

UE : 20

ENSEIGNANT : Didier Tandé

DATE : 30/10/2024

GROUPE : Maxime LEEMANS et Solal GRESSET

REMARQUES : Pas de techniques, le but est de convaincre que c'est important et qu'il faut prendre conscience de ce que va coûter l'antibiorésistance. Ce qui faut retenir c'est éviter au maximum de prescrire ATB quand c'est possible.

La résistance aux antibiotiques

La résistance est un :

- problème d'aujourd'hui
- de demain
- problème de tous (ça concerne aussi les animaux mais il n'en parlera pas)
- un problème mondial : une des 10 plus grandes menaces contre l'humanité selon l'OMS.

On a des rapports du sommet de DAVOS, de l'OCDE, de l'ANSM.

("ça va couter cher en vie et en fric" : réduction du PIB en 2050 = coût de 100 trillions \$)

James Cameron (*premier ministre anglais*) à demander une étude sur l'avenir de la résistance antimicrobienne. Ils ont fait une prévision pour 2050. La résistance antimicrobienne représentait en 2014 : **700 000 personnes**.

En 2019 : **5 millions de personnes** sont mortes à cause de la résistance bactérienne.

En 2050 : **10 millions** de personnes seront victimes de ces résistances.

Les décideurs politiques ne voyaient pas le problème (2050 c'est loin). On se rend compte que beaucoup de gens pensent qu'on a le temps. Fiction ou réalité ? est-ce exagéré ?

Ce problème nous concerne tous : médecin, citoyen...

Qu'est ce qui pourrait éviter d'atteindre ce point critique :

- Il faudrait que l'industrie retrouve un intérêt à fabriquer de nouveaux ATB. Ce scénario est peu probable car ce n'est pas un marché fructifiant.
- Il faudrait trouver des alternatives aux antimicrobiens (les phages (bactériophages), virus de bactéries)

Il est nécessaire que s'opère un changement d'habitudes du côté des praticiens mais aussi de la population.

La résistance arrive très vite après la découverte de l'ATB (quelques années en moyenne). Les premières résistances existaient déjà avant la mise sur le marché de la pénicilline.

Un exemple : Quand on met des prothèses, on fait une prophylaxie, pour éviter une infection per-opératoire. Si les ATB ne fonctionnent plus, au lieu d'avoir 2% de chances d'être infecté, le risque serait de 40-50%, dont 30% décèderaient de leur infection. Personne ne souhaitera se faire opérer dans ce genre de situation.

De même, si les immunodéprimés s'infectent (ce qui finira forcément par arriver) si on ne peut pas les traiter, ça entraînera des décès.

Ce n'est pas un phénomène marginal, on est tous concerné.

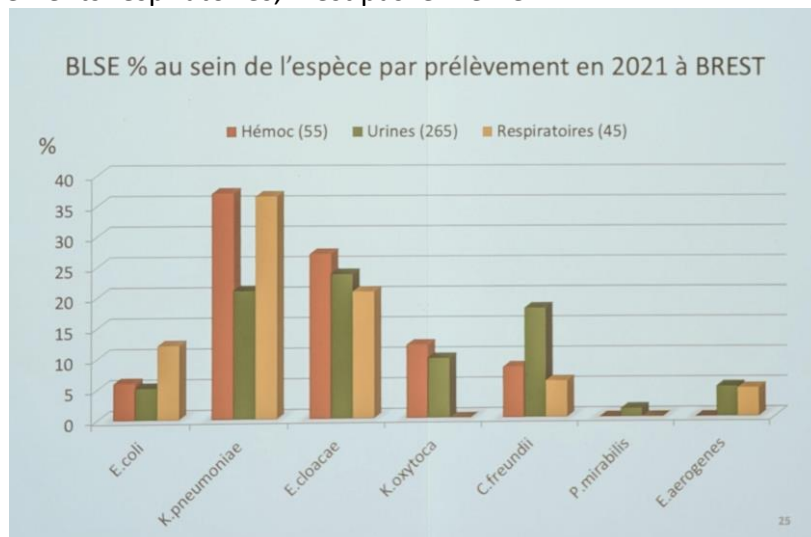
E.coli :

- 5-10% de résistance aux C3G, 10-20% aux Fluoroquinolones de nos jours en France car il était prescrit sans réflexion.
- Au niveau européen, autour de 8% en France, 50% pays de l'Est (Russie, Turquie), 23% en Italie/Grèce de résistance aux C3G. Et 54% de résistance aux Fluoroquinolones en Russie, 32 % en Italie/Grèce.

Klebsiella (nosocomiales) : 25% de résistance aux C3G en France, 50% en Italie, 80% en Grèce, il ne reste dans ces cas plus que les carbapénèmes (= bombes atomiques des ATB) mais de la même façon on commence à observer des résistances chez ces ATB aussi.

Depuis 2005 à Brest, la résistance a augmenté jusqu'en 2015, comme en France. La situation s'est dégradée, de nos jours on arrive plutôt à un plateau.

Selon les espèces bactériennes, le taux de résistance dans les hémocultures, les cultures ou dans les prélèvements respiratoires, n'est pas le même.



35% de résistance à BLSE pour K.pneumoniae en respi/hémocs de nos jours.

En Inde (là où sont produits les ATB) la résistance est édifiante (80% de résistance pour E.coli car relarguer dans la nature).

Les **SARM** diminuent en France car des mesures hygiéniques sont mises en place, SHA (Solutions hydro alcoolique), font chuter la courbe.

Par contre en parallèle, la courbe des BLSE a augmenté. *Ce n'est pas qu'hospitalier en France, on est passé de 30 à 10-15% en 20 ans*

Du côté européen les SARM représentent :

- 35% des bactérie en Italie,
- 2% en Suède.

On peut diminuer si l'hygiène est très bien appliquée. Mais la résistance évolue aussi bien en milieu hospitalier qu'en ville. Il faut faire quelque chose.

Une impasse thérapeutique, ça existe à Brest (en août) un antibiogramme s'est révélé résistant à tous les ATB testés. On ne peut pas traiter, on bidouille avec des ATB pas efficaces, toxiques... Dans certains services y'a des épidémies, on ne sait pas quoi faire.

Les Carbapénèmes (le mieux pendant longtemps) :

Résistance de 1% en France, 66% en Russie, 26% en Italie 74% en Grèce. C'est le traitement en dernière intention, ça va entraîner des décès.

Depuis les années 2000, le nombre de carbapénémases a augmenté (au début qu'avec les voyages, mais maintenant le nombre d'épisodes sans lien avec l'étranger (en maison de retraite...)). Donc cette résistance s'installe chez nous et donc peut se multiplier.

En Inde, l'industrie produit des médicaments, les déchets de l'industrie relargués dans la nature expliquent le pourcentage de résistances astronomiques.

Le Plan antibiotiques en 2000 (visant à encourager les médecins à moins prescrire), on a réussi à diminuer l'utilisation d'ATB et donc on prévient les résistances.

La vaccination a aussi son intérêt et sa démocratisation a aussi permis de limiter l'apparition de nouvelles résistances.

Le problème de la consommation d'ATB reste majeur !! Le lien avec la résistance est démontré. Ce n'est pas qu'au niveau hospitalier (avant en ville les gens disaient " on n'a pas ces problèmes là"). De nos jours, c'est faux.

Nous faisons face à des changements sociétaux, les **ILS (infections liées aux soins)** sont en augmentation dans les HAD (hospitalisation à domicile)

Les sorties sont plus rapides, des structures hospitalières vers la ville (on les envoie avec leurs bactéries).

Plus de 90% de la conso d'ATB se fait en ville, la France est au 4ème rang européen au niveau de la conso d'ATB. En prescription par 1000 habitants, la courbe a diminué mais très peu.

Toutes les prescriptions d'ATB. Même la plus justifiée s'accompagne d'une augmentation de la résistance.

Il y a donc une **nécessité "absolue"** de limiter les prescriptions inappropriées/inadaptées. La pression de sélection est normale. Si on sous-prescrit en ATB ou que l'on fait une erreur de diagnostic, on augmente la résistance.

On augmente les résistances si on traite trop longtemps, si on ne met pas les bonnes doses...

Les sociétés savantes donnent des durées exactes d'utilisation des ATB et plus des fourchettes, car si on donne une fourchette, on a tendance à mettre la durée la plus longue.

Épidémie : Sans accuser, y'a sûrement une faille, de l'hygiène déficience. Il faut accepter les règles d'hygiène. *Si on dit laver les mains 100 fois, il ne faut pas juste faire 80 fois.*

Après la mise en place d'un traitement on doit le réévaluer après 48-72H après ++++.

Elle n'a eu lieu que dans 50% des cas en 2019 à Brest (hôpital).

On consomme le plus d'ATB en ORL et en pneumologie or souvent c'est viral, donc c'est mauvaise utilisation.

C'est quoi le problème ? (Constats de 2013)

- 28,3% des patients français ont été traités par antibiotique.
- Entre 30 et 50% des antibiothérapies sont prescrites inutilement en France,
- Notamment pour le traitement d'infections des voies aériennes principalement d'origine virale ~ rhinopharyngites, angines, sinusites, otites, bronchites.
- Pourtant, il existe des tests de diagnostic rapide, mais ceux-ci sont trop peu utilisés, seulement 30% des médecins généralistes déclarant utiliser les TROD dans l'angine.
- Ces traitements sont par ailleurs souvent prolongés, sans être réévalués.
- Certains lieux de vie, EHPAD, sont propices à la prescription d'antibiotiques inutiles pour des colonisations urinaires sans signes cliniques et des bronchites.

Une composante à ne pas négliger : **les voyages ++**

Les transmissions liées aux voyages représentaient 40% des cas en 2018 des BHRé dans le cadre de rapatriement sanitaire.

Au retour de vacances, 50% des touristes en Afrique, 75% en Asie reviennent avec des BHRé.

En général : 90% se décolonisent en 3 mois, mais 10% reste colonisé à 1 an le sont toujours.

Il est recommandé de repérer et dépister les gens qui ont été hospitalisés à l'étranger, car comme ça on peut les isoler si besoin, désormais même ceux ayant séjourné à l'étranger dans les 3 mois.

Les facteurs pouvant influencer la prescription des médecins sont :

- l'anxiété : peur de rater (le "juste au cas où")
- quand on s'occupe d'un patient qui n'est pas le sien et qui décline.
- La vision des BMR est
 - une vue théorique pour beaucoup
 - un problème "plus général" de santé publique
 - n'a rien à voir avec l'échelle du ttt de "mon patient"

Les déterminants derrière la prescription des ATB sont de plusieurs types :

- les situations liées au patient
- les situations liées au médecin
- les situations liés au contexte psychosocial
- les situations liées au contexte d'exercice.

Comment progresser, quelques pistes :

- Formation initiale et continue (un ATB d'aujourd'hui ne fonctionnera pas forcément dans 50 ans, donc besoin de continuer d'apprendre).
- Changement de comportement vis à vis de l'utilisation des ATB.
- Aide confraternelle (Équipes mobiles d'infectiologie, CRAtb), ne pas hésiter à demander de l'aide
- Fournir des diagnostics rapides (Minimiser le temps de diagnostic en laboratoire +++)
- Respect de l'hygiène
- Vaccinations (respect des vaccinations, moins d'infections, donc moins d'ATB...)

Ordonnance de non prescription : ce n'est pas imposé mais pourrait représenter une solution pour favoriser l'acceptation des patients.

Ca fait plus sérieux car on justifie pourquoi on ne donne pas d'ATB en expliquant (infection virale, ça va durer tant de temps et voilà).

Messages à retenir :

- La résistance augmente
- En avoir conscience (au niveau local et global)

Vous avez un rôle à jouer :

- meilleure utilisation d'ATB,
- amélioration et respect règles d'hygiène,
- connaissance et respect des consensus