

Conclusion :

La surveillance régulière des résistances bactériennes, mise en place depuis 1999, montre une tendance globale de l'augmentation des résistances dans les différents centres. Le problème se pose de façon aigue pour les bacilles à Gram négatif multirésistants aux antibiotiques notamment les *K. pneumoniae* résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération dont la fréquence globale a évolué de 27,9% en 1999 pour atteindre 51,1% en 2007 ce qui 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. En effet l'utilisation large de l'imipénème sur ces souches multirésistantes a eu comme conséquence l'émergence à Sfax des 1^{ères} souches de *Klebsiella* résistantes à l'imipénème. Cette résistance à l'imipénème, molécule à très large spectre, concerne aussi *P. aeruginosa* pouvant atteindre des taux alarmants dans les services de réanimation (33 à 66%). Certaines de ces souches sont devenues résistantes à tous les antibiotiques disponibles sur le marché sauf la colistine ce qui a conduit actuellement les réanimateurs à prescrire de plus en plus la colistine qui a eu comme conséquence l'émergence à Sfax de souches résistantes à la colistine. Ainsi, on assiste en milieu hospitalier à une spirale infernale des résistances bactériennes avec ses conséquences socio-économiques. 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 *Klebsiella* et *E. coli* productrices de BLSE)

La multirésistance concerne aussi les bactéries des infections communautaires comme le pneumocoque dont les fréquences de souches de sensibilité diminuée à la pénicilline sont parmi les plus élevées ce qui doit nous inciter à une prescription raisonnée des antibiotiques en pratique de ville qui doit passer par la sensibilisation des prescripteurs et l'éducation des patients .

La lutte contre les BMR à l'hôpital qui s'inscrit dans une politique globale de prévention des infections nosocomiales et de maîtrise des résistances bactériennes, doit être une priorité nationale qui implique tout le personnel hospitalier et fait partie des indicateurs de la qualité des 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 aux données épidémiologiques.