

## **Que sait-on de la résistance aux antibiotiques des infections bactériennes en ville ?**

Hélène Aubry-Damon, *INVS, Département des Maladies Infectieuses*

### **Contexte**

La résistance aux antibiotiques progresse en ville du fait de la pression de sélection antibiotique importante et de la transmission secondaire de souches résistantes et pourrait conduire dans certaines pathologies à des impasses thérapeutiques. Afin de définir ces menaces et alerter les pouvoirs publics, l'InVS anime et coordonne plusieurs systèmes de surveillance : la déclaration obligatoire et des réseaux de surveillance volontaires. Dans ce "Réseau National de Santé Publique", les Centres Nationaux de Référence jouent un rôle important et sont d'indispensables observatoires de la résistance aux antibiotiques en fonction des espèces bactériennes intéressées.

### **Objectifs**

Connaître les caractéristiques épidémiologiques des infections fréquentes en ville, identifier les espèces en cause, surveiller la résistance aux antibiotiques et alerter face aux risques d'impasse thérapeutique.

### **Méthodes**

Les CNR et les réseaux de surveillance ont été sollicités pour publier leurs données 1999-2001 de surveillance dans le bulletin de Surveillance Nationale des Maladies Infectieuses, de l'InVS (à paraître sur site WEB: [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)). Quelques données sur la résistance bactérienne aux antibiotiques en ville sont extraites de ce bulletin lorsque le principal mécanisme d'acquisition de la résistance est la pression de sélection antibiotique. Ces données sont présentées en fonction de leurs éventuelles conséquences sur la réduction de l'arsenal thérapeutique, quand un traitement antibiotique est nécessaire pour traiter une infection en médecine ambulatoire.

### **Résultats-Discussion**

Le taux de résistance aux antituberculeux ainsi que la multirésistance (0,7%) est stable en France depuis 5 ans chez les nouveaux malades. Le taux de la multirésistance dite "acquise", c'est-à-dire survenant chez les malades déjà traités, est par contre en augmentation (8,5% à l'isoniazide et à la rifampicine) imposant une vigilance particulière. En 2000, 26,6% des souches de *Neisseria meningitidis* responsable de méningites sont de sensibilité diminuée à la pénicilline G avec une augmentation de leurs CMI comprises entre 0,125 mg/l et moins de 1mg/l ; cette évolution est à surveiller sans modifier le traitement d'urgence préconisé. Le pourcentage de résistance à la ciprofloxacine de *Neisseria gonorrhoeae* progresse depuis 1995 (3,3% en 2000) de même que le nombre de gonococcies chez l'homme et chez la femme depuis 1998, notamment dans la région Ile de France. Le taux de résistance à la clarithromycine d'*Helicobacter pylori* dans les pathologies gastriques a augmenté sensiblement de 14,5% à 18,4% ces trois dernières années. Le pourcentage de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline G augmente depuis plusieurs années, quel que soit le type d'infection (méningite, pneumonie, otite) aussi bien chez l'enfant (52,7% tout site confondu en 1999) que chez l'adulte (39,8%). Le pourcentage de souches résistantes aux céphalosporines de III<sup>ème</sup> génération atteint respectivement 0,7% et 0,3 % en 1999. Le pourcentage de souches d'*Haemophilus influenzae* isolées d'infections méningées et ORL résistantes aux amino-pénicillines atteint 35% en 2000. Le phénomène est particulièrement

---

préoccupant pour les souches non productrices de bêta-lactamase (4,4% au sein de l'espèce en 2000) puisque l'activité de toutes les bêta-lactamines est diminuée et que les infections dues à

*Que sait-on de la résistance aux antibiotiques des infections bactériennes en ville ? (page 2)*

ces souches non capsulées ne sont pas prévenues par la vaccination. La sensibilité des souches d'*Escherichia coli* dans les septicémies à point de départ urinaire, acquises en dehors de l'hôpital est stable vis-à-vis de l'ampicilline avec inhibiteur de bêta-lactamase (66% de souches sensibles en 1998, données du réseau "bactériémies" du CCLIN Paris Nord) et des céphalosporines de III<sup>ème</sup> génération (1%).

### **Conclusions**

La dissémination de la résistance bactérienne aux antibiotiques est préoccupante en ville. Le médecin de ville est particulièrement concerné par ce problème. Il est l'acteur principal en étroite relation avec son patient pour développer le bon usage des antibiotiques. Par ailleurs, il participe au réseau de santé publique et en retour doit avoir accès aux données validées concernant la sensibilité aux antibiotiques des infections d'origine communautaire, mais aussi des infections fréquentes traitées en ville. Par conséquent, il est indispensable de renforcer le réseau de surveillance des infections communautaires dues à des bactéries résistantes aux antibiotiques d'origine hospitalière, notamment les staphylocoques résistants à la méthicilline et le colibacille résistant aux bêta-lactamines, et des bactéries transmises de l'animal à l'homme, comme les salmonelles résistants à l'ampicilline et les campylobacters résistants aux fluoroquinolones et aux macrolides.

Pour renforcer ces missions d'alerte et de surveillance, l'InVS construit un réseau de Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale, Labville, pour la surveillance des infections fréquentes acquises en ville et leur sensibilité aux antibiotiques.

Source : GROG