

MISCELLANÉES ANTIBIOTIQUES, HÉPATIQUES NON ALCOOLIQUES, TABAGIQUES ET ÉTHIQUES

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Nouvelle alerte planétaire sur l'antibiorésistance

Les résistances bactériennes aux antibiotiques ne cessent de progresser. Ce phénomène est aujourd'hui observé à la fois dans les pays à faible et à fort revenus mais avec de fortes disparités, vient d'annoncer l'Organisation mondiale de la santé, dans le premier rapport du GLASS (Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens).¹ Adopté en 2015, ce système vise à une approche standardisée de la collecte, de l'analyse et de la communication des données sur la résistance aux antimicrobiens.

«Il a pour but de regrouper les données cliniques, épidémiologiques et de laboratoire sur les agents pathogènes représentant les plus grandes menaces pour la santé dans le monde, souligne l'OMS.² Le manuel du GLASS décrit en détail la démarche proposée pour mettre en œuvre à un stade précoce ce système de surveillance qui se focalisera sur les bactéries résistantes aux antibiotiques». A noter que la tuberculose, l'infection à VIH et le paludisme (également concernés par le phénomène de résistance) n'ont pas été intégrés dans GLASS, car faisant l'objet de surveillances spécifiques. Pour ce premier rapport, 40 des 52 pays participant à ce système (25 à haut revenu, 20 à revenu moyen et 7 à faible revenu) ont fourni des données de surveillance nationale. Toutefois seuls 22 ont fourni des données renseignant le niveau d'antibiorésistance. Sur cette base, l'OMS évalue aujourd'hui à 500 000 le nombre de personnes ayant présenté une infection bactérienne antibiorésistante en

2016-2017. Les infections présentant le plus de résistances étaient dues aux germes les plus fréquemment retrouvés: *Escherichia coli*, *Klebsellia pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* (17 des 22 pays sont concernés) et *Salmonella spp.* (15 pays). Les taux de patients, porteurs d'un germe résistant à au moins un antibiotique habituel, varient grandement selon les pays: de 0 à 51% pour la pénicilline; 8 à 65% des infections urinaires à *E. coli* étaient résistantes à la ciprofloxacine.

L'OMS estime que la mise en place de GLASS (qui reste à améliorer) s'est déjà traduite par des améliorations de systèmes de surveillance d'antibiorésistance au Kenya, en Tunisie, en Corée du Sud ou encore en Afghanistan ou au Cambodge.

Plaidoyer pour dépister les NASH

Les organisateurs de la Paris Hepatology Conférence qui s'est tenue les 15 et 16 janvier à Paris, ont plaidé pour un dépistage à grande échelle des maladies chroniques du foie par le biais du dosage des transaminases. Avec, en ligne de mire, la prévalence croissante des stéatoses hépatiques non alcooliques – pathologie encore mal connue qui toucherait désormais plusieurs dizaines de millions de personnes en Europe. Rappelons que la stéatopathie non alcoolique (*non alcoholic fatty liver disease*, NAFLD) se caractérise par une accumulation anormale de graisse intrahépatique en l'absence de consommation excessive d'alcool. La NAFLD inclut la stéatose dite simple, la forme inflammatoire ou stéatohépatite (*non alcoholic*

steatohepatitis, NASH), la fibrose débutante ou extensive, la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.³

En France, les spécialistes estiment entre un et deux millions le nombre des personnes directement concernées et dont l'état va vers une cirrhose et possiblement un cancer. «Ce

chiffre est sûrement sous-estimé» estime le Pr Marcellin (Hôpital Beaujon, AP-HP) pour qui il faut alerter au plus vite les

pouvoirs publics. «La NASH rassemble tous les critères de l'OMS pour en faire une maladie à dépister, a-t-il expliqué au *Quotidien du Médecin*. C'est une pathologie silencieuse, avec une mortalité et une morbidité importantes. Il existe de plus une prise en charge efficace si elle est précoce. Les transaminases doivent figurer dans les tests de routine, et un niveau même un peu élevé doit déclencher un signal d'alarme chez les médecins généralistes.»

«Le dosage des transaminases a toutes les caractéristiques pour être utilisé dans un dépistage de masse, sa sensibilité supérieure à 75%, son taux de faux positifs est inférieur à 10%. Il est simple, fiable, rapide et peu coûteux», souligne pour sa part le Dr Lawrence Serfaty (Hôpital Saint-Antoine, AP-HP).

En 2012, une enquête menée chez 352 gastroentérologues français⁴ avait montré que plus de 90% des patients chez qui une NASH était diagnostiquée leur avaient été adressés à la suite d'un ensemble de signaux parmi lesquels un taux élevé de transaminases. Le Dr Serfaty s'attend à «un bouleversement des typologies de maladies chroniques du foie dans les années à venir». Alors qu'actuel-

lement un tiers des pathologies hépatiques chroniques sont d'origine non virale, les NASH représentant 10% du total, les maladies du foie d'origine non virale représenteront selon lui la moitié des pathologies chroniques hépatites, et les NASH 25%. «La prévalence de la NASH suit celle de l'obésité, analyse le Dr Serfaty. Bien que l'on ait aussi des NASH chez des patients non obèses: un patient qui se gave de soda, de fructose et de graisses saturées peut développer la maladie sans être obèse.»

Conflit d'intérêt massif à la tête des CDC

On peine à imaginer l'équivalent en France ou en Suisse. Soit l'histoire américaine, aux frontières du vraisemblable, de Brenda Fitzgerald, 71 ans, bardée de diplômes, ayant gravi tous les échelons, que l'on croyait au-dessus de tout soupçon. Et qui ne l'était pas. Brenda Fitzgerald qui ne sera restée que sept mois à la tête des puissants Centers for Disease Control and Prevention (CDC). On lira tous les détails de cette invraisemblable affaire dans *The New York Times*⁵ et sur le site de *Medscape*.⁶ On lit. On réfléchit. Imaginer l'équivalent en France? Outre-Atlantique, ce scandale est la conséquence des révélations du magazine *Politico* sur les liens d'intérêts récurrents de Mme Fitzgerald avec les industries du tabac, de la pharmacie et de l'industrie agroalimentaire. Brenda Fitzgerald aurait acheté, pendant son mandat, pour des dizaines de milliers de dollars d'actions de Japan Tobacco, Merck & Co, Bayer, Humana et US Food Holding Co. Les journalistes de *Politico*, Sarah Karlin-Smith et Brianna Ehley précisent qu'au moment de sa nomination par l'administration Trump, le Dr Fitzgerald détenait déjà des actions de cinq grands cigarettiers Reynolds American, British American Tobacco, Imperial Brands, Philip Morris

International et Altria Group Inc. «Il s'agit d'une certaine forme d'inconscience pour un directeur des Centers for Disease Control and Prevention d'acheter des actions à un industriel du tabac un mois après être entré en fonction comme haut représen-

tant de la santé publique de la nation», explique le Dr Peter G Lurie, Président du Center for Science in the Public Interest. Simple inconscience ou esprit de lucre?

- 1 Global antimicrobial resistance surveillance system (GLASS) report Early implementation 2016-2017. OMS, 29 janvier 2018.
- 2 Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS). OMS, 2018.
- 3 Spahr L, Goosens N. La stéatopathie non alcoolique. Rev Med Suisse 2017;13:215-6.
- 4 Ratziu V, Cadranel JF, Serfaty L, et al. A survey of patterns of practice and

perception of NAFLD in a large sample of practicing gastroenterologists in France. J Hepatol 2012;57:376-83.

- 5 Dr. Brenda Fitzgerald, C.D.C. Director, Resigns over tobacco and other investments. The New York Times, 31 janvier 2018.
- 6 La directrice des CDC, prise la main dans le sac, démissionne. Medscape, 2 février 2018.

REVUE DE PRESSE

Aux HUG, une fondation ouvre un vaste centre high-tech de formation en chirurgie

Ils sont une quarantaine à s'affairer derrière leur masque, noyés dans leur robe stérile bleue. (...).

Les médecins sont répartis autour de huit tables d'opération, face à huit tronçons de jambes. Ils participent à un cours de chirurgie dans l'espace de la Fondation suisse pour l'innovation et la formation en chirurgie (SFITS). Créé en collaboration avec les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), il est installé dans leur nouveau bâtiment rue Gabrielle-Perret-Gentil 4.

Ce centre 5 étoiles qui dispose de matériel dernier cri sur 2000 m² n'a que peu d'équivalents en Europe. Ouvert depuis le mois de septembre, il est destiné au perfectionnement de tout professionnel qui pratique des interventions chirurgicales. Il n'a même pas encore été inauguré et pourtant son planning de réservations affiche complet jusqu'en octobre...

Des médecins, des sociétés scientifiques ou encore des industries peuvent louer ces infrastructures. «Les collaborateurs des HUG peuvent généralement bénéficier du fond formation de l'Hôpital, détaille le professeur Pierre Hoffmeyer, président de la SFITS. Nous recevons également des apports de sponsors externes, comme un fabricant de prothèses.» Ce vendredi-là, la quarantaine de médecins assiste à une formation organisée par la Société européenne d'orthopédie pédiatrique (EPOS). «Notre objectif est que le niveau d'orthopédie puisse être correct dans toute l'Europe, qu'il y ait un échange de compétences entre les médecins des HUG et les

médecins étrangers», explique le professeur Pierre Lascombes, médecin-chef du Service d'orthopédie pédiatrique et responsable du cours.

La formation a débuté la veille, avec de la théorie et des exercices pratiques sur deux simulateurs dernier cri. Des membres en silicone et des outils connectés permettent d'attraper sur écran des morceaux de cartilages virtuels. «Peu de centres possèdent déjà ces machines», relève le professeur. (...)

Aurélié Toninato

*La Tribune de Genève
du 16 février 2018*

Quel rôle pour les infirmières cliniciennes spécialisées?

Avant, l'usage voulait que les détenus des prisons vaudoises, présentant des troubles psychiatriques, soient placés de longues heures dans des cellules médicales lorsqu'ils entraient en crise. (...)

Aujourd'hui, on travaille plutôt sur la capacité du détenu à identifier les facteurs qui provoquent ses crises et à les anticiper. On ne l'enferme qu'en dernier recours. Et ça marche!

«Cela redonne une responsabilité au patient, ce qui est important en milieu carcéral où il est privé d'autonomie. Et les soins prennent du sens», explique Céline Neri, infirmière clinicienne spécialisée au Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Son rôle: développer de meilleures pratiques, en se basant sur la recherche et la réalité du terrain, pour soutenir le travail du personnel infirmier et améliorer la

qualité des soins.

La Vaudoise fait partie de cette nouvelle génération d'infirmières, titulaires d'un master universitaire ou d'un doctorat, appelée à révolutionner la profession. «Elles sont les infirmières de demain», affirme Philippe Longchamp, coauteur d'une étude, publiée fin janvier, sur les infirmières romandes. «Avec leur profil scientifico-managérial, elles apportent davantage d'efficacité au niveau de la prise en charge du patient, dans un contexte d'accélération des soins, de raccourcissement des séjours hospitaliers et de manque de personnel», poursuit le sociologue de la Haute Ecole de santé Vaud (HESAV).

Ces infirmières dites cliniciennes spécialisées (ICLS) œuvrent en Amérique du Nord depuis 60 ans, mais en Suisse, elles sont relativement nouvelles. La première formation de degré master a été introduite à Bâle, en 2000. En Suisse romande, il a fallu attendre la création de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins de Lausanne en 2009.

Mais aussi prometteuses qu'elles soient, ces nouvelles infirmières peinent à se faire une place sur le marché du travail. «Presque toutes nous ont dit que certaines institu-

tions ne leur réservaient pas encore de place spécifique qui leur permettrait de mettre à profit leurs compétences. Elles se retrouvent parfois en conflit avec les cadres qui ont un rôle de gestion des équipes et les infirmières qu'elles sont chargées de former aux nouvelles pratiques», constate Kevin Toffel, coauteur de l'étude de l'HESAV. Selon lui, les établissements doivent faire un effort. Sans quoi, elles risquent de se cantonner à la recherche pure et à l'enseignement.

Pourquoi ces ressentiments? «Notre rôle peut être ressenti comme confrontant par nos collègues qui craignent au début que nous remettions en cause leur façon de travailler», explique Valérie Baud Mermoud, ICLS en gériatrie à la Fondation Saphir. «Notre intégration n'est pas simple, abonde Céline Neri. Mais c'est surtout dû à la méconnaissance. Car, en réalité, nous nous mettons au service de nos collègues. En général, ils sont preneurs des nouveaux outils que nous leur proposons, car cela les autonomise et les valorise au sein de l'institution.»

Christine Wullemin

*Le Courrier/La Liberté
du 15 février 2018*

Centre-ville de Bulle

Dans immeuble à vocation médicale, avec un cabinet de groupe déjà présent

Surface de 90 m² disponible de suite à transformer selon les besoins jusqu'à 190 m² pour un nouveau cabinet médical

Pour information:

Christian Chassot, pharmacien
christian.chassot@dubascentre.ch
026 919.88.66