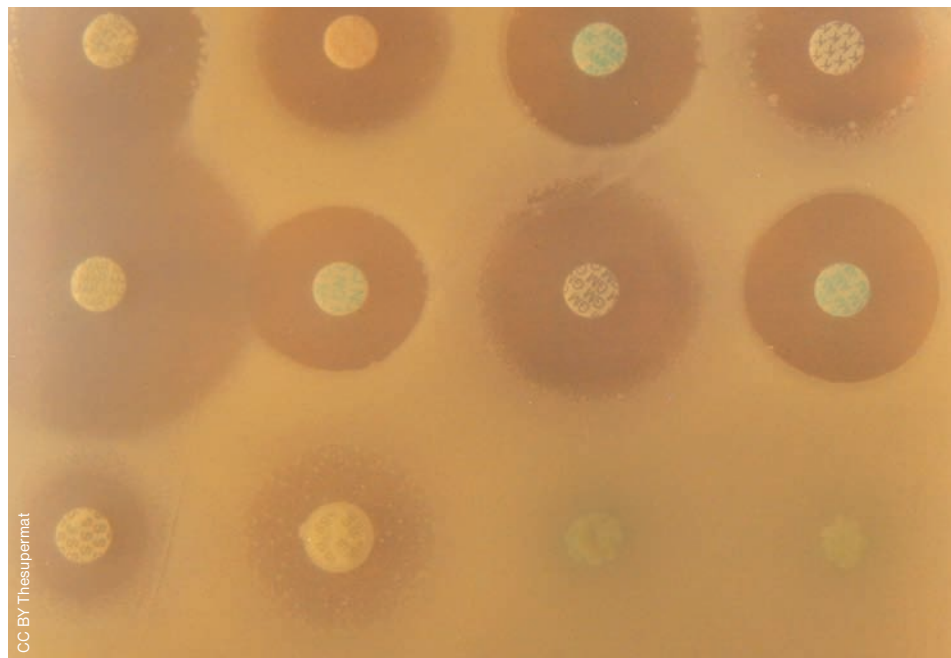


Lutter contre l'antibiorésistance est désormais une urgence médicale et politique

«Aujourd'hui, la résistance bactérienne aux antibiotiques est un grave problème de santé publique mondial qui progresse très rapidement. Malgré la mobilisation de l'Organisation mondiale de la santé, le nombre de victimes (mortalité, morbidité) ne cesse d'augmenter, avec des prévisions de plus en plus pessimistes. Face à l'urgence de trouver de nouvelles thérapies, de préserver les antibiotiques existants et de limiter la progression des résistances dans l'environne-

ment, de nombreux pays ont récemment lancé des plans ambitieux, en particulier les Etats-Unis et le Royaume-Uni. En France, chaque année, plus de 150 000 patients développent une infection liée à une bactérie multirésistante, et plus de 12 500 personnes en meurent. Au coût humain s'ajoute un coût économique considérable, porté notamment par la surconsommation française d'antibiotiques. Mauvais élève européen, la France dépense entre 71 millions (par rapport à la moyenne européenne) et 441 millions d'euros (par rapport à la moyenne des pays les plus vertueux) de plus que ses voisins en antibiothérapie en ville.»



ment, de nombreux pays ont récemment lancé des plans ambitieux, en particulier les Etats-Unis et le Royaume-Uni. En France, chaque année, plus de 150 000 patients développent une infection liée à une bactérie multirésistante, et plus de 12 500 personnes en meurent. Au coût humain s'ajoute un coût économique considérable, porté notamment par la surconsommation française d'antibiotiques. Mauvais élève européen, la France dépense entre 71 millions (par rapport à la moyenne européenne) et 441 millions d'euros (par rapport à la moyenne des pays les plus vertueux) de plus que ses voisins en antibiothérapie en ville.»

Ainsi commence un rapport officiel qui vient d'être remis à la ministre française de la Santé. Il est signé du Dr Jean Carlet, président de l'Alliance mondiale contre la résistance aux antibiotiques.¹ Son auteur ajoute aussitôt que la lutte contre la résistance bac-

térienne ne peut plus se limiter uniquement à l'indispensable *évolution vertueuse* des prescriptions des professionnels de santé. Cette lutte est (aussi et surtout) une question politique. C'est qu'à la surconsommation en médecine humaine et animale (dans des usages non sanitaires comme dans l'élevage intensif) s'ajoutent aujourd'hui des effets écologiques liés à la dispersion de résidus d'antibiotiques dans l'environnement. «La pollution des différents réservoirs de vie par les

activités humaines (anti-infectieux, métaux lourds, intrants agricoles chimiques, etc.) favorise la sélection des résistances dans les milieux naturels agressés, explique le Dr Carlet. Par ailleurs, il est important de ne pas restreindre les réflexions sur l'antibiorésistance uniquement à l'utilisation des antibiotiques. L'utilisation immodérée des désinfectants et biocides, y compris par les particuliers, pourrait participer à la sélection croisée des résistances.»

Il faut en outre replacer ces données dans un contexte industriel. Les firmes pharmaceutiques sont dans une situation dont le paradoxe est redoutable: les antibiotiques sont des produits de haute technologie mais leur prix est peu élevé et leur utilisation doit être limitée. En d'autres termes, investir dans l'innovation antibactérienne n'est plus rentable. Dès lors, progresser dans ce domaine impose de trouver de nouveaux modèles

médico-économiques assurant des retours sur investissements suffisants pour aider au développement de nouveaux produits qui permettront de lutter contre l'antibiorésistance.

Le rapport du Dr Jean Carlet a été rédigé au terme de rencontres avec plus d'une centaine de personnalités venues d'horizons divers: professionnels de santé, chercheurs, universitaires, membres d'associations de patients, représentants de l'industrie pharmaceutique et de biotechnologie, ainsi que les agences sanitaires et les différents services administratifs. Il propose des idées concrètes visant à changer de paradigme et à réduire la consommation d'antibiotiques française de 25%. Ces propositions valent, dans les grandes lignes, pour d'autres pays comparables à la France. Elles s'articulent autour de quatre axes majeurs pour parvenir à limiter l'émergence et la dissémination des résistances bactériennes.

L'urgence est ici d'approfondir les recherches, en particulier de nouveaux produits luttant contre l'antibiorésistance; de mieux suivre l'évolution globale du phénomène via des indicateurs normalisés et partagés; d'améliorer l'usage des antibiotiques; d'accroître la sensibilisation des populations au bon usage des antibiotiques. Il faut associer les pouvoirs publics et les acteurs de la santé publique, de l'environnement et de l'industrie.

Pour le président de l'Alliance mondiale contre la résistance aux antibiotiques, il est clair que sans la mise en place effective de quelques «mesures phares», la situation ne pourra que se dégrader. Et ces mesures sont pour beaucoup de nature politique. Il s'agit notamment d'améliorer la qualité des prescriptions d'antibiotiques et le niveau général de connaissances sur les phénomènes de résistance, mais aussi de soutenir les actions citoyennes et privées en faveur de la lutte contre la résistance bactérienne. Au-delà de ce rapport, il faut ici entendre un appel: «Si rien ne change rapidement, la résistance bactérienne paralysera notre système de santé, encore fondé sur le "miracle des antibiotiques". N'attendons donc pas une aggravation brutale de la situation pour agir. Il est temps de mobiliser l'ensemble de la société si nous ne voulons pas revenir vers un monde sans antibiotiques. Sachons réduire drastiquement le coût humain et économique de l'antibiorésistance en faisant converger les efforts: donnons-nous cinq ans pour changer de paradigme!»

Un passage du rapport donne la mesure de l'actualité du sujet. Il rappelle que ce sont les entérobactéries qui sont les causes les

plus fréquentes d'infections communautaires et nosocomiales. Ces dernières sont généralement traitées par des antibiotiques de la famille des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines à large spectre, carbapénèmes). Mais depuis une dizaine d'années, les entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) se propagent rapidement, en ville et à l'hôpital, en particulier chez *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae*. Aujourd'hui, 10% des *Escherichia coli* et plus de 30% des *Klebsiella pneumoniae* sont résistants aux céphalosporines de troisième génération (C3G).

«Concrètement, sur dix patients infectés par ces agents infectieux contractés à leur domicile ou dans un lieu de soins, entre un et trois ne pourront être soignés au moyen des thérapies classiques à la disposition du personnel soignant de ville, précise le Dr Carlet. Pour traiter ces infections, il est parfois nécessaire d'hospitaliser des malades afin qu'ils reçoivent des carbapénèmes, une classe d'antibiotiques exclusivement intraveineux. Cependant, les carbapénèmes ne sont pas une solution viable à long terme, puisqu'ils devraient être réservés uniquement aux infections liées à des bactéries nosocomiales, particulièrement résistantes aux antibiotiques communs. En effet, ils participent fortement à l'émergence de résistances en milieu hospitalier. Fort logiquement, il est désormais possible d'observer des bactéries résistantes aux carbapénèmes, notamment des *Klebsiella*. Si ce phénomène est encore relativement limité en France, il progresse très rapidement en particulier en Grèce, en Italie, au Moyen-Orient, en Inde, en Asie et en Afrique du Nord. Le risque d'importer des cas de bactéries hautement résistantes (BHR), voire "totorésistantes", par des patients ou des touristes pourrait amener le système de santé français à ne plus pouvoir traiter un certain nombre de malades. L'augmentation du nombre de bactéries résistantes pourrait modifier dangereusement et durablement l'équilibre de la flore bactérienne environnementale. En l'absence d'un arsenal thérapeutique adapté, les coûts humains et financiers seront alors catastrophiques.»

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

1 Alliance mondiale contre la résistance aux antibiotiques (WAAAR): www.waar.org/. Intitulé «Tous ensemble, sauvons les antibiotiques», ce rapport est disponible à cette adresse: www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf

carte blanche



Michèle Gennart
Dr Phil. psychologue-
psychothérapeute FSP
Avenue Druey 1
1018 Lausanne
gennart@bluewin.ch

«Etat limite inférieur»

Je suis un peu stressée ; nous allons bientôt devoir communiquer à une patiente les résultats d'une expertise multidisciplinaire mandatée par l'AI dont les résultats nous sont parvenus. Le médecin traitant se chargera de l'expertise rhumatologique dont les diagnostics sont assez convergents aux siens ; la patiente a souffert d'un hallux valgus bilatéral, opéré mais suivi de douleurs progressivement envahissantes. J'ai plus de peine en ce qui concerne l'expertise psychiatrique. Pour les quatre diagnostics de l'axe I du DSM-IV-TR, passe encore ; je devrais m'en sortir pour expliquer à notre patiente de quoi il retourne ; et elle ne se préoccupera pas des questions de compatibilité... Je suis plus embarrassée avec l'axe II : «*personnalité de type état limite inférieur*». Comment vais-je donc bien pouvoir lui transmettre ce diagnostic ? Je cherche une inspiration dans le DSM-IV-TR pour voir en quels termes ce trouble pourrait se décrire ; j'ai beau parcourir la multitude des syndromes, il n'y figure pas. Je relis une deuxième fois l'expertise ; ne s'agirait-il pas par hasard d'un état limite des membres inférieurs ? Non, décidément pas. Il s'agit bien de la «*personnalité*», et donc inmanquablement, de la personne...

Notre patiente, Suisse de 42 ans, sévèrement négligée et maltraitée durant toute sa jeunesse, présente une estime de soi plus que précaire. Il suffit de peu pour qu'elle succombe à des sentiments de dévalorisation. Son vécu de révolte et d'injustice est prompt à se réveiller. Elle n'a pas pu accomplir de formation professionnelle en raison d'un parcours scolaire forcément entamé par les maltraitements. Elle souhaitait, pour se relever d'une crise professionnelle et anxio-dépressive marquée, pouvoir enfin bénéficier de quatre à six mois de formation qui lui auraient permis de travailler

dans des conditions plus gratifiantes que celles dans lesquelles elle avait décompensé. Son médecin traitant et moi-même la soutenions sur cette voie. Elle avait débuté un processus de réinsertion qui la réjouissait beaucoup. La mesure d'intervention précoce avait été interrompue, semble-t-il, après qu'un trouble somatoforme douloureux ait été suspecté. Une expertise a été exigée. Plus d'une année a passé – année d'attente, de doute, de rumination pour notre patiente. Années d'indemnités versées par la RI. Toujours pas de décision de l'AI. Mais nous sommes pessimistes ; l'expertise psychiatrique conclut à la non-indication d'une formation professionnelle, à une pleine capacité de travail, malgré quatre à cinq troubles psychiques – dont ce fameux «*état limite inférieur*» – que nous allons devoir transmettre à notre patiente.

Nous nous étions interrogés dernièrement sur l'impact clinique des diagnostics psychiatriques¹ – dans le sillage d'une réflexion du subtil psychopathologue Minkowski. «*Nos notions psychiatriques, affirmait celui-ci, peuvent avoir d'elles-mêmes, c'est-à-dire en dehors de toute mesure médicale au sens strict du terme (...), une portée curative.*»² C'était dire aussi qu'elles peuvent comporter, en soi, un impact nocif. Notre interrogation avait surgi autour du diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Je crains que nous n'ayons pas fini de nous interroger... sur l'impact de nos diagnostics, comme sur les implications – économiques, médicales, éthiques – de l'alternative entre parcours d'expertise et intervention précoce, peut-être moins éclairée, mais aussi moins à risque de iatrogénie.

1 Gennart M, Vannotti M. Le risque d'humiliation diagnostique, in: Douleurs: Evaluation - Diagnostic - Traitement 2015;16:172-8.

2 Minkowski E. Traité de psychopathologie (1966). Paris: Institut Synthélabo, 1999:105.



CC BY Bidjee