



Email: editorijless@gmail.com

Volume: 4, Issue 4, 2017 (Oct-Dec)

INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW, EDUCATION, SOCIAL AND SPORTS STUDIES (IJLESS)

<http://www.ijless.kypublications.com/>

ISSN:2455-0418 (Print), 2394-9724 (online)

2013©KY PUBLICATIONS, INDIA

www.kypublications.com

Editor-in-Chief

Dr M BOSU BABU

(Education-Sports-Social Studies)

Editor-in-Chief

DONIPATI BABJI

(Law)

©KY PUBLICATIONS



L'ADHESION DU PERSONNEL SOIGNANT IVOIRIEN A LA PHAGOTHERAPIE

EHUI Prisca Justine¹, SEKONGO Korotoumou Wagbalina², KOUASSI Firmin Kouakou³

¹ Enseignante-chercheure à l'Institut des Sciences, Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët Boigny

² Doctorante à l'Institut des Sciences, Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët Boigny

³ Enseignante-chercheure à l'Institut des Sciences, Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët Boigny Email :kouafirk@gmail.com



ABSTRACT

The phagothérapie is an alternative to the antibiorésistance. For a few decades, the introduction or the reintroduction of this therapy, in the medical practices, has been the object of a renewed interest. In Ivory Coast, this medical awakening runs up against the reactions of ever expected to speak or about simply heard of the medical community. However, with the limits of the antibiotherapy to infections nosocomial, they express their total adhesion with his therapeutic use. They also plead for prudence with regard to its cost, its presumption of effectiveness and its health risks on the patients. The opinion of the medical community of the Ivory Coast on the use of the phagothérapie was collected in five health centres, near thirty-six agents of health, selected on the basis of technique of choices reasoned and questioned using a guide of maintenance.

Résumé :

La phagothérapie est une alternative à l'anti-biorésistance dans le cas du traitement des infections nosocomiales. Depuis quelques décennies, l'introduction ou la réintroduction de cette thérapie, dans les pratiques médicales, fait l'objet d'un regain d'intérêt chez une catégorie de professionnels de la santé. En Côte d'Ivoire, cet éveil médical se heurte aux réactions de *jamaïs attendu parler* ou de *simplement entendu parler* du corps médical. Toutefois, face aux limites de l'antibiothérapie dans le traitement des infections nosocomiales, il exprime sa totale adhésion thérapeutique. Il plaide, malgré cette acceptation thérapeutique, pour la prudence en ce qui concerne son coût, sa présomption d'efficacité et ses risques sanitaires sur les patients. Ces différentes informations soumises à l'analyse de contenu, ont été collectées dans cinq centres de santé, auprès de trente-six agents de santé, sélectionnés sur la base de la technique de choix raisonné et interrogés à l'aide d'un guide d'entretien.

Introduction

L'hôpital selon Steudler (1974), est autant «*un "créateur de maladies" qu'une institution destinée à guérir* ». Dans son aspect de «*créateur de maladie* », l'hôpital est un lieu où se côtoient plusieurs maladies qui expose les patients à des risques sanitaires. L'hôpital est représentée, dans cette perspective, comme un mouvoir. Les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2012), attestent que plus de 1,4 million de personnes dans le monde souffrent de complications infectieuses acquises à l'hôpital. Plus connues sous l'appellation d'*infections nosocomiales* (I.N.C.) ou d'*infections liées au soin*, elle est contractée en milieu hospitalier et peut apparaître dans un délai de quarante-huit heures après l'admission. Traditionnellement, traitées par les antibiotiques, elles se perçoivent de plus en plus inefficaces face au développement de bactéries résistantes Rivasi M. (2013) et à la forte concentration des populations en milieu hospitalier. C'est pourquoi, Langlois J. (2000) souligne que les infections nosocomiales (I.N.C.) sont à la mode et n'épargne aucune catégorie sociale.

Traditionnellement, la réaction médicale face à ces infections aux soins est l'antibiothérapie. Toutefois dans son usage quotidien, elle a créé une situation paradoxale : elle permet soit de sauver un nombre considérable de malades infectés soit elle est restée inactive face à des bactéries qui ont développé un pouvoir d'adaptation considérable (Libbey J., 2009). Ces résistances, de plus en plus préoccupantes, ont abouti à des bactéries totorésistantes, c'est-à-dire résistantes à tous les antibiotiques disponibles. Le journal français *le Figaro* (2013), après des investigations, identifia les *Escherichia coli*, les *Staphylocoques dorés* (*S. aureus*) et les *Pseudomonas aeruginosa*, comme la cause de la plupart des infections urinaires et des pneumonies. La propagation des bactéries multi-résistantes combinée à l'absence de nouveaux antibiotiques fait courir un risque d'impasse thérapeutique. Or, cette résistance aux antibiotiques fut pourtant constatée dès la mise sur le marché de la pénicilline (Dublanche, 2009). Par la suite, les échecs répétés de ces thérapies n'ont pas été remis en question par la science moderne qui s'est obstinée à rechercher de nouvelles molécules avec une confiance aveugle en l'efficacité des antibiotiques.

A ce jour, les antibiotiques restent la principale arme officielle pour combattre les infections bactériennes malgré l'émergence de bactéries multi résistantes (BMR). En 2012, l'OMS a déclaré qu'une ère post-antibiotique est à redouter (Rivasi, 2013). La recherche d'une alternative ou d'un complément efficace à l'antibiothérapie s'impose (Essoh, 2013). La vulnérabilité propre aux malades et leur exposition à des bactéries résistantes représentent un grand risque pouvant provoquer des infections difficiles, voire impossibles à traiter. Tous ces facteurs commandent le développement de stratégies complémentaires et/ou alternatives. Il devient donc urgent aujourd'hui de s'orienter vers d'autres moyens thérapeutiques.

Plusieurs pistes sont explorées et une des voies les plus prometteuses comme recours potentiel est la phagothérapie¹ ou bactériophages. Selon Ravat, Jault et Gabard (2015), l'utilisation des bactériophages, prédateurs naturels des bactéries, est une technique pionnière efficace de lutte contre les infections bactériennes. Pour rappel, Coulon A. (2015) situe la pratique de la phagothérapie au début du XXe siècle, mais qu'elle a été progressivement abandonnée au profit des antibiotiques sauf dans certaines parties de l'Europe. L'auteur nous fait également comprendre que les phages présentent des avantages par rapport aux antibiotiques dans la mesure où les phages détruisent chacun une espèce bactérienne bien précise. La thérapie par l'utilisation des phages représente un espoir solide dans le traitement des infections les plus difficiles à combattre. En s'inscrivant dans les approches des sciences pharmaceutiques et à partir d'essais de traitement par les bactériophages Moafo C. (2012) et Courteault J. R. (2014), encouragent l'application

¹Etymologiquement, elle indique la thérapie par les phages.

thérapeutique des bactériophages vue les opportunités qu'elle offre dans le traitement de diverses infections d'origine bactériennes notamment celles dites nosocomiales. Dans cette logique, le soutien des grandes industries pharmaceutiques pour sa promotion thérapeutique est à promouvoir. Dans le même ordre d'idées, Dublanche A. (2009) propose la réintroduction de la phagothérapie dans le système médical avec la possibilité des traitements couplés comprenant des antibiotiques à l'action globale et des phages à l'action ciblée. Pour ce dernier, cela pourrait réduire le nombre de décès provoqué par des bactéries résistantes aux antibiotiques.

Les recherches sur l'utilité de la phagothérapie des virus naturels pour traiter des infections bactériennes à travers les bactériophages et la phagothérapie, révèlent l'adhésion d'un nombre de chercheurs dont Ravat F., Jault P., Gabard J. (2015), Rivas M. (2013), Essoh C. Y. (2013), Savin E. B. (2014), etc. Ce dernier présente d'ailleurs le bactériophage comme un système de « virus mangeurs de bactéries ».

Si l'utilisation des bactériophages comme agent désinfectant naturel se présente comme un espoir dans le traitement des infections nosocomiales, certains obstacles doivent encore être franchis pour permettre sa formalisation selon les normes pharmaceutiques et médicales (Hegel, 2014). Il faudra d'une part, l'accord des autorités politiques et d'autre part, l'adhésion du corps médical pour une meilleure promotion thérapeutique. Qu'en est-il en Côte d'Ivoire ? Comment se comporte le corps médical ivoirien face aux médecines alternatives en particulier à la phagothérapie ? Quelle est leur degré de connaissance et d'adhésion à la phagothérapie ? Quels sont les facteurs qui participent à leur adhésion thérapeutique ?

Précisions méthodologiques

Les enquêtes de terrain ont été réalisées dans le District d'Abidjan plus précisément dans les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et deux hôpitaux généraux vu leur capacité d'hospitalisation des malades. Ainsi, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Cocody, de Treichville, de Yopougon et les Hôpitaux Généraux de Port-Bouet et d'Abobo ont été identifiés après l'enquête exploratoire. Les enquêtes, dans ces différentes structures sanitaires, se sont déroulées auprès du personnel soignant, dont les médecins spécialistes, généraux et les infirmiers. L'échantillonnage par choix raisonné a été la seule technique de sélection des enquêtés. Elle est selon Bathelot B. (2015), une méthode de sélection d'échantillon par laquelle la représentativité de l'échantillon est assurée par une démarche raisonnée. Elle justifie en elle-même la pertinence et le caractère indispensable de la personne choisie au regard de son implication dans la production des faits abordés.

Sur la base de cette technique de sélection, trente-six personnes du corps médical ont été interviewées après avoir constaté la saturation des informations recherchées. Le seul outil de collecte d'information fut le guide d'entretien.

Dans le cadre de traitement des données de terrain, la technique de l'analyse thématique de contenu a été privilégiée. Elle est « *avant tout descriptive. Elle correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par le découpage du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différentes selon les questions et les objectifs de recherche* ». (Pardinielli J.L. 1994 :115). L'analyse thématique du corps des données a porté sur le niveau de connaissance du corps médical de la phagothérapie, l'acceptation de la phagothérapie comme une alternative thérapeutique dans le traitement des I.N.C et leur adhésion à sa promotion thérapeutique.

La connaissance de la phagothérapie, une réaction de jamais ou de simplement attendu-parler chez le corps médical ivoirien

La phagothérapie est un néologisme pour bon nombre de nos enquêtés. Cette perception est à la lumière des données de terrain. Deux tendances se dessinent à l'analyse des informations collectées auprès du corps médical des quatre structures sanitaires visitées. La première, est celle traduisant la réaction du *jamais attendu-parler*.

Cette catégorie d'enquêtées expriment ouvertement et sans réserve leur méconnaissance de la phagothérapie. L'un d'entre eux s'exclame en ces termes : « *Quoi phagothérapie ! Non, nous, on ne connaît pas ça ici. Je ne connais pas ça avant que vous ne m'en parliez* ». Dans la même veine d'idées, un deuxième enquêté ajoute : « *Non je ne connais pas la phagothérapie. Et je n'ai jamais entendu parler de ça* », puis un troisième : « *Non pas du tout... Je n'ai jamais entendu parler de ça. Nos maîtres ne nous ont pas enseigné ça* ».

Cette réaction *du jamais-entendu-parler* est majoritairement partagée chez les infirmiers. Elle s'accompagne souvent d'un sentiment de surprise et de doute lorsqu'il leur est signifié que la phagothérapie est le traitement des virus par les phages/ virus. Parler de l'ignorance d'une catégorie de soignants peut paraître déplacée², c'est même un sujet qui semble inadmissible, mais cette réalité liée à la non-connaissance de la phagothérapie circulent dans les couloirs de nos hôpitaux et semble toucher la majorité des praticiens.

A l'opposé de la réaction *du jamais-entendu-parler* des infirmiers, certains médecins interrogés ont signifié leur réactions *de simplement entendu-parlé* sans savoir précisément sa composition et son application thérapeutique. Leurs discours traduisent non seulement le *déjà entendu-parler* mais aussi leur faible niveau de connaissance de cette nouvelle forme de thérapie. L'un d'entre eux explique : « *J'ai en déjà entendu parler, ce n'est pas la première fois. Mais je ne sais pas vraiment de quoi il s'agit. J'ai suivi un peu à la télévision, un monsieur qui en parlait. Et ça fait quelques mois maintenant* ». Cette même attitude est constatée chez un autre médecin : « *Oui j'en ai déjà entendu parler sur national géographie. Le documentaire parlait des méga virus. J'ai vu la notion, mais je ne me suis pas intéressé. Cela fait un an et demi maintenant* ». Rejoignant la position des deux premiers, un autre indique : « *Oui j'en ai déjà entendu parler à travers la presse, dans les journaux, dans les revues scientifiques, il n'y a pas longtemps. Mais je ne peux pas me prononcer dessus, car je ne sais pas sur quel principe s'est basé. J'ai des idées vagues en fait. J'ai entendu parler de ça, mais je n'ai pas cherché à approfondir pour voir un peu comment ça marche et tout ça* ».

La phagothérapie est peu connue chez le personnel soignant ivoirien. Si quelques-uns la connaissent, ils n'apportent aucune précision sur sa constitution et son utilisation dans le traitement des INC. Ils ne fournissent aucune orientation théorique et pratique sur la phagothérapie. D'ailleurs, les informations en leur possession se limitent à celles tirées de la presse écrite (journaux) ou des films documentaires. Elles n'ont été ni améliorées, ni approfondies notamment par la lecture de documents scientifiques, pour assoir à leur profit, une connaissance réelle sur la phagothérapie. Nous dirions, à la lumière de ce qui précède que, le dénominateur commun des informations collectées auprès des enquêtés est la méconnaissance claire et précise de la phagothérapie.

La méconnaissance de la phagothérapie par le personnel soignant ivoirien ne peut faciliter l'utilisation de la phagothérapie dans les structures sanitaires. Mais, la fréquence et la persistance des infections nosocomiales dans les hôpitaux vu par Steudler (1974) comme des lieux « *créateurs de maladies* », sont des arguments pertinents pour conduire le corps médical à s'y intéresser. Peut-il l'accepter et adhérer à son usage thérapeutique ?

Adhésion du corps médical à la phagothérapie : une volonté émaillée de prudence et de restrictions

Malgré leur réaction de *déjà entendu parler superficiel* ou de *jamais entendu parler*, l'ensemble du personnel soignant, après échange sur la phagothérapie, sont tout à fait d'accord, toutefois sous réserve, pour une alternance médicale dans le mode de traitement des I.N.C. dans les hôpitaux ivoiriens. En effet :

« *Si la phagothérapie montre ses preuves. Si c'est vraiment prouvé que c'est efficace, je serai vraiment favorable, dans la mesure où comme on le sait tous, il y'a une résistance des*

²Puisqu'ils apportent au corps médical, donc censés avoir quelques notions sur cette forme de thérapie

germes au niveau des antibiotiques que nous prescrivons. L'objectif est de recouvrer la santé, si ça peut aider, c'est tant mieux parce que franchement, les antibiotiques ont leurs limites. Si ça peut soulager tant mieux... je suis complètement d'accord. En plus pourquoi pas si c'est une seule alternative. Si ça peut sauver le malade c'est tant mieux. Nous, on est scientifique, si vous nous envoyez les papiers que vous avez fait des études et que ça marche, on pourra être favorable» (discours enquêté).

Un autre propos précise : *« Si je suis assuré de son efficacité. Si ça donne de bons résultats. S'il n'y a pas d'autres traitements à part ça, je vais accepter. Mais s'il y'a un autre type de traitement, je ne vais pas accepter. Je ne peux pas accepter tant que je ne m'informe pas bien à ce sujet ».*

L'adhésion à cette thérapie, selon les enquêtés, serait fonction de sa scientificité, des preuves de ses résultats, des limites du traitement antibiotique et de l'éducation thérapeutique du personnel.

Avant l'adoption de la phagothérapie dans les centres médicaux, elle doit répondre aux exigences méthodologiques, pharmaceutiques et médicales, qui conduisent à la production et l'utilisation des médicaments. Ainsi, le respect des différents principes scientifiques apparaît comme essentiel pour eux dans la mesure où toutes ces étapes auraient prouvé l'efficacité et l'itinéraire thérapeutique selon les normes pharmaceutiques et médicales. Cette première préoccupation s'inscrit dans la volonté des médecins et infirmiers, d'avoir en leur possession un référentiel de compétences, de gestes et de pratiques conventionnels adaptés à cette démarche thérapeutique. Il s'agirait pour eux de s'inscrire dans un programme d'éducation thérapeutique de la phagothérapie : promouvoir et valoriser les pratiques infirmières et médicales, prévoir un cadre réglementaire et de formation du personnel. En clair, les résultats scientifiquement prouvés suivis de la définition d'un cadre référentiel de formation et de suivi des patients sont une préoccupation de taille qui détermine l'adhésion des praticiens.

Les limites du traitement antibiotique appliqué aux I.N.C., seraient un autre facteur d'adhésion du corps médical ivoirien à cette alternance thérapeutique. Dans leur contexte, vu la résistance des germes et les limites des antibiotiques constatées chez les patients, des innovations thérapeutiques seraient les bienvenues. Sur ce point, les infirmiers et médecins ivoiriens s'inscrivent dans une position de force majeure et de « sans autre issue thérapeutique ». En dépit de cette position de « dos au mur », ils accepteraient cette thérapie si elle est source d'avancées importantes concernant notamment le traitement des infections nosocomiales.

Les diverses préoccupations du personnel médical, signes manifestes de leur adhésion hésitante à l'acceptation des virus comme agents thérapeutiques pour soigner les I.N.C., se rapportent aussi à des inquiétudes liées aux conditions socioéconomiques des patients et aux risques sanitaires auxquels ils s'exposeraient.

Pour le personnel soignant, comparativement à l'antibiothérapie jugée extrêmement chère, la phagothérapie devrait permettre aux patients d'assurer financièrement leur traitement. Elle devrait alors venir pallier au problème d'accessibilité économique aux soins des patients. Un premier médecin souligne : *« il n'y a pas de problème. Si le médicament est moins coûteux, on peut informer le malade qu'il existe une nouvelle thérapie moins coûteuse que les antibiotiques qu'il n'arrive pas à acheter pour le traitement de l'infection nosocomiale dont souffre le malade. Ils n'auront pas d'autres choix qu'accepter ».* un autre ajoute : *« Ça sera vraiment une bonne idée. Mais est-ce que ça sera possible à toutes les populations. Est-ce que ça sera à moindre coût. Est-ce que la prise en charge va se faire au niveau de tout le monde. Sinon ça sera vraiment une très bonne idée. Je peux être d'accord si c'est gratuit. Parce que ce genre de truc c'est coûteux. Donc si je te dis que je suis d'accord, et puis ça vient et que les malades n'ont pas les moyens de payer, alors, tu vois le problème que ça va créer ».*

Une autre condition pour une application de la phagothérapie évoquée par les praticiens est relative aux effets secondaires sur le malade qui souffre déjà assez de son état

et des traitements, pour lui infliger encore une autre souffrance. A cet effet, un praticien affirme : « *On a obligation de soigner nos malades, et si les moyens sont là, c'est déjà bon mais avec moins d'effets secondaires pour les patients pourquoi pas* ».

Les interrogations et les conditions formulées par les agents du bien-être dans le fond, se rapportent aux insuffisances de l'antibiothérapie. Selon eux, les résistances développées par certaines bactéries dans le traitement des infections nosocomiales suggèrent une alternative médicale. La phagothérapie se perçoit alors comme un modèle thérapeutique à encourager et à promouvoir. Toutefois, certaines assurances relatives à la disponibilité du remède, au coût du traitement et aux risques sanitaires doivent être prises au sérieux.

Les soignants, témoins de la souffrance des patients et soucieux de leur mieux-être établissent volontairement ou involontairement, une union d'efforts partagés avec ceux-ci pendant leur prise en charge. Dans cette alliance thérapeutique, l'infirmier ou le médecin tout en s'investissant dans l'application rigoureuse des soins prédéfinis, entre impérativement en contact avec la souffrance de son patient. Evidemment, cela entretient chez lui des émotions, des inquiétudes qui le motive à rechercher les armes nécessaires pour repousser la maladie et la mort. Ce permanent contact avec la souffrance (même si sa mission est de repousser ses limites) lui permet également de ressentir les besoins du patient, de le « représenter », et même de parler à son nom, quand cela s'impose. C'est dans cette perspective, nous avons jugé utiles de recueillir auprès d'eux l'adhésion des patients à la phagothérapie.

Selon les agents du mieux-être, les situations douloureuses ou désespérées des malades sont un facteur clé à leur adhésion à la phagothérapie. Sérieusement :

« Est-ce que les patients ont le choix ? Quelqu'un qui est en train de mourir, s'il n'a pas le choix, il ne pourra qu'accepter la thérapie par les virus... je ne pense pas qu'on puisse refuser quelque chose qui aura une portée positive. Je pense que c'est mieux d'avoir deux stratégies pour un même projet, un même résultat que d'en avoir un » (propos enquêtés).

Dans une autre mesure, le fort désir de guérison doit contribuer à cette acceptation selon un praticien : « *Tout malade, quand il vient à l'hôpital, c'est la guérison qu'il cherche. Quel que soit les moyens que tu vas utiliser, c'est le résultat escompté qui compte* ». Comme le soulignent les intervenants, les patients n'auront pas d'autres choix que d'accepter la thérapie par les virus que les médecins leur donneront comme traitement. D'ailleurs, ils définissent la relation de confiance qui les lie à leurs patients comme un atout qui éliminerait les obstacles à l'utilisation de cette forme de thérapie chez les patients. En d'autres termes, « *Nos malades nous font confiance. Quand on prescrit un antibiotique au malade, il ne va pas chercher à savoir si ça marche ou si ça ne marche pas. Ils font confiance aux médecins. La phagothérapie, je pense que si elle est vraiment efficace, et que le médecin est sûr de cette thérapie, elle sera acceptée* ». Un autre intervenant réitère : « *Je pense que la majorité des patients vont accepter, parce que la seule chose, c'est la guérison des patients qui importe* ».

Les données collectées sur le terrain témoignent de l'adhésion du personnel soignant à la phagothérapie. Les restrictions soulignées sont d'ordre scientifique et médical. Elles se rapportent particulièrement aux informations relatives à ses applications médicales (indications posologiques, modes et fréquence d'administration, durée du traitement, précautions d'emploi et effets secondaires). A la suite de ces inconnues pharmaceutiques, la question de son coût et des risques sanitaires pour les patients ont également besoin d'être levés selon nos enquêtés.

DISCUSSION

Le monde médical est héritier et bénéficiaire d'innombrables pratiques et techniques thérapeutiques qui participent énormément au développement du mieux-être humain. Par ces savoirs, les praticiens s'efforcent de s'en servir rationnellement pour repousser les limites de la maladie et de la mort. Mais la supposée hégémonie de la médecine occidentale,

construite sur scientificité, a participé à la sélection et à la préférence de certains procédés thérapeutiques et habitudes médicales au détriment d'autres. C'est le cas de l'antibiothérapie qui est devenue « le traitement antibactérien de référence. Elle fut mise en pratique en médecine humaine et vétérinaire, mais également en agriculture et en agroalimentaire ... Les laboratoires, poussés par la rentabilité du traitement, développèrent ces molécules et enrichirent rapidement le pool d'antibiotiques sur le marché » (Berger Savin M. C. E., 2014:35).

Découverte pendant la première guerre mondiale développée entre 1920 et 1930, la phagothérapie est fondée sur l'utilisation des virus mangeurs de bactéries ou phages qu'on trouve en grande quantité dans la nature et dans le corps humain³. Ces phages ou virus mangeurs de bactéries se rencontrent dans tous les environnements, sur le sol, dans les eaux salées ou douces, sur les surfaces cutanées et muqueuses des êtres vivants (Berger Savin M. C. E., 2014). En plus de cette omniprésence dans l'environnement, elle regorge nombreux avantages dans l'usage dont l'effet bactéricide rapide, l'augmentation de la quantité du principe actif au cours du traitement, l'absence de perturbation des flores commensales et l'efficacité indépendante de la sensibilité des bactéries aux antibiotiques et l'absence d'effet toxique propre (Hegel, 2014 :360). Par son pouvoir bactéricide, elle participe à la réduction de près de la moitié de la population bactérienne toutes les 48 heures (Dublanche, 2009) et élimine presque toutes infections bactériennes, quelle que soit leur localisation à Vieu J-F, Guillermet F, Minck R., Nicolle P. (1979). Les bénéfices thérapeutiques de la phagothérapie se rapportent également à l'absence d'effets secondaires (Letkiewicz et al., 2010, Wright et al., 2009 cité par Berger Savin M. C. E., 2014) sinon la présence d'effets secondaires bénins, rares et transitoires, sinon facilement réversibles contrairement à l'antibiothérapie (Dublanche, 2009).

Malgré tous ces avantages thérapeutiques, la phagothérapie demeure inconnue car son développement se heurte au manque d'intérêts des grands laboratoires parce que de nature non brevetable selon Carlet J.⁴. En effet, l'impossibilité pour les laboratoires de tirer suffisamment profits, la difficile preuve d'établir la propriété individuelle et le manque d'investissement de la part des industries pharmaceutiques pour les essais cliniques et la promotion (Berger Savin M. C. E., 2014) renforceraient la situation de méconnaissance de la phagothérapie.

Toutes ces barrières pharmaceutiques doublées d'enjeux économiques n'ont pu freiner la détermination de certains professionnels de la santé (dont le biologiste français Alain Dublanche) (Dogna M., 2015). En effet, en s'inspirant de l'expérience russe et géorgienne, ces professionnels vont plaider en faveur de son application et de sa diffusion. C'est dans cette perspective, que certains envisagent une production classique de prêt à l'emploi comme l'antibiotique et d'autres une préparation adaptée au besoin spécifique (Pirnay JP, De Vos D, Verbeken G, Merabishvili M, Vaneechoutte M, Zizi M, et al (2011)). Peu importe, le mode d'usage, une seule chose semble retenir l'attention de tous et mettre tout le monde d'accord.

« Le développement des résistances bactériennes et la rareté des nouveaux antibiotiques mettent de plus en plus fréquemment la médecine moderne devant des situations d'échecs thérapeutiques. La recherche de solutions dites « alternatives » est sollicitée par les médecins et encouragée par les pouvoirs publics. Une des solutions envisagées est la phagothérapie, dont le principe actif est constitué de virus susceptibles de détruire les cellules bactériennes : les bactériophages. Avec l'aide de la biologie moléculaire et sous certaines conditions, il apparaît que la phagothérapie pourrait apporter aujourd'hui une

³ <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/2016225.OBS5305/phagothérapie-des-virus-contre-des-bactéries-resistantes-aux-antibiotiques.html>

⁴ <http://www.sciencesetavenir.fr/tag/organisation-mondiale-de-la-sante>

réponse non seulement « alternative » mais « complémentaire » » (Dublanche A., Patey O., 2014 :39).

La position de ces professionnels atteste la légitimité de l'adhésion du personnel médical ivoirien à l'introduction des phages comme agents thérapeutiques dans les infections nosocomiales. Devant l'inefficacité des antibiotiques face aux résistances bactériennes et les risques sanitaires que cela peut provoquer, la phagothérapie s'aperçoit comme une stratégie médicale à réhabiliter pour le traitement des maladies infectieuses.

Mais pour que la phagothérapie devienne une réalité scientifique et médicale, les recherches doivent concentrer leurs efforts pour mieux comprendre la biologie des phages, leur comportement dans l'environnement naturel comme dans le corps humain, (Hegel J., 2014). Cette préoccupation scientifique répondant aux règlements et principes pharmaceutiques a été également soulignée par les agents du mieux-être de la Côte d'Ivoire. Elle s'avère justifiée et fondée dans la mesure où, chasser la maladie et la mort, requiert un maximum d'assurance et un minimum d'incertitude et d'inconnus⁵ sur les médicaments utilisés dans la démarche thérapeutique. Une fois, soumise aux bonnes pratiques de fabrication pharmaceutiques, inscrite dans un cadre réglementaire de formation et ses applications médicales correctement maîtrisées (Dublanche A., Patey O., 2014), l'utilité de la phagothérapie sollicitée par Ravat F., Jault P., Gabard J. (2015), Rivasi M. (2013), Essoh C. Y. (2013), Savin E. B. (2014) sera appliquée en amont par les agents de la santé et intériorisée en aval par les patients. En Côte d'Ivoire, cela impliquerait d'abord, la mise en place de structure de recherche et de formation par les gouvernants dans ce domaine.

CONCLUSION

La phagothérapie est une thérapie certes ancienne mais encore présente et pratiquée dans certains pays comme la Géorgie et la Russie. Face à l'inefficacité de l'antibiothérapie dans le traitement des infections, des scientifiques montrent son utilité et le besoin de la soumettre aux critères scientifiques et réglementaires actuelles. Au vu des différents avantages que présente ce médicament (absence d'effets secondaires sinon bénins, pouvoir bactéricide avéré...) s'impose sa nécessaire réhabilitation qui fera d'elle le choix alternatif ou complémentaire fiable à l'antibiothérapie. En Côte d'Ivoire, sa méconnaissance en milieu médical qui n'est cependant pas un refus d'adhésion thérapeutique, demande des actions ciblées par les politiques auprès du personnel soignant et des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. **Astagneau P., Lepoutre A., 2002**, La mortalité attribuable aux infections hospitalières, numéro 38.
- [2]. **Berger Savin M. C. E., 2014**, la phagothérapie : historique et potentielle utilisation contre les infections à bactéries multi-résistantes, thèse pour le doctorat vétérinaire, la faculté de médecine de Créteil, Fac.
- [3]. **Bruynoghe R, Maisin J., 1992**, Essais de thérapeutique au moyen du bactériophage. C R Seances Soc Biol Fil, 85:1120-1.
- [4]. **Blanchet A., 2009**, Des virus pour combattre les infections - la phagothérapie : renouveau d'un traitement au secours des antibiotiques. Favre.
- [5]. **Carricaburu D., l'huilier D., 2009**, Les infections nosocomiales : un risque collectif en cours de normalisation, Vol 27.
- [6]. **Chanishvili N., 2011**, A literature review of the practical application of bacteriophage research, New York: Nova Science Publishers.
- [7]. **Courteault J.R., 2014**, Place de la phagothérapie dans le traitement des infections humaines bactériennes : intérêts, enjeux et limites.
- [8]. **Dublanche A. 2009**, Des virus pour combattre les infections, Edition Favre.

⁵Particulièrement indications posologiques, modes d'administration, durée du traitement, précautions d'emploi, effets secondaires

- [9]. **Dublanchet A., Patey O., 2014**, Nouveaux regards sur la phagothérapie, feuillets de Biologie VOL LV, N° 321, 39-50.
 - [10]. **Dogna M., 2015**, La phagothérapie : chez les Russes, mais pas chez nous, LE JOURNAL N° 20
 - [11]. **Francois S., 1974**, l'hôpital en observation, Edité par A. Colin, vol1, 271 p.
 - [12]. **Gerda, Progrès en dermato-allergologie**, Edité par John LibbeyEurotext, parut le 09 / 2009.
 - [13]. **Hegel**, Qu'est-ce que la phagothérapie, volume 4, numéro 4, Ain Edition.
 - [14]. **Institut maladie infectieuse et immunitaire, 2005**, Le traitement des maladies infectieuses à l'ère post-antibiotique, 10 et 11 mars 2005, Vancouver, Colombie, britannique.
 - [15]. **Institut pour la protection de la santé naturel, 2014**, Le droit de se soigner autrement la phagothérapie : quand les virus guérissent, Carrousel.
 - [16]. **Langlois J.L., 2000**, Les infections nosocomiales et les infections à l'occasion des soins hors de l'hôpital.
 - [17]. **Larché J., 2014**, La phagothérapie, nouvelle arme pour traiter les infections résistantes aux antibiotiques, numéro 2.
 - [18]. **Magali, C., Savin E.B., 2014**, La phagothérapie : historique et potentielle utilisation contre les infections à bactérie multi résistantes.
 - [19]. **Neirinckx P. 2016**, La phagothérapie, une alternative crédible aux antibiotiques, 30 janvier.
 - [20]. **Organisation mondiale de la santé, 2012**, Statistiques sanitaires mondiales, 178 pp.
 - [21]. **Organisation Mondiale de la Santé, 2008**, Prévention des infections nosocomiales 2em édition.
 - [22]. **De BremP.,2007**, Les virus comment s'en faire des alliés, La vie, biologie, génétique, lundi 5 mars.
 - [23]. **Rivasi M., 2013**, Faire revenir la phagothérapie en Europe : Une nécessité pour lutter contre l'antibiorésistance.
 - [24]. **Rovan G., Pedinielli J.L., 2001**, Aspects épistémologiques des méthodes qualitatives en psychologie, Paris, Dunod.
 - [25]. **Pirnay JP, De Vos D, Verbeken G, Merabishvili M, Vanechoutte M, Zizi M, et al. , 2011**,The Phage TherapyParadigm: « Prêt à Porter » or « Sur-mesure »? *Pharmaceutical Research*28(4):934-7.
 - [26]. **VieuJ-F., Guillermet F., MinckR., Nicolle P., 1979**, Données actuelles sur les applications thérapeutiques des bactériophages. *Bull Acad Natl Med*;1(163):61-6.
 - [27]. **Vilneuve J., 2014**, Définition pour la surveillance des infections nosocomiales dans les milieux d'hébergement et de soin de longue durée.
-