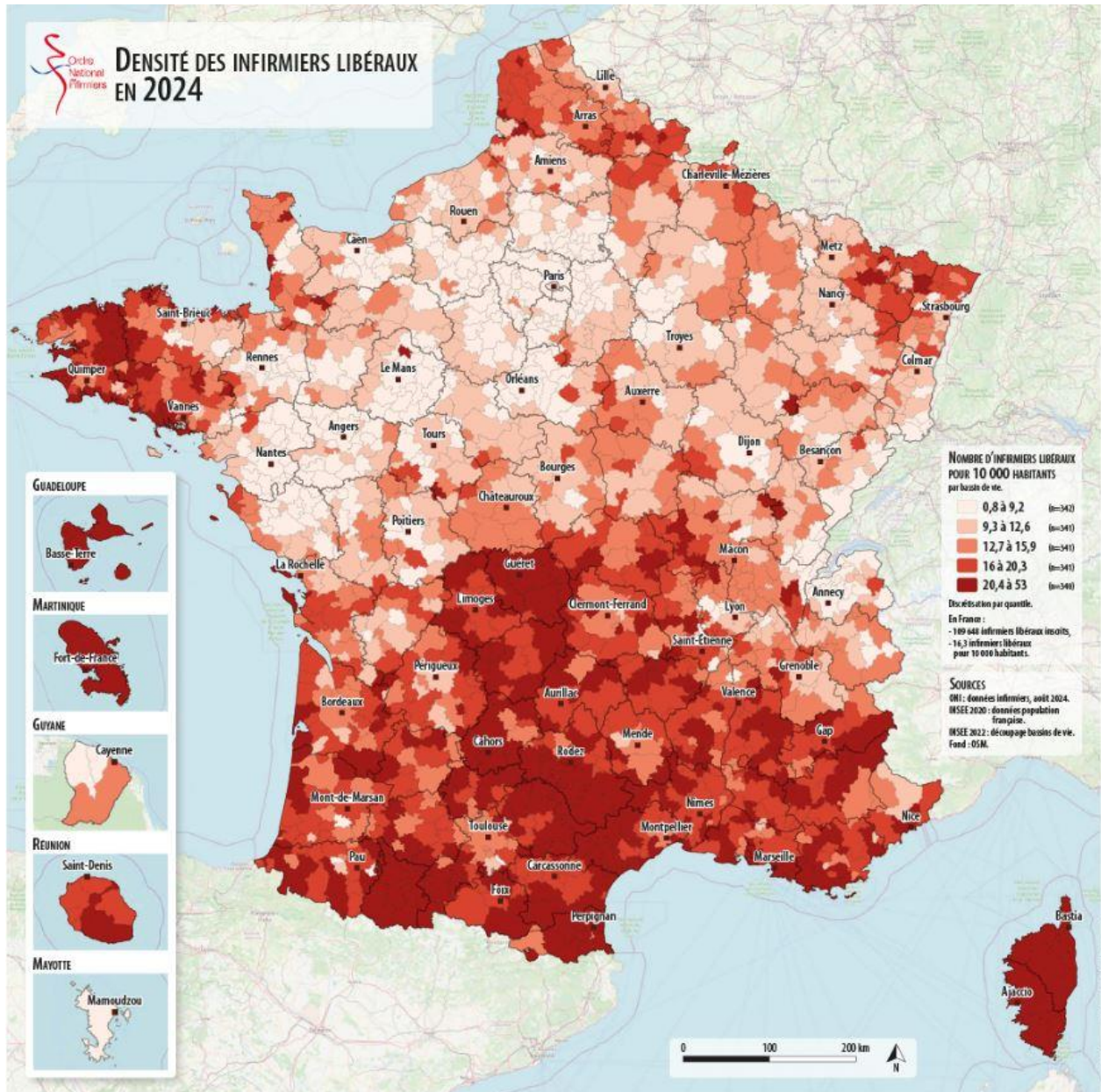
Correcteur d'orthographe : Antidote.

ANNEXE I.

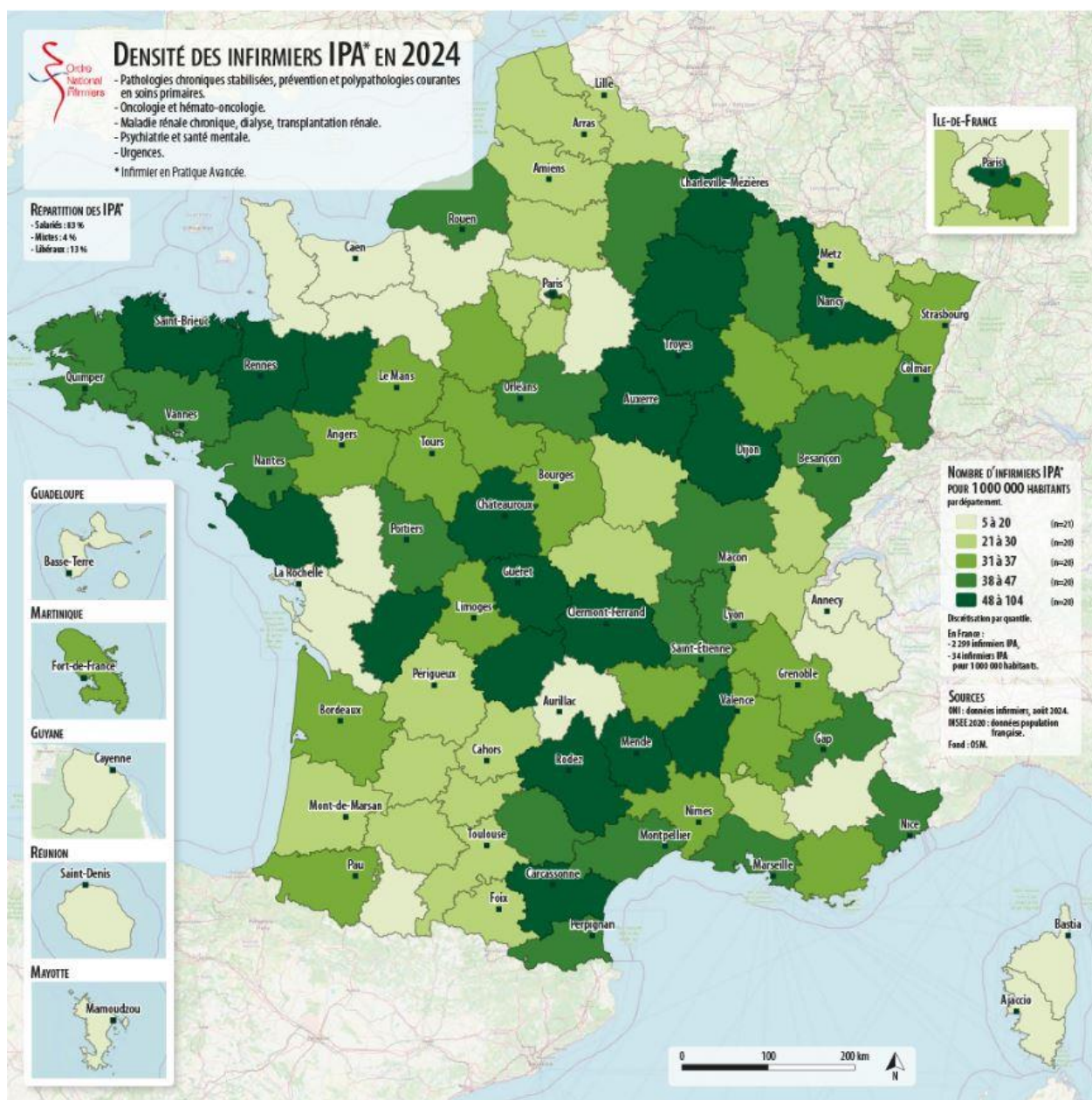


Source : CRAtb Île-de-France.

ANNEXE II.



Source : [La démographie infirmière](#) | L'Ordre des infirmiers | Ordre national des infirmiers



Source : La démographie infirmière | L'Ordre des infirmiers | Ordre national des infirmiers

ANNEXE III.

	IDE Référente : Équipe multidisciplinaire antibiothérapie Temps de travail 50%		Référence : Version : Date :18/11/2021 Nb de pages : 3	
	REDACTION : S Dupont CSS Adjointe Direction Des Soins		VERIFICATION : N SAYRE PH Infectiologue	
		VALIDATION : C. MILLIET Coordinatrice Des Soins GHT Plaine de France		
Adresse postale : Centre hospitalier de St-Denis 2 rue du docteur Delafontaine BP 279 - 93 205 Saint-Denis Standard Tél : 01.42.35.61.40 www.ch-stdenis.fr hgd-direct@ch-stdenis.fr	POLE : A déterminer	SERVICE :	UF : A définir	
RATTACHEMENT DU POSTE				
POSITIONNEMENT DU POSTE	Rattachement hiérarchique : Direction des soins Cadre supérieur de santé médecine			
	Relations fonctionnelles principales : <u>Au sein de l'établissement</u> Praticiens Infectiologues Professionnels médicaux et paramédicaux Direction de la Qualité et de la gestion des Risques Laboratoire de microbiologie Equipe Opérationnelle d'Hygiène Pharmacie <u>Au niveau territorial</u> Etablissements de santé du territoire IDE libéraux			
PRESENTATION DU POLE	Pôle médecine			
PRESENTATION DU SERVICE	Equipe multidisciplinaire d'antibiothérapie • 1 praticien coordonnateur • Praticiens infectiologues • 1 cadre supérieur de santé (pilote du projet) • 1 IDE • Temps de secrétaire médicale à définir			
DESCRIPTION DU POSTE				
CLASSEMENT DANS LE REPERTOIRE DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE	Grade : IDE			
	Code métier : 30F10			
MISSIONS GENERALES	Participe à la mise en œuvre de la politique de bon usage des antibiotiques à un niveau locale et territoriale dans le cadre de l'équipe mobile multidisciplinaire d'antibiothérapie.			
ACTIVITES PRINCIPALES	- Met en place des actions d'éducation thérapeutique - Suivi des patient.es sous antibiothérapie, hospitalisé (es) ou en ambulatoire : observance et tolérance allergies....			

	- Accompagne les infirmières dans la surveillance et la manipulation des cathéters périphériques et centraux utilisés pour les antibiothérapies prolongées, - Soutien et conseille les équipes hospitalières sur les pratiques professionnelles suivantes : modalités d'administration des antibiotiques, réalisation des hémocultures différentielles, les prélèvements microbiologiques. - Evalue en collaboration avec le médecin et l'infirmière, l'évolution des plaies et pansements en lien avec une antibiothérapie - Référence en antibiothérapie : relève les hémocultures positives, et les alertes en provenance de la pharmacie ou de la bactériologie et contribue à la réévaluation des anti-infectieux - Développe des actions de Formation et de sensibilisation dans les unités de soins, les établissements de soins et dans les instituts de formation paramédicale - S'inscrit dans des activités institutionnelles de campagnes de vaccinations et d'audits. - Participe à la rédaction de protocoles anti-infectieux et à leur évaluation - Participe aux staffs de l'équipe - Participe aux différents réseaux et au projet de coordination territoriale. - Développe et maintient son expertise et participe aux formations nationales d'infectiologie et/ou internationales autour de la référence antibiotique
QUOTITE	50% sur l'établissement de rattachement
HORAIRE DE TRAVAIL	Horaire hebdomadaire : 9h- 16h30 du lundi au vendredi
LOCALISATION DU POSTE DE TRAVAIL	Saint Denis / Gonesse
PROFIL REQUIS	
DOMAINES DE COMPETENCES	Savoir- être : Disponibilité Capacités d'analyse et de synthèse Qualités relationnelles Capacités d'adaptation Autonomie Créative
	Savoir-faire : Aptitudes pédagogiques Conduite de réunion Capacités rédactionnelles Maîtrise des outils informatiques Permis de conduire
DIPLÔME(S) PROFESSIONNEL(S) et FORMATION(S) REQUIS	Diplôme Infirmier Avoir un intérêt certain sur la pharmacologie En possession d'un DU
Evolution du poste	Augmentation du temps de travail à 100% DU en thérapeutique anti-infectieuse Infirmière de pratiques avancées Participation à la mise en œuvre d'une coopération entre professionnel de santé Cadre de santé



ANNEXE IV.

Quizz antibiotique



1. Les antibiotiques permettent de guérir plus vite en cas d'infections hivernales

☐ VRAI

☐ FAUX

☐ Ne sais pas

2. Les antibiotiques sont efficaces sur les virus ?

☐ VRAI

☐ FAUX

☐ Ne sais pas

3. Il existe des tests rapides pouvant confirmer l'origine bactérienne d'une angine ou le diagnostic d'une grippe d'origine virale ?

☐ VRAI

☐ FAUX

☐ Ne sais pas

4. Les antibiotiques perturbent notre transit digestif (diarrhée) en agissant sur nos bactéries intestinales

☐ VRAI

☐ FAUX

☐ Ne sais pas

5. Les antibiotiques sélectionnent dans notre tube digestif des bactéries résistantes

☐ VRAI

☐ FAUX

☐ Ne sais pas

ANNEXE V.

Méthodologie ► Période : du 20 au 24 novembre 2023 ► Lieu : Centre Hospitalier de Gonesse ► Modalités : présentation d'un stand grand public et d'un chariot de formation dans les services par l'EMA du Centre Hospitalier de Gonesse ► Organisation : 3 temps distincts. 1 journée grand public (20/11, 10h-16h), 2 ½ journées soignants (21 et 24/11, 13h-17h, 45 minutes pas services de soins). ► Matériel : ► Jeux pédagogiques, plaquettes informatives, flyers de prévention, documents de santé publique et goodies. ► Quizz sur les ATB afin de mener un audit/formation immédiate portant sur les connaissances pour le grand public et les soignants ► Temps dédié à ces 3 temps : 16 heures sur la semaine (hors préparation) ► Thématiques abordées : bactérie VS virus, les antibiotiques, le TROD, le microbiote, la vaccination, les épidémies hivernales, les mesures de précaution.	Propositions d'informations et préventions : Lundi 20 novembre : à visée du grand public. 
---	--

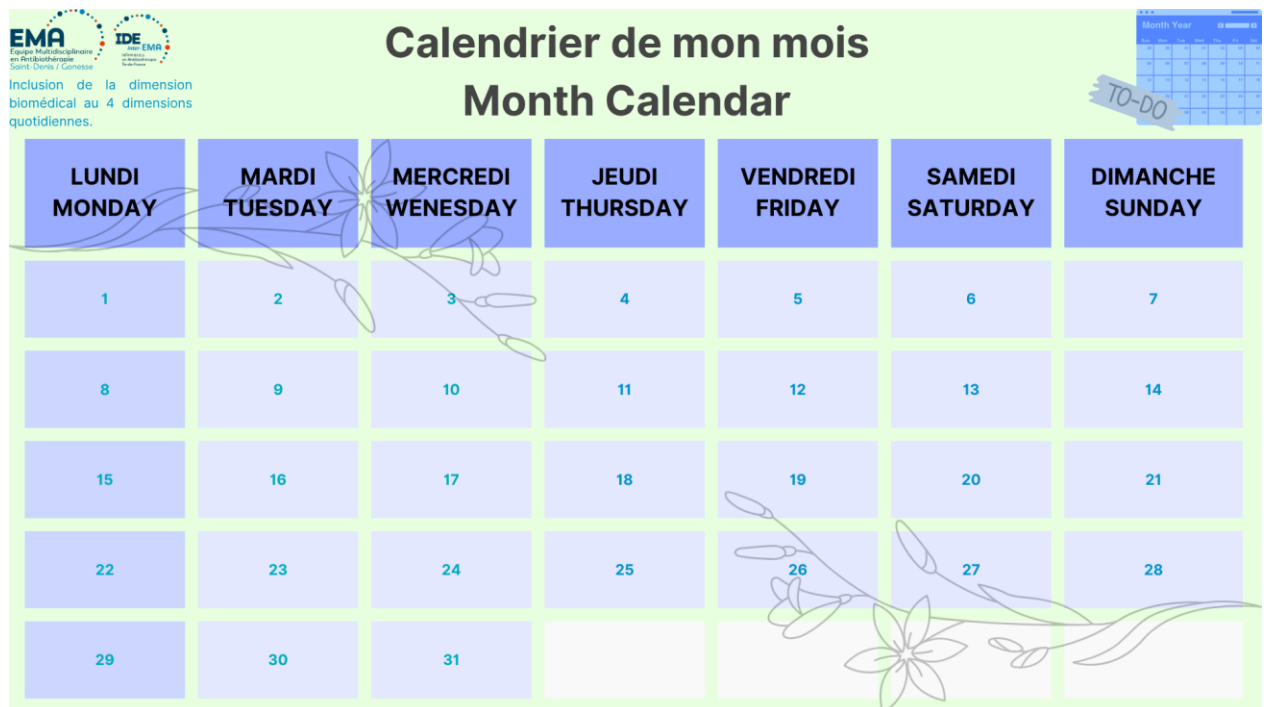
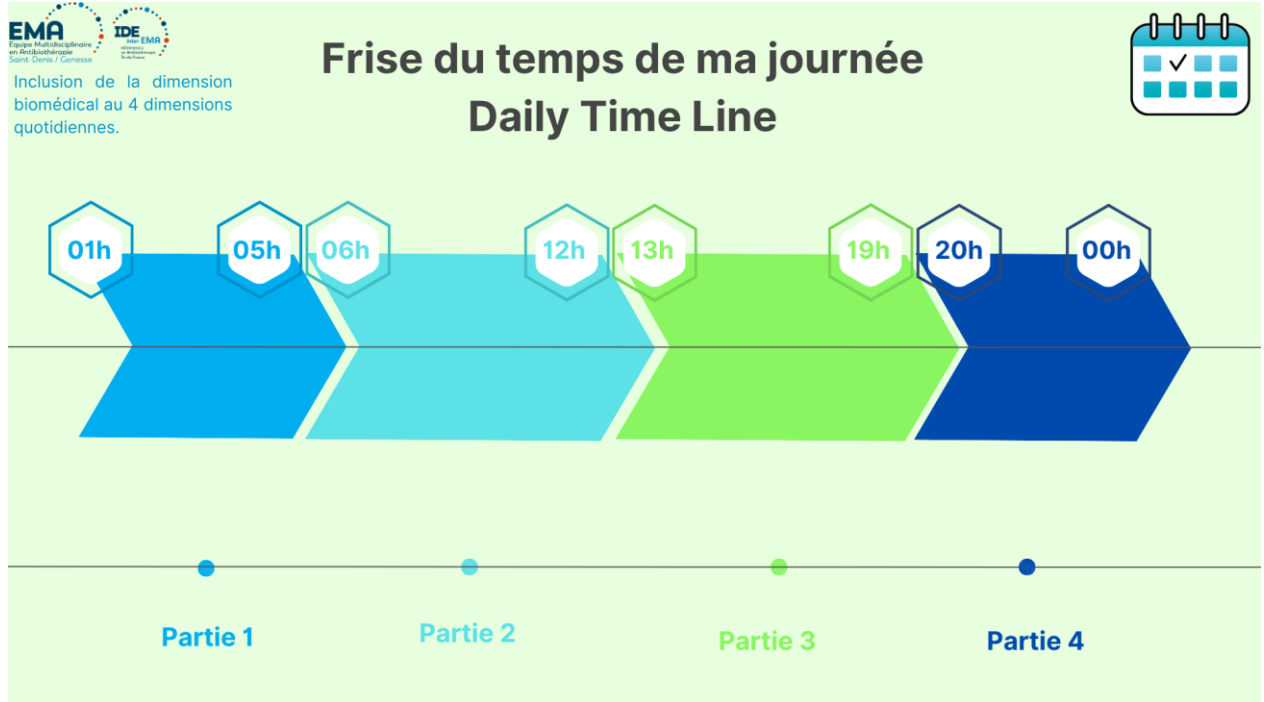
Bilan de la journée grand public	
GRAND PUBLIC	PROFESSIONNELS
50 participants	167 participants
40 Quizz complétés	102 Quizz complétés
19 communes recensées ▪ 10 du territoire ▪ 9 hors territoire	146 pro du CHG 21 pro du territoire
85% des participants déclarent avoir un médecin traitant	

TOTAL = 217 participants

Thématiques mises en avant				L'avis des participants sur le stand grand public	
Points forts (≥80%)		Axes d'amélioration (≤50%)		Points forts	Axes d'amélioration
Grand Public	Professionnels	Grand Public	Professionnels		
Les ATB perturbent le microbiote intestinal	Les infections hivernales sont le plus souvent virales	Les infections hivernales sont le plus souvent virales	/	Pertinent et ludique	Communication
	Les ATB ne sont pas efficaces sur les virus	Les ATB ne sont pas efficaces sur les virus		Permet de se questionner sur ses croyances	Question 5 difficile à la première lecture
	Les ATB perturbent le microbiote intestinal			Rapide	Se rapprocher des lieux de vie
	Les TROD sont disponibles en pharmacie de ville			Format agréable	A coupler avec la prévention vaccinale

ANNEXE VI.

Outil pédagogique BEP : semainier et planning mensuel.



Vignettes de la vie quotidienne à apposer sur la frise et le calendrier :



Outil pédagogique S1 : Cartes de Barrow (non exhaustif).

Il est 9h00, j'ai faim. 	Je peux prendre mon petit déjeuner.	Mon antibiotique se prend à jeûn et je dois attendre 30 mins pour prendre mon premier repas.	J'ai des doutes, des questions, ou des inquiétudes. 
Je ne peux pas manger.	Je ne peux pas manger.	Je peux prendre mon petit déjeuner.	J'attends mon prochain rendez-vous de suivi.
			Il ne faut pas hésiter à solliciter les professionnels qui vous entourent (infirmier, médecin, pharmacien etc.).
Mon antibiotique peut se prendre pendant un repas.	Mon antibiotique se prend à jeûn et je dois attendre 30 mins pour prendre mon premier repas.	Oui, car mon antibiotique peut se prendre pendant un repas.	Je peux solliciter les professionnels qui m'entourent.
			Oui, il ne faut pas hésiter à contacter les professionnels (infirmier, médecin, pharmacien etc.).
			Je me sens mieux. 
J'ai vomi 1 h après la prise de mon traitement. 	J'ai oublié de prendre mon traitement aujourd'hui. 		
Je reprends mon traitement.	Je ne prend mon traitement que le lendemain.	Je reprends mon traitement immédiatement.	Je ne prend mon traitement que le lendemain.
			Le traitement fonctionne, je dois le continuer jusqu'à la date prescrite par mon médecin.
			Je continue mon traitement.
Oui, je reprends mon antibiotique.	Si vomissement jusqu'à 1 heure après la prise = reprendre l'antibiotique.	Je ne change pas d'horaire et je reprends mon traitement le lendemain, à l'heure habituelle.	Oui, le traitement fonctionne, je dois le continuer jusqu'à la date prescrite par mon médecin.

Outil pédagogique S2 : Cartes OMAGE (non exhaustif).

Exemples de cartes initiales :



Entretien de compréhension OMAGE, OMEDIT Île-de-France.

Exemples de cartes adaptées au programme :



ANNEXE VII.



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

PROGRAMME DE SUIVI EN EDUCATION THERAPEUTIQUE

ANTIBIOTHERAPIE AU LONG COURS

Madame, Monsieur,

Vous avez participé à des séances d'éducation thérapeutique dans le cadre de votre traitement antibiotique. Votre avis nous intéresse. Nous vous remercions de prendre quelques instants afin d'exprimer votre degré de satisfaction via ce questionnaire anonyme et ainsi nous aider à améliorer la qualité de notre prise en charge.

Les séances de suivi étaient destinées à :

- ☐ Vous-même ☐ Votre enfant ☐ Votre conjoint / un membre de votre famille / un proche

Les séances de suivi vous ont été proposées par :

- ☐ Le médecin infectiologue ☐ L'infirmière référente en antibiothérapie
☐ Le médecin référent de votre hospitalisation ☐ Le chirurgien

Quelle a été/quelles ont été le(s) modalité(s) de suivi (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Par téléphone ☐ Par courriels (mails)
☐ Par SMS ☐ En présentiel à l'hôpital (en consultation/dans la chambre)

Les séances de suivi vous ont permis de mieux comprendre :

1. la maladie :

- ☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

2. le/les traitement(s) antibiotique(s) et leurs modalités de prise :

- ☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

3. les effets indésirables :

- ☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

4. les surveillances à avoir à la maison :

- ☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

5. autre(s) thématique(s) :

.....
☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

.....
☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

Pensez-vous que d'autres thèmes devraient être abordés durant ces séances de suivi ?

Si oui, lesquels :

.....
.....
.....
.....

Pouvez-vous noter sur une échelle de 1 à 10, votre appréciation des items suivants (placez un chiffre sur la ligne) ?

- Les explications données au cours de ces séances étaient :

_____ 10
1 (pas satisfaisantes) (très satisfaisantes)

- Les outils pédagogiques utilisés pendant ces séances de suivi étaient :

_____ 10
1 (pas satisfaisants) (très satisfaisants)

- Les documents remis étaient (clairs, compréhensibles, etc.) :

_____ 10
1 (pas satisfaisants) (très satisfaisants)

- La disponibilité des soignants lors de votre retour au domicile était :

_____ 10
1 (pas satisfaisante) (très satisfaisante)

Saviez-vous comment contacter l'équipe soignante en cas de nécessité ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pu contacter l'équipe soignante en cas de nécessité ?

☐ Oui ☐ Non

Recommanderiez-vous ces séances de suivi ?

☐ Oui ☐ Non

Quelles sont vos suggestions sur des points à améliorer ?

.....
.....
.....
.....

Commentaires libres :

.....
.....
.....
.....

Fait le :

A

ANNEXE VIII.



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

PROGRAMME DE SUIVI EN EDUCATION THERAPEUTIQUE

ANTIBIOTHERAPIE AU LONG COURS

Madame, Monsieur,

Votre patient-e a participé à des séances d'éducation thérapeutique (ETP) dans le cadre de son traitement antibiotique. Votre avis nous intéresse afin d'évaluer l'impact de ce programme d'ETP.

Nous vous remercions de prendre quelques instants afin d'exprimer votre avis via ce questionnaire anonyme et ainsi, nous aider à améliorer la qualité de notre prise en charge. L'analyse de vos réponses sera également utilisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de l'infirmière spécialisée en thérapeutiques anti-infectieuses du Centre Hospitalier de Gonesse.

Les séances de suivi étaient destinées à :

- ☐ Votre patient-e ☐ Le/la conjoint-e de votre patient-e / un membre de sa famille / un proche

Votre patient-e vous a dit avoir bénéficié de séances d'ETP :

- ☐ Oui ☐ Non

Les séances de suivi vous ont été proposées par :

- ☐ Le médecin infectiologue ☐ L'infirmière référente en antibiothérapie
☐ Le médecin référent de votre hospitalisation ☐ Le chirurgien

Quelle a été/quelles ont été le(s) modalité(s) de suivi :

- ☐ Par téléphone ☐ Par courriels (mails)
☐ Par SMS ☐ En présentiel à l'hôpital (en consultation/dans la chambre)

Selon vous, les séances de suivi vous ont permis à votre patient-e de mieux comprendre :

1. la maladie :

- ☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

2. le/les traitement(s) antibiotique(s) et leurs modalités de prise :

- ☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

3. les effets indésirables :

☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

4. les surveillances à avoir à la maison :

☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

5. l'importance de l'observance :

☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

6. autre(s) thématique(s) :

☐ Oui ☐ un peu ☐ pas du tout

Pensez-vous que d'autres thèmes devraient être abordés durant ces séances de suivi ?

Si oui, lesquels :

.....

.....

.....

.....

Pouvez-vous noter sur une échelle de 1 à 10, votre appréciation des items suivants (placez un chiffre sur la ligne) ?

- Les documents remis à votre patient-e étaient (clairs, compréhensibles, etc.) :

1
(pas satisfaisants)

10
(très satisfaisants)

- La disponibilité de l'équipe du Centre Hospitalier de Gonesse, au retour au domicile était :

1
(pas satisfaisante)

10
(très satisfaisante)

Saviez-vous comment contacter l'Équipe Multidisciplinaire d'Antibiothérapie en cas de nécessité ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous pu contacter l'équipe en cas de nécessité ?

☐ Oui ☐ Non

Recommanderiez-vous ces séances de suivi ?

☐ Oui ☐ Non

Quelles sont vos suggestions sur des points à améliorer ?

.....
.....
.....
.....

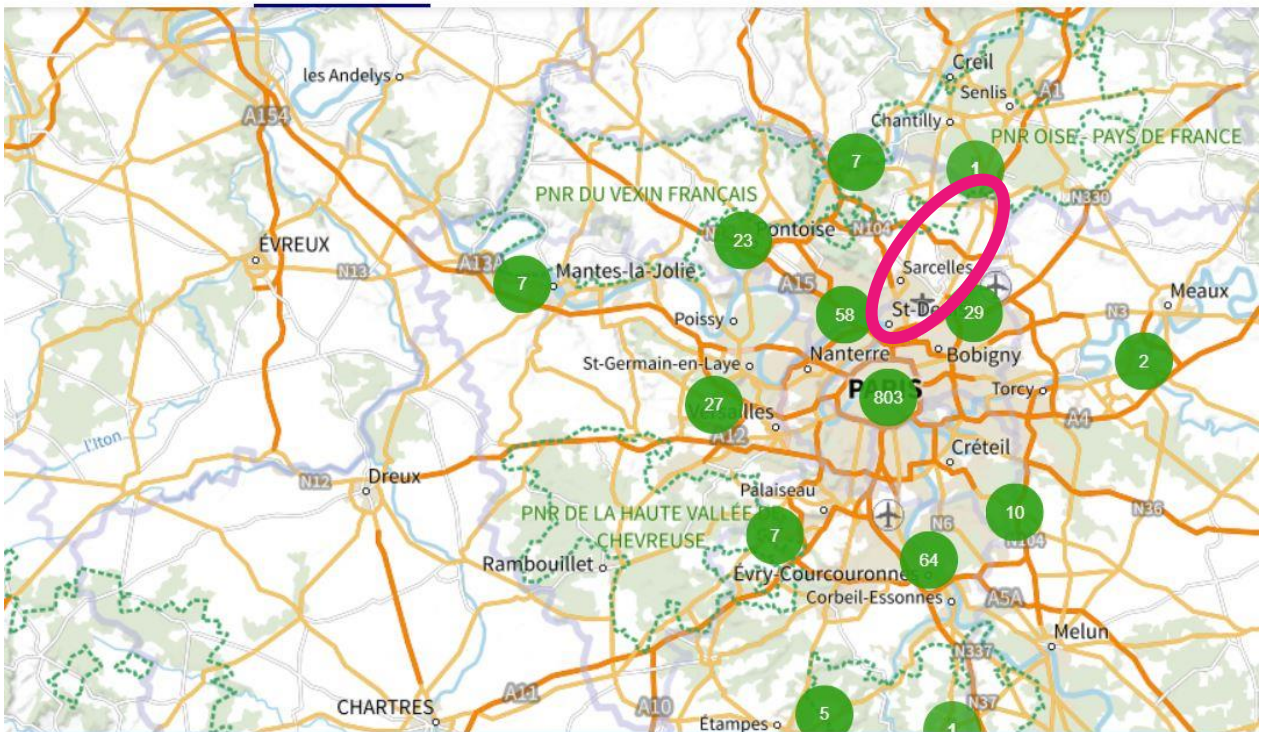
Commentaires libres :

.....
.....
.....
.....

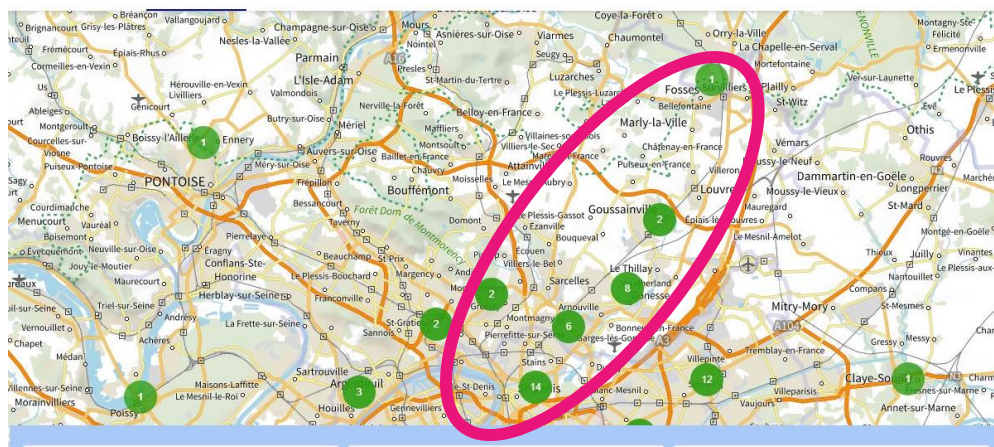
Fait le :

A

ANNEXE IX.

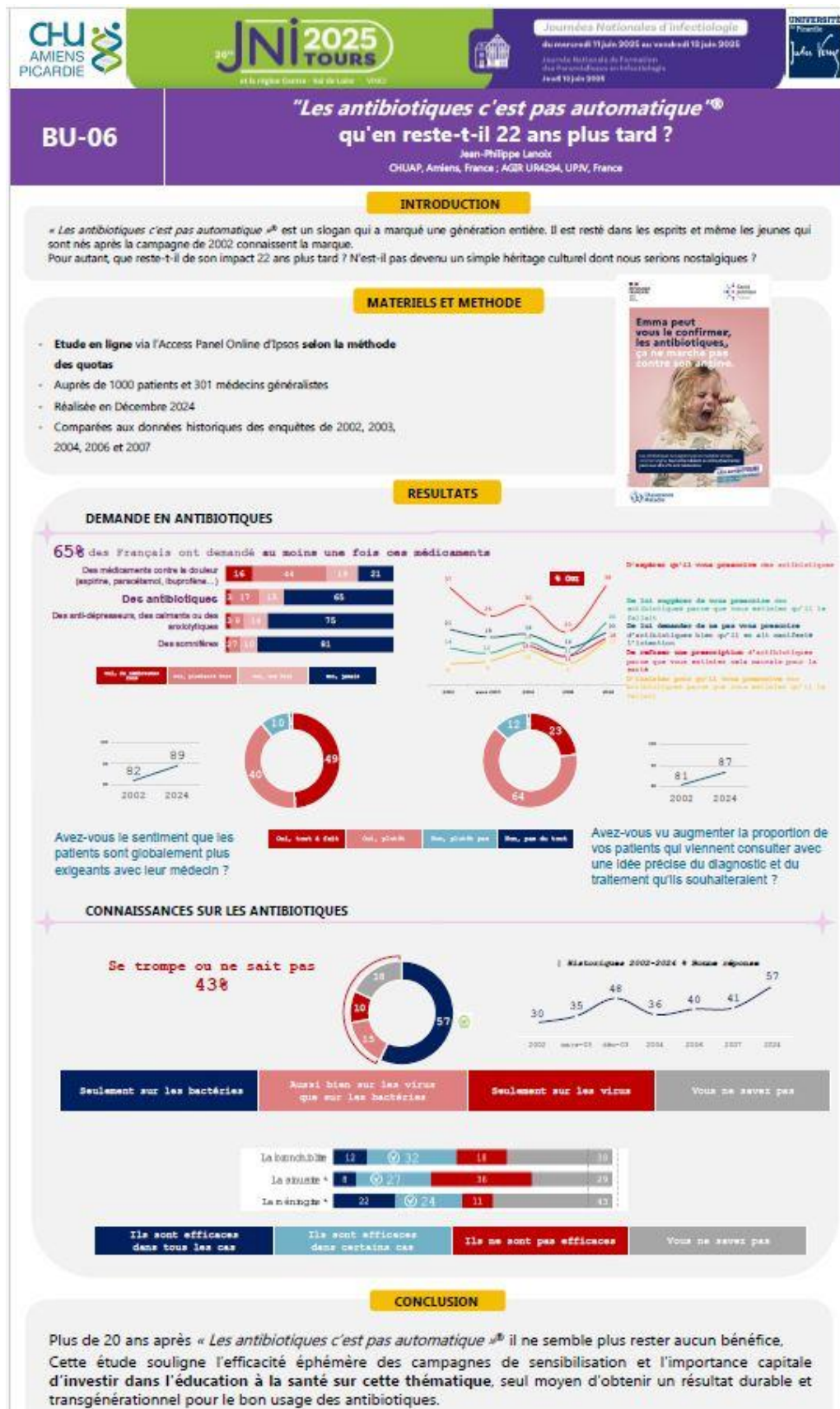


Zoom sur le Val d'Oise :



Territoire GHT Plaine-de-France.

ANNEXE X.



ANNEXE X.



TOUT SAVOIR SUR LES INFIRMIERS RÉFÉRENTS

QUE FAIT L'INFIRMIER RÉFÉRENT ?

L'infirmier référent, dont la fonction est instituée par l'article 15 de la loi n°2023-1268 et le décret n°2024-620, est chargé de la coordination des soins et de l'accompagnement du patient et de son entourage.

QUI PEUT ÊTRE INFIRMIER RÉFÉRENT ?

Le statut d'infirmier référent s'adresse uniquement aux infirmiers salariés ou exerçant en libéral dans un centre ou une maison de santé pluriprofessionnelle.

QUELLES SONT LES MISSIONS DE L'INFIRMIER RÉFÉRENT ?

- Prévention : promouvoir la santé et prévenir les complications.
- Suivi des patients : en évaluant les résultats des traitements et les complications qu'il peut coordonner avec le médecin traitant, le pharmacien correspondant et la sage-femme référente.
- Recours : aide dans les tâches administratives.



QUELS SONT LES BÉNÉFICES D'ÊTRE DÉSIGNÉ COMME INFIRMIER RÉFÉRENT ?

- Amélioration de la qualité des soins : par une prise en charge personnalisée.
- Renforcement de l'autonomie professionnelle.
- Promotion de la collaboration professionnelle : rôle pivot entre le médecin traitant et le pharmacien coordinateur.

QUELLES SONT LES RESPONSABILITÉS D'UN INFIRMIER RÉFÉRENT ?

L'infirmier est responsable de la prise en charge globale et personnalisée des patients, tout en coordonnant les équipes et en assurant une communication efficace.

QUI PEUT DÉSIGNER UN INFIRMIER RÉFÉRENT ?

Toute personne de plus de 16 ans atteinte d'une affection longue durée (ALD) peut désigner un infirmier référent.