

Les bactéries sont dites **multirésistantes** (BMR) aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques. **La multirésistance est une étape vers l'impasse thérapeutique.** L'acquisition de ces résistances est fortement liée à la **pression de sélection** induite par les **antibiothérapies successives** reçues par un patient. Par ailleurs, certaines résistances (portées par des gènes mobiles) sont transmissibles de bactérie à bactérie ; et les bactéries elles-mêmes résistantes sont transmissibles de patient à patient si les mesures d'hygiène ne sont pas respectées. Ces 3 facteurs aboutissent au développement et à la diffusion des BMR.

En **établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**, l'antibiorésistance est d'autant plus préoccupante que les sujets sont fragiles, et fréquemment exposés à des antibiothérapies. L'EHPAD est un lieu de collectivité, où les contacts soignants/soignés/visiteurs et soignés/soignés sont itératifs, et les recours aux établissements de soins fréquents, favorisant la transmission et la diffusion des BMR. Les infections en EHPAD, dues aux BMR, sont depuis 2007, considérées comme des infections nosocomiales (ou IAS = infections associées aux soins).

Etat des lieux de l'antibiorésistance en EHPAD

Les données du réseau MedQual-Ville permettent de comparer les sensibilités d'*Escherichia coli* entre les secteurs ville et EHPAD.

Ces résultats illustrent bien la nécessité d'une vigilance accrue concernant les prescriptions antibiotiques en EHPAD.

Pour plus de résultats : www.medqual-ville.fr

Antibiotiques	Molécules	n ; (%S) EHPAD	n ; (%S) VILLE
Cotrimoxazole	Triméthoprim + sulfaméthoxazole	4 513 ; (76,6%)	123 811 ; (80,1%)
C3G	Céfixime	4 295 ; (89,0%)	111 348 ; (95,8%)
	Céfotaxime / ceftriaxone	4 583 ; (90,9%)	122 469 ; (96,7%)
	Ceftazidime	3 999 ; (92,1%)	114 209 ; (97,3%)
Fluoroquinolones	Ofloxacin	3 136 ; (77,8%)	87 391 ; (86,3%)
	Ciprofloxacine	2 145 ; (82,7%)	58 374 ; (90,6%)
	Fosfomycine	4 274 ; (98,5%)	117 582 ; (99,3%)
	Nombre de souches productrices de BLSE*	8,2%	2,9%

Quelques mots sur les BMR

QUELLES BACTERIES ?

Certaines BMR font parties d'un programme national : les SARM (*Staphylococcus aureus* Résistant à la Méthicilline) ou les EBLSE (entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu), en raison de leur fréquence élevée, de leur caractère commensal qui expose au risque de diffusion hors de l'hôpital, de leur potentiel pathogène, de leur caractère clonal ou du caractère aisément transférable des mécanismes de résistance impliqués. D'autres BMR ne répondant pas à ces critères comme par exemple *Enterobacter* hyperproducteur de céphalosporinase, ne font pas parties de programme national, mais méritent une surveillance particulière.

COLONISATION OU INFECTION ?

Lorsque le patient est porteur de la BMR, mais ne possède pas de symptômes d'infections, il est dit « colonisé ». La BMR est mise en évidence dans un site anatomique (peau, tube digestif, urines...) mais le patient ne présente **aucun signe d'infection**. Il ne faut alors surtout pas instaurer d'antibiothérapie : elle ne ferait que sélectionner une souche plus résistante, **sans aucun bénéfice clinique pour le patient**.

Par contre, si le patient présente des signes d'infections et que les prélèvements correspondant au site infecté mettent en évidence une BMR, il est "infecté" et doit donc recevoir une antibiothérapie adaptée (c'est à dire efficace sur la BMR).

CONSEQUENCES ?

Il est important de souligner que ces bactéries, dans la majorité, ne sont **pas plus pathogènes et agressives que les souches non BMR**. Elles n'ont souvent aucun impact chez les individus sains (qui restent de simples porteurs colonisés) mais peuvent être responsables d'infections difficiles à traiter chez les personnes fragiles.

L'apparition de BHRé (bactéries hautement résistantes émergentes) telles que les *Klebsiella pneumoniae* productrices de carbapénémase peut conduire peu à peu à des situations d'impasses thérapeutiques. **Cela nous invite à revoir les règles d'hygiène et de bon usage des antibiotiques**, notamment dans les EHPAD.

Limitier la dissémination des résistances : hygiène

Le but est, par des mesures d'hygiène, de réduire cette circulation au maximum, et cela passe par des gestes du quotidien et des règles assez simples à respecter.

La communication est primordiale entre les professionnels de santé : chaque structure prenant en charge le patient doit avoir connaissance du portage de BMR (espèce, localisation anatomique, phénotype). Cela va permettre à l'établissement de prendre les précautions nécessaires, faire les soins de ce patient en dernier, établir une communication à l'aide de pictogramme.



Retour sur la soirée MedQual :

Merci à tous d'être venus, vous étiez 60. Les diaporamas sont disponibles sur notre site www.medqual.fr

Sources :

<http://www.cpias-ile-de-france.fr>
<http://www.centre-paul-strauss.fr>
<http://plone.vermeil.org>

<http://www.omedit-centre.fr>
<https://www.santepubliquefrance.fr>
<http://www.infectiologie.com>

Les BMR sont très sensibles aux précautions « standard » d'hygiène :

- **L'hygiène des mains** : lavage simple ou friction hygiénique (gel hydro-alcoolique) avant et après chaque geste de la vie courante.
- Le **port de gant à usage unique** seulement s'il y a un risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, des muqueuses ou une peau lésée, et le **port de gant ne dispense pas de l'hygiène des mains**.
- Le port de surblouse, lunettes, masque s'il y a un risque de projection de sang ou de liquide biologique.
- La **gestion du matériel souillé** : on privilégie l'utilisation de matériel à usage unique.
- La gestion des surfaces souillées : toute surface souillée par du sang ou des liquides biologiques doit être immédiatement nettoyée et on élimine l'ensemble des déchets dans la filière des DASRI.
- Le transport de linge et de matériel souillés : utiliser un emballage spécifique à l'établissement, trier les linges en fonction de l'endroit de traitements et bien refermer les différents sacs avant la sortie de la chambre.
- Effectuer les **soins** dans la chambre du résident « porteur de BMR » et couvrir – « isoler » le mieux possible le site anatomique concerné.

Il est par contre indispensable de préserver l'intégrité du patient en ne le confinant pas dans un espace clos, en lui laissant en lui laissant sa liberté de mouvement ce qui garantit le maintien de sa vie sociale. Cela vient poser quelques difficultés dans la régulation de la circulation des BMR, mais est primordial au bien-être du patient.

Limitier l'apparition des résistances = bon usage des antibiotiques

1. Ne prélever que si nécessaire !

Pas de BU systématique à l'admission d'un patient

Pas de BU ni d'ECBU devant des urines troubles et/ou malodorantes, en l'absence d'autres signes cliniques : hydrater et réévaluer

Pas de BU sur sonde urinaire (100% de colonisation à 1 mois)

Pas d'écouvillon superficiel de plaies (100% de colonisation)

NB : bactériurie asymptomatique : la prévalence est élevée chez les personnes âgées (> 70ans) en institutions : femmes (25-50%), hommes (15-40%).

Sans symptômes il est inutile de les traiter !

2. Choisir la bonne molécule !

Infection urinaire : différer l'antibiothérapie autant que possible en l'absence de signes de gravité. Les fluoroquinolones ne sont désormais plus indiquées dans le traitement des cystites.

Pneumonie (certaine ou fortement suspectée) : Amoxicilline + acide clavulanique. La mortalité élevée en cas de pneumonie chez un patient en EHPAD incite à une hospitalisation facile en cas de mauvaise tolérance ou d'évolution défavorable.

Exacerbation de BPCO : antibiothérapie non systématique, à discuter en fonction de la sévérité de base de la BPCO et de la purulence des crachats. Si antibiothérapie indiquée : amoxicilline

Erysipèle : amoxicilline

3. Choisir la bonne durée !

Cystite aiguë = 7 jours

Infection urinaire masculine aiguë = 14 jours

Pyélonéphrite = 10 jours si évolution rapidement favorable, 14 jours sinon

Exacerbation de BPCO = 5 jours

Pneumonie = 7 jours

Erysipèle = 7 jours

4. **Vacciner** contre la grippe (tout le monde !) et contre le pneumocoque (si facteurs de risque : <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Meningites-pneumonies-et-septicemies-a-pneumocoque>)

Deux règles très importantes :

- Quel que soit le site infecté, la symptomatologie est souvent trompeuse chez le sujet âgé. En cas de doute, il est indispensable de **réévaluer le patient**.

Il ne faut pas hésiter à modifier l'antibiothérapie : désescalade après réception d'un antibiogramme, arrêt en cas d'infection bronchique bien tolérée et de doute sur la pertinence initiale de l'antibiothérapie...

- **Un examen clinique complet par un médecin est toujours nécessaire** devant un fièvre, une AEG, une confusion chez un patient en EHPAD, et ce AVANT la prescription de tout examen complémentaire.

En cas de doute ou d'hésitation ?
Pensez antibioclic !
www.antibioclic.com

ANTIBIOCLIC
Antibiothérapie rationnelle en soins primaires

Le mot de l'expert : Questions fréquemment posées au CPIAS

1. Que signifie être porteur de BMR/BHRe ?

Une personne est porteuse si une BMR/BHRe est identifiée à partir d'un prélèvement microbiologique à visée diagnostique ou de dépistage.

2. Quelle est la durée du portage des BMR/BHRe ?

Des études, en établissements de santé, l'estiment à plusieurs mois (6 à 7 mois, voire plus...) avec une forte variabilité.

3. Faut-il faire un dépistage de portage de BMR/BHRe dans les établissements médico-sociaux ?

Aucune recommandation ne mentionne la nécessité de dépister les BMR/BHRe pour les résidents des établissements médico-sociaux. Il est cependant important de prévenir l'hôpital en cas d'hospitalisation d'un résident porteur de BMR/BHRe.

4. Un traitement antibiotique peut-il "éradiquer" une BMR/BHRe ?

L'antibiothérapie est exclusivement à visée curative. Le traitement des colonisations est fortement contre-indiqué.

5. Que faire pour une personne porteuse de BMR/BHRe déambulante avec des troubles cognitifs ?

Appliquer rigoureusement les incontournables précautions standards et adapter l'habillement pour limiter l'accès aux pansements, protections ou dispositifs (sonde urinaire...).

Gabriel BIRGAND, Responsable du CPIAS Pays de la Loire