

Conclusion :

Les données multicentriques actualisées de la surveillance des résistances bactériennes aux antibiotiques instaurée depuis 1999, montrent que globalement les taux de résistance aux antibiotiques augmentent régulièrement. Ces taux sont encore plus élevés dans les infections systémiques, particulièrement les bactériémies. Comme il a été toujours le cas, ce sont les bacilles à Gram négatif (BGN) multirésistants qui sont problématiques dans les différents centres participants. En effet, les souches de *K. pneumoniae* résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération, continuent à augmenter pour atteindre des taux alarmants (près de 50%). Cette résistance est également en hausse chez *E. coli*, l'espèce la plus fréquemment isolée, justifiant une surveillance particulière aussi bien à l'hôpital que dans la communauté du fait de la diffusion épidémique de ces souches, de la circulation des patients et de la menace de diffusion à d'autres espèces bactériennes des gènes de résistance impliqués. Nous assistons également ces dernières années à l'émergence et à la diffusion dans nos hôpitaux de souches d'entérobactéries productrices de carbapénémases, mécanisme particulièrement décrit chez

les BGN non fermentaires, *P. aeruginosa* et *A. baumannii*. Ceci doit faire tirer la sonnette d'alarme et établir un programme national de maîtrise de ces résistances au risque de nous mener à une impasse thérapeutique.

La résistance aux carbapénèmes est très préoccupante chez *P. aeruginosa* et *A. baumannii*, notamment dans les services de réanimation où les taux de résistance à l'imipénème sont alarmants (respectivement 53% et 84%). Le recours de plus en plus fréquent à la prescription de la colistine, qui reste parfois la seule molécule active sur ces souches, a eu comme conséquence l'émergence à Sfax de souches d'entérobactéries résistantes à la colistine, mais également d'une souche de *P. aeruginosa* pan-résistante aux antibiotiques. La diffusion de telles souches, loin d'être invraisemblable, constituerait une vraie menace pour la santé en nous ramenant à l'ère pré-antibiotique. Ces BMR en évolution croissante sont le reflet dans nos hôpitaux de l'insuffisance de l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales et en particulier d'un programme de prévention de la transmission croisée. Par ailleurs ces BMR, en raison de leur fréquence élevée et de leur potentiel pathogène, présentent un risque de plus en plus important de diffusion en dehors de l'hôpital.

C'est ainsi que l'on commence à voir apparaître des infections à BMR en milieu communautaire (infections à SARM, infections urinaires à *K. pneumoniae* et *E. coli* productrices de BLSE). La multirésistance concerne aussi les bactéries responsables d'infections communautaires comme *S. pneumoniae* et *H. influenzae* dont les fréquences de résistance aux β -lactamines sont parmi les plus élevées. Ceci doit inciter à la rationalisation de la prescription des antibiotiques non seulement auprès des praticiens de ville et de l'ensemble des acteurs de soins, pour une utilisation parcimonieuse de la ressource à leur disposition mais également auprès des patients et de la population générale pour une prise de conscience des conséquences graves de l'usage abusif des antibiotiques sur la collectivité.

La lutte contre les BMR aussi bien à l'hôpital qu'en ville doit être une priorité nationale qui implique tous les professionnels de santé et faire partie des indicateurs de la qualité de soins. La mise en place d'un observatoire national des résistances bactériennes permettra de mieux coordonner les efforts et définir un programme national de prévention adapté à nos données épidémiologiques.