|  |  |
| --- | --- |
| Dr Patrick : | … un traitement complet. Une fois les organismes résistants sélectionnés, ils peuvent se propager et ce fait est une fonction de la densité de la population humaine, de la facilité de l’importation des biens, des tendances liées au contact. Cette fonction est aussi affectée par nos pratiques de prévention des infections dans nos établissements et par nos pratiques d’hygiène communautaires dans l’ensemble des collectivités. Il est important de noter que la préoccupation ne se limite pas à la propagation des organismes résistants, mais comprend la transposition des éléments génétiques qui confèrent cette résistance puisqu’ils [les éléments] peuvent vivre plus longtemps qu’un organisme et peuvent se joindre à d’autres organismes.  Pour résumer les récentes tendances liées aux ORA [organismes résistants aux antibiotiques], on pourrait dire qu’on a vu une augmentation du taux de résistance chez divers agents pathogènes Gram-positif jusqu’aux antibiotiques d’utilisation courante, mais cette tendance s’est vue modérée un peu au cours des dernières années et pour ce qui est du macrolide, peut-être un peu plus dans le cas du *Streptococcus pneumoniae*. Nous avons vu une montée en flèche du *Staphylococcus aureus* résitant à la méthicilline, en particulier chez les souches d’origine communautaire de sorte que dans la plupart des laboratoires de l’ensemble du pays, un isolat sur quatre ou un sur cinq isolats est maintenant qualifié de SARM.  Mais l’évolution de cette tendance ne semble pas aller plus loin.  Ce qui nous préoccupe le plus, c’est probablement l’augmentation de la résistance à la fluoroquinolone et au cotrimoxazole chez les bactéries qui provoquent ordinairement les infections des voies urinaires telles que l’*E. coli*. Et pour ce qui est des questions plus inquiétantes et qui ne commencent qu’à se manifester, le problème de la béta-lactamase à spectre étendu prend de l’ampleur et on a tous entendu de l’importation des Metallo-beta-lactamases de l’Inde qui confèrent une résistance à presque tout encore dans les cas d’*E. coli* et de *Klebsiella*.  Dans ce graphique, la ligne rouge représente l’augmentation de l’utilisation de la fluoroquinolone en Colombie-Britannique et il s’agit d’une mesure d’utilisation de la population. Et vous voyez une forte augmentation au cours des dix dernières années suivie par un certain ralentissement dernièrement. Parallèlement, les barres bleues représentent la portion des isolats *E. coli* qui sont résistants aux fluoroquinolones et qui dépassent maintenant le cap de 20 %. Les barres bleu pâle, qui représentent le *Proteus*, sont plus ou moins pareilles. Le graphique illustre donc le caractère du problème.  La question est la suivante : Ces faits ont-ils des retombées? Dans cette diapositive, on voit une personne atteinte d’abcès à l’arrière du cou, ce qui serait habituellement un trouble de staphylocoque. Et ce qu’on peut vous dire, c’est que le taux de visites chez les médecins pour des raisons de cellulite et d’abcès en C.-B., ajusté pour tenir compte de l’âge et de la population, est à la hausse, comme l’indique ce graphique. Ces barres démontrent une augmentation, notamment pendant la période de l’éclosion du SARM d’origine communautaire. Cela signifie qu’au cours de la même période de l’émergence de cet organisme, nous avons vu une augmentation de dizaines de milliers de visites chez les médecins pour des raisons d’abcès et de cellulite.  Et qu’en est-il du fardeau actuel des infections résistantes des voies urinaires? On peut également vous dire que le taux de visites chez les médecins pour des raisons d’infection des voies urinaires est en hausse en Colombie-Britannique. On peut vous dire que le taux d’ordonnances lié à l’infection des voies urinaires grimpe, mais surtout chez les vieillards qui affichent le taux de résistance le plus important. De plus, nous pouvons vous dire qu’il y avait de nombreuses conférences dans le cadre de l’IDSA cette année qui indiquaient un résultat médiocre chez les personnes atteintes d’agents pathogènes résistants aux quinolones par suite à une infection des voies urinaires et ayant reçu un premier traitement de cette même catégorie de médicaments.  Donc, voici une représentation de l’augmentation du taux de visites chez les médecins pour une simple cystite – le nord de la C.-B., une augmentation se chiffrant entre 50 et 58 environ par 1000 personnes par année, et la fracture à la cheville n’y figure que pour montrer que ce ne sont pas toutes les visites qui sont en hausse. Nous n’observons pas une augmentation généralisée dans la facturation.  Ce graphique se veut [un tableau de taux d’ordonnances moyen pour la cystite]. Concentrez-vous sur les lignes du haut puisqu’elles représentent le groupe de personnes plus âgé. Cette ligne qui se termine à la partie supérieure droite représente les femmes – pardon – les femmes et les hommes âgés de 90 ans et plus. Et ce qu’on apprend de ce graphique, c’est que le nombre moyen d’ordonnances pour cystite augmente, notamment chez les personnes plus âgées. Par le passé, ce chiffre était de 1,2 ou de 1,3 ordonnances liées à des cas précis d’infection des voies urinaires, mais maintenant, ce chiffre est de 1,5 ou de 1,6. Le message implicite est qu’il se pourrait qu’on ait recours à plus d’ordonnances d’antibiotiques pour guérir certaines infections.  Et enfin, un peu plus sur les organismes NDM-1. Vous avez entendu parler de ces organismes porteurs des NDM-1 qui arrivent en provenance de l’Inde. L’enzyme hydrolyse et rend inactifs les antibiotiques de la classe des carbapenems, tels que l’émipenem, ce qui laisse très peu de médicaments qu’on puisse offrir comme solution. On sait que les NDM-1 ont fait leur chemin au Canada à quelques reprises. Nous n’avons pas documenté la propagation au Canada, mais j’ajouterais le mot « jusqu’ici ». Je ne suis pas certain d’avoir pris connaissance d’une étude qui examine de près le contact de manière à déterminer si ces organismes auraient accompagné des personnes au pays et il s’agit d’un exercice qu’il faut effectuer.  Donc, la grande question à laquelle on s’affronte tous, c’est : Que doit-on faire? La résistance s’accroît. Nous pouvons poursuivre notre surveillance des tendances et de l’utilisation, et il existe de bonnes données au niveau communautaire dont vous parlera Rita Finley. Nous devons faire de même dans les hôpitaux. On peut continuer à formuler de nouveaux médicaments, mais on accuse un retard important et on en a beaucoup parlé. Nous pouvons étudier notre approche à la prévention des infections et, d’une façon, en revenir à Lister avec un peu plus d’antiseptie, et, dans une certaine mesure, les spécialistes de prévention des infections en discutaient lors du dernier colloque IDSA. On peut discuter de programmes de sensibilisation destinés au public ou aux professionnels qui favorisent la réduction de l’utilisation superflue d’antibiotiques. Évidemment, nous ne cherchons pas à supprimer les antibiotiques. Nous cherchons à supprimer l’utilisation non essentielle des antibiotiques. Mais il sera aussi probablement important de mettre en place des mesures plus strictes et dont l’adoption repose moins sur la bonne volonté si on veut préserver l’utilisation de médicaments critiques pour les cas critiques.  Je commencerai donc en vous rappelant qu’on a déjà mis en place le programme appelé Des pilules contre tous les microbes? en Alberta et en Colombie-Britannique. Il s’agit d’un programme de sensibilisation destiné au public et aux professionnels qui vise à améliorer l’hygiène et la bonne utilisation des antimicrobiens en procédant au lavement des mains. Nous offrons des cours d’éducation permanente en santé aux médecins et aux pharmaciens, et nous avons ajouté un nombre d’autres professionnels du domaine de la santé qui s’y intéressent. Nous tentons surtout de susciter la participation des membres des professions dentaires. Nous offrons des séances de sensibilisation aux membres du public dans les écoles, aux élèves de 2e année, aux enfants des garderies, aux personnes âgées et à des groupes d’employés. De plus, nous offrons d’autres volets aux programmes d’études destinés au personnel enseignant. Nous avons également des annonces publicitaires à l’intention du grand public affichées sur les autobus du système de transport en commun et des annonces radiophoniques et télévisées de manière à transmettre nos messages clés.  Voici un graphique qui illustre le taux de consommation des antibiotiques dans l’ensemble de la Colombie-Britannique et comme vous pouvez le constater, il y a eu une petite augmentation inquiétante entre 2002 et 2005. Après la mise en œuvre du programme, rien d’extraordinaire n’est survenu, mais la tendance s’est stabilisée – la tendance générale. En fait, si on regarde de plus près, on voit qu’il y a eu une légère baisse. Mais ce qui nous encourage le plus, c’est que chez le groupe des jeunes, lorsqu’on a ciblé les infections respiratoires de ce groupe, on note une décroissance assez continue du nombre d’ordonnances au sein de ce groupe. Par conséquent, nous estimons que pour certains objectifs du programme, nous commençons à voir une réponse généralisée.  Mais nous ne pouvons nous reposer sur nos lauriers face à une telle question. La documentation indique très clairement que seule la sensibilisation ne réussit qu’à donner une certaine mesure de changement. Et ce que cette même documentation nous indique, c’est que les médecins aiment obtenir une rétroaction détaillée sur leur pratique et comment elle se compare à d’autres. Donc, cette année, nous nous sommes joints au programme EQIP, une éducation qui vise à améliorer la qualité des soins des patients, du ministère des services de la santé de la Colombie-Britannique, de l’association médicale et de l’université de la Colombie-Britannique. Le travail issu de ce partenariat donne des données probantes et des profils d’ordonnances personnalisés aux médecins. Et cette année, chaque médecin de famille en Colombie-Britannique en recevra un, ce qui l’aidera à comparer le volet des infections des voies urinaires de sa pratique à celui de ses pairs accompagné des normes désirées. Le même exercice se produira pour ce qui est des infections des voies respiratoires. Sur le côté droit de la page, vous verrez qu’il s’agit ordinairement d’une vignette et d’une ligne qui trace les habitudes du médecin comparées à celles de ses pairs par rapport à l’orientation désirée. Par exemple, pour une simple cystite, nous tentons d’accroître l’utilisation de la nitrofurantoïne, de diminuer l’utilisation des fluoroquinolones et de fournir une rétroaction aux participants évaluant la correspondance entre leurs efforts et la direction désirée.  Un travail de collaboration a lieu entre l’Alberta et la Colombie-Britannique qui découle du programme appelé Des pilules contre tous les microbes? lié au financement et à la mise à jour du guide, et pour élargir un peu plus l’accès à ce programme en le téléchargeant sur Internet et, on espère, sur les ANP l’an prochain. On se charge aussi de renseigner les gouvernements sur les tendances d’utilisation inquiétantes telles que les 60 000 ordonnances de moxifloxacine prescrites l’année dernière en Colombie-Britannique, alors que ce médicament n’est indiqué que pour la pneumonie d’origine communautaire et contractée dans les usines. J’ai déjà mentionné la notion d’en revenir à Lister dans la prévention des infections. La question des programmes horizontaux suscite beaucoup de discussion chez les praticiens en prévention des infections où on fait un effort pour éviter les infections dans tout site et par tout organisme dans les services d’hospitalisation à risque élevé au moyen de bains à chlorhexidine pour les patients des services de chirurgie à risque élevé. De fait, plusieurs études ont démontré que cette façon de faire réduisait toutes les causes d’infections du site opératoire d’un maximum de 50 %. Ce résultat fait contraste en quelque sorte avec celui des programmes verticaux où on procède au dépistage de microbes particuliers, tels que le SARM, et on tente ensuite de réeffectuer les tests sur une cohorte ou on enlève les porteurs de cette population.  D’une manière, c’est intéressant : tout ce qui était ancien est désormais nouveau. Cette année, j’ai été jusqu’à relire les principes antiseptiques de Lister sur les interventions chirurgicales rédigés pendant l’année de la Confédération canadienne, 1867. Après cette lecture, j’ai lu certaines parties de la théorie du germe de Pastor et j’ai décidé de m’embarquer. À cette époque, le traitement antiseptique était quelque chose d’exceptionnelle – il s’agissait d’acide carbolique – mais depuis, ce traitement a été complètement mis en œuvre dans mes services d’hospitalisation et bien qu’un autre pourrait croire que même s’il s’agit précisément des mêmes circonstances, le caractère des services aurait changé de fond en comble, mais toujours est-il que pendant les neuf derniers mois, il n’y pas eu un seul cas de pyhémie, de gangrène nosocomiale ou d’érésipèle. Donc, tout ce qui était ancien redevient nouveau dans le cadre horizontal de la prévention des infections.  Sur le plan national, il y a l’Association pour la microbiologie médicale et l’infectiologie (AMMI) Canada qui manifeste un vif intérêt pour la gérance au sein des installations de manière à compléter la gérance communautaire actuelle préconisée par des programmes tels que Des pilules contre tous les microbes? et autres. Aujourd’hui, on voit la participation du Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses dans le cadre de la Journée de sensibilisation aux antibiotiques. Le Programme canadien de surveillance des maladies nosocomiales effectue un bon travail de suivi des organismes résistants au sein d’installations et il a récemment exprimé son intérêt d’agir en partenariat avec l’AMMI pour mettre à l’essai des efforts qui permettraient de mesurer l’utilisation d’antibiotiques dans les installations. L’Agence de la santé publique du Canada réexamine actuellement son propre rôle et s’intéresse à l’organisation d’une rencontre qui porterait sur la surveillance et la gérance. Et on entendra prochainement de Rita Finley du PICRA qui a déjà élaboré d’excellentes méthodes de suivi de l’utilisation des antimicrobiens au sein de la collectivité à l’échelle du pays en collaboration avec IMS.  En somme, nous avons du rattrapage à faire du côté de l’élaboration des politiques canadiennes. C’est un peu gênant qu’il existe un projet de loi qui est devant le Congrès américain sur l’interdiction de l’utilisation d’antibiotiques comme stimulateurs de croissance et qu’à ma connaissance, nous n’avons rien de semblable ou qui s’y rapproche ici dans notre pays.  En conclusion, la recherche dans ce domaine promet de s’avérer des plus intéressantes étant donné les nouvelles méthodes qui se profilent. L’épidémiologie génétique, particulièrement celle qui concerne les bêta-lactamases à spectre étendu, s’avère très intéressante vu toute la question de séquençage génomique et la capacité de reconstruire les voies de transmission. La question de la mesure de l’utilisation au sein des installations fait actuellement l’objet de discussion et on peut étudier la mesure effectuée dans les installations auprès de la population relative à la prévalence des déterminants de la résistance dans l’environnement. Cette question suscite de plus en plus d’intérêt. Et nous devons nous pencher sur la modification des politiques qui affecte l’utilisation chez les personnes ou chez les animaux, et ainsi de suite.  Qu’est-ce qu’on pourrait faire de plus? Et c’est le genre de question que je veux vous laisser . . . Nous avons besoin d’une approche unique et officielle en matière de santé qui fait intervenir nos collègues de la médecine vétérinaire et qui aborde la gérance des antimicrobiens, et cela signifie que nous devons nous rencontrer et déterminer ce sur quoi on s’entend au lieu de pointer du doigt d’un côté ou de l’autre. En dernière analyse, nous partageons tous le même environnement.  Nous devons songer au rôle d’un bulletin de nouvelles pour qu’on soit tous sur la même longueur d’onde par rapport aux activités courantes car le nombre de personnes qui s’intéressent à ce domaine est surprenant. Nous devons faire intervenir les producteurs d’aliments à l’établissement d’un programme et à la question des antimicrobiens. De plus, nous devons étudier des façons de faire réfléchies sur l’utilisation en milieu agricole au Canada, mais vraiment en Amérique du Nord puisque nous avons un marché d’alimentation commun et nos producteurs doivent se faire concurrence dans ce marché commun.  Et enfin, je vous quitte sur ces questions : Dans quelle direction vous orienteriez-vous? Qu’ajouteriez-vous?  Et je crois que cela met fin à ma conférence. Je demanderais si je dois répondre aux questions maintenant ou à la fin. |
| Animatrice : | On pourra répondre aux questions au cours de la webémission et nous avons le temps de répondre à quelques questions maintenant si vous voulez en poser. Ou bien, on peut simplement attendre la fin de la webémission et on répondra à toutes les questions en même temps. |
| Dr Patrick : | Bon, je vois donc quelques questions qui figurent au bas de l’écran ici. Je suis un peu nouveau dans ça, donc . . . |
| Animatrice : | D’accord. Donc, sentez-vous libre de répondre à quelques questions. Ça serait très bien. |
| Dr Patrick : | Allons voir si je peux réussir à la faire paraître. Que pensez-vous de la mise en œuvre d’ordonnances de suspension de certains antibiotiques au sein d’installations?  Je crois qu’il y a moyen d’imposer des restrictions d’accessibilité de façons positive et négative. Je crois que certains antibiotiques devraient être réservés à des indications thérapeutiques précises. Au minimum, les prescripteurs devraient noter l’indication thérapeutique par écrit. Dans certaines installations, surtout aux États-Unis, il faut l’approbation d’un spécialiste des maladies infectieuses ou d’un pharmacologue qui est de garde lorsqu’il est question d’utiliser des antibiotiques d’une importance spéciale, par exemple, le carbapenem et ce serait quelque chose à considérer. L’autre façon de faire serait de permettre aux personnes de gagner le privilège de donner des ordonnances de ce genre de médicaments en leur disant que si elles ont suivi un cours spécial ou si elles sont en mesure de démontrer une bonne connaissance des indications thérapeutiques et si, lorsqu’elles se font vérifier comme on devrait tous l’être au chapitre des ordonnances, on conclut qu’elles ont respecté ces indications, elles auraient donc gagné le privilège de donner des ordonnances pour ces médicaments sans avoir besoin d’une autre approbation. Et cette question fait mention d’ordonnances de suspension de certains antibiotiques. Comme dans toute chose du système de santé, il est important d’assurer que les ordonnances en vigueur soient passées en revue donc, l’ordonnance des antibiotiques devrait être stoppée sauf si elle est renouvelée après une période donnée. On devrait aussi évaluer quotidiennement l’utilisation des sondes urinaires dans les hôpitaux de soins actifs et de façon ponctuelle dans les installations de soins de longue durée pour déterminer si les indications s’appliquent toujours. Il s’agissait là du Dr Baryll? Oui. D’accord. D’accord. Je vois un « merci », donc j’ai peut-être réussi à lui répondre.  D’accord, maintenant on passe à une question de l’Université de Lethbridge, 4e année du programme de sciences infirmières : Qui est-ce qui s’occupera d’exercer des pressions en faveur d’un changement aux politiques concernant l’utilisation d’antibiotiques dans le domaine agricole pour favoriser la croissance?  À mon sens, il y a certaines choses qui doivent se produire. Je crois que nous devons créer des liens officiels entre la médecine vétérinaire et la médecine humaine pour déterminer si on pourrait établir un programme commun. L’Agence de la santé publique ou les agences fédérales serviraient peut-être d’un bon point de départ à une telle initiative. Il se peut que Rita Finley nous fasse le point sur cette question tantôt. Mais lorsqu’il s’agit de questions qui affectent l’échange, il faut absolument consulter le gouvernement fédéral et j’envisage la possibilité d’élaborer une stratégie qui ferait intervenir l’Agence de la santé publique et l’ACIA pour discuter comment elles verraient une telle initiative. Ce n’est pas quelque chose qui peut se faire au niveau provincial, malgré le fait que ça nous affecte, puisqu’en dernière analyse, les questions qui touchent le dossier de l’échange sont du ressort du gouvernement fédéral.  D’accord. Savez-vous s’il existe des bulletins de nouvelles que je pourrais obtenir?  Je crois que je vous conseillerais de suivre les sites Web du CCNMI, de l’AMMI et du B.C. Centre for Disease Control puisque nous y affichons régulièrement des textes. Mais ce bulletin de nouvelles . . . un bulletin sur la résistance aux antimicrobiens qui est le fruit d’un effort de collaboration nationale est, en quelque sorte, la réalisation d’un de mes rêves. Ce bulletin représente les efforts de tous les groupes qui font de l’excellent travail, souvent fondé sur des cloisonnements administratifs, et leur donne la chance d’être consultés tous les mois ou chaque deuxième mois sur les nouveautés. Le résultat est que nous avons tous à notre disposition quelque chose qu’on puisse lire. De cette façon, je peux me renseigner sur les activités du PICRA, du PCSIN et de l’Agence de la santé publique. Nous pouvons également les renseigner sur les activités du programme Des pilules contre tous les microbes? et ce genre de chose. Mais je pense que nous devons réfléchir à un tel projet et aux intervenants qui en seraient chargés, je ne suis pas certain. Nous consulterons probablement le CCNMI et l’Agence pour déterminer ce qui serait possible.  Quel temps nous reste-t-il? Dois-je continuer? Je peux continuer à répondre aux questions s’il n’y a pas - |
| Animatrice : | Oui, nous pourrions aussi peut-être répondre à certaines de ces questions à la fin et passer au prochain invité maintenant. Merci Dr Patrick. Donc, sur ça, j’aimerais vous présenter notre conférencière suivante, Rita Finley, qui est employée de l’Agence de la santé publique du Canada. |
| Mme Finley : | Merci beaucoup, Kelly. Je vous adresse la parole non seulement au nom de mon centre, mais aussi au nom de tous les divers partenaires qui existent au sein du PICRA. Aujourd’hui, ma communication portera principalement sur le Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens au Canada ou le PICRA en abrégé. Allons voir si je peux me débrouiller . . . d’accord.  La création du PICRA remonte à 2002 et il est principalement administré par trois groupes au sein de l’Agence de la santé publique du Canada : le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d’origine alimentaire, le Laboratoire national de microbiologie et mon centre, le Centre des maladies infectieuses d’origine alimentaire, environnementale et zoonotique. Il est évident que vu le genre de programme que nous dirigeons, nous ne pouvons pas nous fonder sur des cloisonnements administratifs ou nous permettre d’être autonomes, donc nous avons plusieurs partenariats et ils comprennent Santé Canada, l’Agence canadienne d’inspection des aliments, les partenaires provinciaux des domaines agricole et de la santé, les universitaires et le secteur privé.  Les principaux objectifs du PICRA sont de d’offrir une démarche concertée à la surveillance des tendances liées à la résistance aux antimicrobiens et à l’utilisation des médicaments antimicrobiens, pas seulement chez les humains, mais également chez les animaux. Nous voulons générer des données pour faciliter l’évaluation de l’effet de l’utilisation des antimicrobiens chez les humains et dans le secteur agricole sur la santé publique. De plus, on espère que ces données permettront des comparaisons exactes à l’échelle internationale entre les pays qui utilisent des systèmes de surveillance semblables, tels que NARMS aux États-Unis et DANMAP au Danemark.  Ne soyez pas intimidés par cette diapo. Essentiellement, ce que je veux démontrer c’est que l’épidémiologie des bactéries zoonotiques est loin d’être une question simple. Il s’agit d’une question complexe et la diapo nous permet de voir que la résistance aux antimicrobiens est également une question assez complexe. En gardant ce fait à l’esprit, le but de la création du PICRA et de l’élaboration des divers éléments qui font partie du PICRA a été de s’assurer que la surveillance se fasse d’une manière intégrée de sorte à bien comprendre les questions de la résistance aux antimicrobiens. Donc, forts de ces renseignements, et j’espère que vous pouvez voir cette diapo sous forme de schéma, vous constaterez qu’il s’agit d’une représentation graphique du PICRA. Nous avons ici le volet humain par lequel on obtient des échantillons cliniques de *Salmonella*. Et nous avons la population animale et ici, nous obtenons des données sur les animaux malades à l’aide de systèmes de surveillance agricoles, des abattoirs et de la viande vendue au détail. De plus, nous obtenons de l’information sur l’utilisation de médicaments antimicrobiens des populations humaine et animale, et bien sûr, à l’aide de nos rapports où nous intégrons toute l’information obtenue de ces volets.  Je discuterai brièvement des diverses composantes de notre programme. Le programme de surveillance des abattoirs a connu ses débuts en 2002 et son objectif vise à fournir des prévisions à l’échelle du pays qui sont obtenues, pour la plupart, des échantillons d’abattoirs inspectés par le gouvernement fédéral. Nous obtenons des données sur *E. coli*, *Campylobacter* et *Salmonella* selon les animaux sur lesquels on pratique des prélèvements puisque les échantillons nous proviennent de bovins, de cochons et de poulets. Le but est d’avoir 150 isolats de chacun de ces organismes - *Salmonella* et *E. coli* - et 100 de *Campylobacter*.  Pour ce qui est de la composante de surveillance de la viande vendue au détail, nous désirons obtenir des prévisions du palier provincial sur la résistance aux antimicrobiens chez les organismes que l’on trouve dans la viande vendue au détail, ce qui représente la source d’exposition la plus directe pour le consommateur ou la population canadienne. On prélève actuellement des échantillons dans sept provinces. On considère que les provinces de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de l’Île-du-Prince-Édouard constituent une région, donc elles font partie de la région des Maritimes. Nous étudions l’*E. coli* générique chez les poulets, les cochons et les bovins; *Campylobacter* chez les poulets; et la *Salmonella* à partir d’échantillons de porc.  Une autre composante est la surveillance à la ferme qui se concentre principalement sur les porcs en croissance-finition puisqu’il s’agit de l’étape d’élevage la plus près du consommateur et du processus de transformation de la viande. À l’heure actuelle, nous avons 90 sites sentinelles dans les cinq provinces canadiennes qui représentent les provinces les plus importantes pour ce qui est de l’élevage du porc. Elles sont le Québec, l’Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l’Alberta. Les échantillons sont prélevés par 29 vétérinaires porcins, ce qui nous permet de protéger la sécurité et la confidentialité biologiques des exploitations porcines. En plus, il y a deux vétérinaires superviseurs chargés de la protection de la confidentialité des fermes constituées en société.  Pour ce qui est du côté humain, nous assurons la collecte de données sur les isolats de la *Salmonella* depuis le 1er janvier 2003. Les laboratoires provinciaux de la santé publique font parvenir ces isolats au Laboratoire national de microbiologie. Les provinces les plus importantes, la Colombie-Britannique, l’Alberta, l’Ontario et le Québec, nous envoient, tous les mois, les isolats obtenus au cours des premières quinze journées du mois. Cependant, pour la *Salmonella* Newport et la *Salmonella* Typhi, nous recevons des isolats obtenus sur toute la période de surveillance, donc sur le mois entier. Pour ce qui est des provinces moins peuplées, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et l’Île-du-Prince-Édouard, nous recevons des isolats obtenus pendant tout le mois. Et jusqu’ici, à la mi-parcours de l’année, nous avons plus de 25 000 isolats qui ont été testés pour la résistance aux antimicrobiens.  Comme je l’ai déjà mentionné, nous faisons aussi la collecte de données sur l’utilisation des antimicrobiens au Canada. Nous recevons ces données par l’intermédiaire de la société maintenant connue sous le nom d’IMS Brogan, et en gros, son information consiste de données sur les antimicrobiens délivrés sur ordonnance par les pharmacies. Environ 5000 pharmacies font partie de l’échantillonnage, ce qui représente quelque 8000 pharmacies canadiennes et comprend toutes les provinces et des données sur les médicaments délivrés sur ordonnance. La société IMS Brogan s’occupe de la collecte et de la totalisation des données, et de l’extrapolation de l’échantillon à toute « la population ». Au sein de l’agence, on classe les antimicrobiens en fonction du système de classification anatomique, thérapeutique et chimique administré par l’OMS ou connue plus communément comme la classification ATC. De plus, nous convertissons les données en doses quotidiennes définies (DQD), ou, en anglais, DDD (defined daily doses). Cette conversion nous permet de comparer les données sur la consommation au niveau international.  Le fait que bon nombre des catégories chimiques de médicaments antimicrobiens utilisés chez les animaux soient aussi utilisés chez les humains est bien reconnu. Certains de ces médicaments sont essentiels au traitement d’infections graves et qui sont parfois mortelles. C’est la raison pour laquelle la Direction des médicaments vétérinaires de Santé Canada a catégorisé les médicaments en fonction de critères définis à l’avance et en fonction des retombées de la résistance à ce médicament sur la médicine humaine. Les quatre catégories de médicaments que la Direction utilise sont les suivantes : la 1re catégorie regroupe les médicaments d’une très grande importance; la 2e catégorie regroupe les médicaments qui revêtent une grande importance – et ceux-ci sont toujours sous réserve de modifications puisque les médicaments étiquetés de la 1re catégorie pourraient avoir un effet de cascade; la 3e catégorie, regroupe les médicaments d’une importance moyenne; la 4e catégorie comprend les médicaments dont l’importance est très faible puisqu’il ne s’agit pas de médicaments utilisés dans la médecine humaine.  Maintenant, je procéderai en passant en revue des conclusions de la recherche et des systèmes de surveillance que nous avons reçues du programme de surveillance. Et je commence avec la consommation humaine des antimicrobiens. J’espère que vous pouvez bien voir ce graphique puisqu’il représente les antibactériens à action systémique délivrés sur ordonnance au Canada. Nous avons le nombre d’ordonnances total et le coût annuel par 1000 habitants pour l’année 2009. En 2009, le taux de délivrance d’ordonnances est resté semblable à celui de 2008. Le total des dépenses, bien qu’il soit encore plus faible que celui de 2003, semble gagner en importance à compter de 2007. En 2009, une somme totale de 20 744 $ par 1000 habitants fut dépensée pour des antimicrobiens. On a observé les dépenses les plus importantes au chapitre des macrolides et des quinolones, qui, comme on l’a déjà mentionné, faisait partie de la 1re catégorie d’antimicrobiens et de pénicillines à spectre étendu. Et les provinces qui affichaient les dépenses les plus importantes étaient la Terre-Neuve, l’Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. Dans l’ensemble au Canada, le nombre total de DQD par 1000 habitants se chiffrait à 17,96. Et les classes d’antimicrobiens à action systémique délivrées sur ordonnance le plus fréquemment comprenaient la pénicilline à spectre étendu, les macrolides, les tétracyclines et les fluoroquinolones. Nous pouvons également comparer la consommation canadienne d’antimicrobiens à 30 autres pays européens et les données qui figurent sur cette diapo correspondent à l’année 2008. Des 30 pays, le Canada se classe au 14e rang lorsqu’on tient compte du niveau croissant de la consommation totale d’antimicrobiens, ce qui est semblable à la Finlande et à la République tchèque. |
| Mme Finley : | Les deux diapositives suivantes démontrent certains projets de recherche que nous avons menés en utilisant les données sur l’utilisation des antimicrobiens et, comme nous le savons, les données probantes ont établi un lien étroit entre l’utilisation et le développement de la résistance. Ce qu’on voulait déterminer en menant cette recherche était le rapport entre le taux de la grippe et les mesures socioéconomiques liées à la consommation canadienne des médicaments individuels des classes des macrolides et des fluoroquinolones.  Dans cette diapo, nous avons examiné la classe des macrolides, en particulier, l’azithromycine, la clarithromycine et l’érythromycine puisqu’il y avait suffisamment de données de toutes les provinces pour mener une analyse. En général, lorsqu’on suit l’augmentation des taux de grippe, on voit que la demande la plus forte a eu lieu chez les populations qui affichent soit un taux élevé de personnes à faible revenu, un taux élevé de chômage et un faible taux d’obtention de diplôme de premier cycle.  La demande de clarithromycine était la plus forte chez les populations qui connaissaient des taux de chômage d’une valeur maximale en pourcentage pendant la même période qui correspondait à l’augmentation du taux de la grippe. Et le taux de grippe était étroitement lié à la consommation des macrolides, ce qui, selon nous, est un reflet des pratiques inappropriées de prescription et de consommation des antimicrobiens macrolides prescrits dans le traitement des infections virales. Il se pourrait aussi que cette tendance soit attribuable à la prescription sur ordonnance pour contrer les surinfections bactériennes. Étant donné que ces médicaments sont utilisés pour traiter plusieurs infections, il est parfois difficile de déterminer s’ils ont vraiment été utilisés pour des raisons de grippe ou de surinfections bactériennes.  De manière semblable, cela démontre le travail effectué sur les données des fluoroquinolones. Pour ce qui est de la ciprofloxacine, de la lévofloxacine, de l’ofloxacine et de l’afloxacine, en général, les prédicteurs socioéconomiques importants variaient en fonction du médicament fluoroquinolone particulier, ce qui pourrait correspondre à la gamme des infections traitées à l’aide de fluoroquinolones. Au chapitre de la ciprofloxacine et de la lévofloxacine, on associait les DQD aux familles à revenu moyen et on a trouvé que le taux de la grippe était favorablement associé aux niveaux d’ordonnances de la lévofloxacine qui connaissait la plus forte demande chez les populations affichant le niveau d’éducation le plus élevé avec l’augmentation du taux de la grippe.  Une autre étude qui a été menée par un épidémiologiste au sein du groupe du PICRA avait pour objectif de déterminer ce qu’était le fardeau des maladies associé aux infections à *Campylobacter* résistantes aux antimicrobiens et la sensibilité à ceux-ci dans les services de santé de Perth et de Wellington-Dufferin-Guelph entre 2002 et 2004. L’étude a consisté de cas de laboratoire confirmés de cette région, et le questionnaire a donné des données sur le fardeau des maladies, les facteurs de risque, les antécédents médicaux et des données démographiques. On a mis à l’essai la sensibilité aux antimicrobiens en utilisant le test E et il y avait une composante sur la viande de poulet vendue au détail. La moyenne du nombre de journées à compter du début de la manifestation des symptômes au début du traitement au moyen d’antimicrobiens était de 9,81. Dans 54 % des cas, on a prescrit un antibiotique contre la campylobactériose, 30 % avaient déjà accès aux résultats de culture avant de commencer le traitement antimicrobien et 21 % avait déjà accès aux résultats de culture avant la fin des symptômes. On a demandé aux participants s’ils avaient déjà entendu parler de la campylobatériose résultant d’une maladie d’origine alimentaire ou hydrique et 85 % ne reconnaissaient pas le terme *Campylobacter* comme trouble alimentaire ou hydrique. Et . . . il ne me reste pas beaucoup de temps . . ., cette diapositive offre des données sur les médicaments antimicrobiens prescrits pour des cas de laboratoire confirmés de campylobactériose et 16 cas ont été traités au moyen d’antimicrobiens qui n’étaient pas recommandés pour le traitement de la campylobactériose. Comme vous pouvez le constater, les principaux médicaments prescrits étaient l’azithromycine, la ciprofloxacine et l’érythromycine.  En continuant sur le côté de la consommation animale d’antimicrobiens et en se basant sur des données obtenues au moyen du programme de surveillance à la ferme, vous verrez ici que 20 fermes ont utilisé des médicaments provenant de la catégorie de très grande importance en médicine humaine. Pour la plupart, cette utilisation constituait des drogues injectables et elle représenta probablement un faible nombre d’animaux par ferme. La majorité des médicaments utilisés dans les exploitations porcines font partie des niveaux deux et trois comme nous le voyons sur cette diapositive.  Pour ce qui est de nos observations sur la résistance, le ceftiofur était presque absent du *E. coli* générique provenant du porc, ce qui indique une faible utilisation de cette molécule dans les fermes, telle que nous l’avons déjà remarquée. Par contre, le taux de résistance au ceftiofur se chiffrait à 30 % environ en 2009 dans l’*E. coli* provenant du poulet. Une faible prévalence de la résistance à l’acide nalidixique a également été signalée dans l’*E. coli* de la viande de poulet, alors qu’on ne l’avait pas détectée chez d'autres espèces.  Comme je l’ai mentionné au début de ma conférence, un des points forts du programme de surveillance est sa capacité de bien intégrer les données obtenues des deux volets de surveillance soit de l’alimentation humaine et de l’alimentation animale. Une des questions qui a été soulevée en analysant les données de surveillance par trimestre au Canada est la présence d’une résistance au ceftiofur dans l’*E. coli* de la viande de poulet et dans la *Salmonella* Heidelberg chez les humains et dans la viande de poulet. En 2003, nous avons noté une prévalence plus élevée de la résistance au ceftiofur dans la viande de poulet vendue au détail et chez les personnes du Québec que dans la viande de poulet et chez les personnes de l’Ontario. Au cours de cette période, une étude effectuée par l’Université de Montréal a indiqué que 70 % des bandes étudiées avaient reçu du ceftiofur. Après avoir publié les données en 2003, les responsables des établissements d’accouvaison (poules) du Québec ont volontairement supprimé l’utilisation du ceftiofur pendant environ deux années et c’est au cours de cette même période qu’on note la baisse de la prévalence de la résistance au ceftiofur dans la *Salmonella* Heidelberg chez les poulets et les humains aussi bien que dans l’*E. coli* générique chez les poulets. Le retour à l’utilisation du ceftiofur, qui a commencé vers 2007, a redonné une résistance au ceftiofur chez les poulets et les humains mais à des niveaux de résistance quelque peu plus faibles que ceux observés en 2003 et en 2004, ce qui indiquerait un niveau d’utilisation moins important que celui trouvé dans l’étude de l’Université de Montréal. Cette réémergence demeure toujours une préoccupation pour l’Agence de la santé publique du Canada. La résistance au ceftiofur est presque toujours accompagnée de la résistance à la ceftriaxone, ce qui est d’une très grande importance dans le domaine de la médecine humaine, surtout chez les sous-groupes, tels que les femmes enceintes ou les nouveau-nés, où d’autres médicaments tels que les fluoroquinolones ne sont pas indiqués.  Pardonnez-moi de vous avoir présenté tellement d’information en quinze minutes, mais je voulais vous donner un bref aperçu du genre de données que nous avons et que nous obtenons actuellement dans le cadre de notre programme de surveillance, et de notre capacité d’intégrer toutes les données à notre disposition. Et comme vous le voyez sur cette dernière diapo, il ne s’agit pas d’un programme qui peut être administré par quelques personnes ou petits groupes. Sa réussite repose sur les réseaux et les partenariats que nous avons créés au Canada, pas seulement au niveau gouvernemental, mais aussi aux niveaux des gouvernements provinciaux, des associations et des marchés.  Je ne crois pas m’avoir laissé du temps pour répondre à des questions, mais si vous voulez soumettre vos questions pour cette séance, j’y répondrai avec plaisir. |
| Animatrice : | Oui. Nous inviterons les participants à trouver la section « Questions et réponses ».Nous passerons maintenant à notre prochaine invitée, madameYvonne Shevchuk, qui nous offrira une perspective de pharmacienne. |
| Mme Shevchuk : | D’accord . . . je vous remercie beaucoup et j’apprécie cette occasion de vous offrir une perspective sur le rôle du pharmacien ou sur les mesures que peuvent adopter les pharmaciens en vue de la Journée de sensibilisation aux antibiotiques, et sur l’utilisation des antibiotiques et la résistance à ceux-ci, en général.  Je commencerai avec un terme que je crois que nous connaissons tous assez bien, mais à titre de rappel, on définit la gérance des antimicrobiens de la façon suivante : *l’utilisation de la bonne sélection, dose, voie d’administration d’antimicrobiens et du calendrier qui convient accompagnée des pratiques de prévention des infections*. Par « bonne sélection », je crois qu’on entend également la décision qui nous permet de déterminer si un antibiotique soit indiqué. Et les pharmaciens ont un rôle à jouer dans la gérance, surtout dans les hôpitaux qui ont des programmes de gérance. Par conséquent, ils participent certainement à la surveillance des tendances sur l’utilisation des antibiotiques, aux vérifications possibles des antibiotiques signalés, qui font peut-être l’objet d’une préoccupation ou qui exigent des limites ou qui devraient s’en voir imposer. Des comités sur l’utilisation des antibiotiques font souvent partie de ce processus et de la création d’antibiogrammes et de ce genre de choses. Je crois qu’il est intéressant de noter que les nouvelles normes sur l’agrément des hôpitaux exigent des programmes de gérance des antimicrobiens pour gérer l’utilisation des antibiotiques au sein des établissements. Donc, nous devons tous en prendre connaissance si nous faisons partie d’un établissement.  Je crois qu’il est important de se rappeler que la plupart des pharmaciens pratiquent dans la communauté et non pas dans les hôpitaux, et que contrairement aux pharmaciens communautaires, les pharmaciens hospitaliers ont accès à plus de renseignements qu’ils peuvent utiliser. Je cite à titre d’exemple, les résultats de culture et de sensibilité ou de simples renseignements renfermés dans le dossier sur le diagnostic et sur des questions semblables. Donc, il se pourrait qu’il soit plus facile d’offrir des recommandations sur le choix d’un médicament utile dans une certaine situation et de personnaliser le traitement antibiotique en fonction des résultats de culture et de sensibilité. Par exemple, la capacité de modifier la dose en se basant sur l’activité fonctionnelle rénale ou sur les fonctions hépatiques, ce genre de choses, ou sur des recommandations précises dans le but d’éviter l’interaction médicamenteuse lorsqu’il s’agit d’antibiotiques.  Et l’autre avantage possible des pharmaciens hospitaliers est un accès plus facile aux médecins puisqu’ils pourraient les croiser dans l’hôpital ou il serait peut-être plus facile de les appeler par radiomessageur qu’il ne le serait pour un pharmacien communautaire qui éprouve parfois un peu plus de difficulté à communiquer avec le médecin s’il a des questions ou des préoccupations sur une ordonnance d’antibiotiques. Bien que les médecins soient évidemment toujours accessibles, l’accès n’est peut-être pas aussi facile. Et je crois que cela représente un des défis que les pharmaciens ont à relever lorsqu’ils désirent faire des recommandations par rapport à une ordonnance d’antibiotiques.  Je crois qu’il serait un peu plus facile d’établir une relation de confiance qui est essentiel à un travail de collaboration dans le cadre de toute stratégie, y compris les stratégies visant une utilisation optimale des antimicrobiens. Donc, je crois que la gérance au sein de la collectivité est toute aussi importante ou même plus importante que la gérance au sein d’un établissement. La plupart des ordonnances d’antibiotiques sont données aux patients externes et la plupart des infections virales pour lesquelles on ne considère pas qu’une gestion d’antimicrobiens soit nécessaire seront traitées à l’extérieur de l’hôpital ou au sein de la collectivité. Donc, la gérance au sein de la collectivité est, à mon avis, très, très importante. Comme je l’ai déjà mentionné, il se peut que les pharmaciens communautaires aient un accès réduit aux renseignements, tels que le diagnostic ou l’activité fonctionnelle rénale ou les résultats de culture et de sensibilité, et cette réalité fait en sorte qu’il soit plus difficile d’offrir des recommandations précises ou de poser des questions sur une certaine ordonnance prescrite.  Mais ce que je veux souligner, c’est qu’il existe plusieurs stratégies susceptibles d’optimaliser l’utilisation des antimicrobiens et ce serait très utile que les professionnels de la santé travaillent ensemble sur ces stratégies. Je cite en exemple des mesures telles que l’attente sous surveillance avant d’établir un diagnostic d’otite moyenne aiguë ou la prescription différée lorsqu’il s’agit d’otite moyenne ou autre. Il arrive souvent qu’un parent ou un patient se présente à la pharmacie après avoir visité le médecin nous faisant part du fait que le médecin lui avait dit que pour l’instant, son enfant n’avait pas besoin d’antibiotique ou que le parent ou le patient ne croyait pas qu’un antibiotique soit nécessaire pour cette toux à l’heure actuelle. Et ils sont parfois laissés un peu sceptiques et ils cherchent souvent des assurances. Il va de soi que le pharmacien est en mesure de fournir des assurances, surtout s’ils connaissent les stratégies actuellement utilisées dans la collectivité. Ils peuvent ensuite étoffer les renseignements sur ces stratégies.  Je tiens donc vivement à vous encourager, notamment les médecins et les pharmaciens communautaires, à communiquer ensemble sur les stratégies qui sont utilisées ou que vous aimeriez utiliser en vue d’optimaliser l’utilisation des antimicrobiens.  Je crois qu’il y a beaucoup d’autres moyens que les pharmaciens pourraient adopter pour favoriser une utilisation judicieuse des antimicrobiens, tels que l’encouragement des traitements de première intention. Le Dr Patrick a mentionné une utilisation très élevée des macrolides et des fluoroquinolones ou l’utilisation ou la recommandation de la pénicilline au lieu de l’azithromycine pour l’angine streptococcique. De plus, il existe des renseignements sur la durée du traitement, donc la recommandation ou l’encouragement d’un traitement de courte durée de, disons, le cotrimoxazole ou les fluoroquinolones lorsqu’il s’agit d’infection simple des voies urinaires comparativement à une durée de sept à dix journées qui ne serait pas forcément nécessaire. On cherche à optimiser la pharmacodynamie des antibiotiques. Donc, on propose l’utilisation de la stratégie d’une dose plus élevée sur une période réduite pour le traitement d’une pneumonie au lieu de doses moins élevées sur une période plus longue. Ou encore, on propose une dose d’amoxicilline plus élevée pour le traitement de l’otite moyenne puisqu’on sait qu’au sein de la collectivité, il y a une résistance généralisée à la pénicilline pour le traitement de *Streptococcus pneumoniae*. Le message clé est que les praticiens de la santé au sein de la collectivité doivent beaucoup communiquer ensemble. Une bonne communication est donc essentielle.  Si vous visitez le site Web de la Journée de sensibilisation aux antibiotiques, une des choses affichées est une ordonnance sans antibiotiques que les médecins peuvent utiliser pour leurs patients. Je crois qu’il s’agit d’un merveilleux outil de communication qui sert non seulement à communiquer avec les patients, mais aussi avec les pharmaciens puisqu’il permet aux pharmaciens communautaires de bien suivre le raisonnement du médecin relatif au traitement d’un patient en particulier.  L’autre chose qui est bien reconnue, c’est que les personnes atteintes de maladies virales sont toujours malades et elles ont besoin que ce fait soit reconnu puisqu’elles cherchent à obtenir de l’aide pour composer avec leurs symptômes. Et il n’est pas nécessaire que la solution soit un antibiotique étant donné la multitude de produits offerts en vente libre. Il y en a qui sont plus efficaces et d’autres le sont moins. Les pharmaciens sont certainement en mesure d’aider les patients à choisir le produit le plus convenable. Ils peuvent leur dire ce à quoi ils peuvent s’attendre de ce produit et dans quelle mesure il sera efficace.  Un des exemples documentés que, je crois, s’avère intéressant dans la documentation est celui des fournisseurs de soins ou des parents qui se trouvent dans la salle d’urgence puisqu’ils n’arrivent pas à calmer la fièvre d’un enfant. Lorsqu’on regarde l’exemple de ces parents ou de ces études, ce que l’on trouve souvent, c’est que la dose de l’antipyrétique n’était pas appropriée, c’est-à-dire qu’elle était trop faible, que les parents avaient une phobie de la fièvre ou qu’ils avaient tenté d’abaisser la fièvre à un niveau inutilement inférieur. Donc, une chose aussi simple que d’aider les parents à administrer la bonne dose à leur enfant pourrait réduire le nombre visites au cabinet du médecin ou aux salles d’urgence.  De plus, le carnet d’ordonnances que j’ai mentionné aborde des questions telles que les conseils de rester à la maison, de se reposer, de boire des liquides, etc. Ce sont des renseignements que le pharmacien pourrait sans doute étoffer.  Je ne passerai pas beaucoup de temps sur cette diapositive puisque je crois que nous l’avons tous vue plusieurs fois. Mais ces messages sont les mêmes que tous les professionnels de la santé devraient adopter relativement à la sensibilisation aux antibiotiques. Ils sont certainement les mêmes messages qui ont été développés par de nombreux pharmaciens dans le cadre de programmes tels que Des pilules contre tous les microbes? et autres. Ces messages comprennent l’importance de se laver les mains, le fait que les antibiotiques ne soient pas efficaces pour traiter les infections virales, les situations qui exigent des antibiotiques, comment les utiliser de façon sécuritaire, la durée du traitement par antibiotiques, les solutions possibles en cas de certains effets indésirables et les circonstances qui exigent que le patient visite son médecin, etc.  Selon moi donc, une des clés est le fait que la plupart de la documentation recommande que pour bien faire passer le message, non seulement est-ce que les professionnels de la santé doivent être bien renseignés, mais les patients et les consommateurs doivent l’être également. Il s’agit d’un vrai travail d’équipe et en notre qualité de professionnels de la santé, nous devons tous collaborer ensemble dans le but de transmettre ce message.  Je crois qu’on apprécie tous qu’il soit beaucoup plus facile de travailler en équipe si on connaît les membres d’équipe et si on sait qui ils sont. Bien qu’il existe de merveilleux exemples de pharmaciens et de médecins qui communiquent très bien, qui collaborent, qui ont des stratégies visant la réduction de la résistance aux antimicrobiens, en dernière analyse, si tous les intervenants ne sont pas conscients de ce que les autres font, il sera beaucoup plus difficile d’atteindre cet objectif. Et ce n’ai pas mon intention d’exclure les infirmières praticiennes et autres. Je sais qu’il y a certainement d’autres personnes qui prescrivent et utilisent des antibiotiques, donc la même chose s’applique à elles.  Une activité qui se produit assez régulièrement ici en Saskatchewan, c’est l’organisation de séances liées à un programme amorcé en Ontario, c’est-à-dire, le programme appelé Partners for Appropriate Anti-infective Community Therapy (PAACT). Nous essayons d’organiser deux séances chaque année et nous avons trouvé que les médecins de famille et les pharmaciens qui y participent en jouissent puisqu’elles sont axées sur des cas et sur la discussion. On peut discuter de cas ou de mises en situation difficiles ou de quelque chose du genre avec tous les intervenants assis autour de la table. Nous avons donc deux médecins de famille, un médecin de salle d’urgence et deux pharmaciens qui participent pleinement. Et je vous encourage, si ce travail vous intéresse, à créer une équipe et de peut-être participer à ce genre d’activité au sein de votre collectivité.  Cela met fin à ma conférence pour aujourd’hui. Merci beaucoup. |
| Animatrice : | Je vous remercie, madame Shevchuk. Nous avons quelques questions qui nous ont été transmises et qui s’adressent à Rita Finley. [La communication a été coupée.] |
| Mme Finley: | Je crois qu’il s’agit d’une question très intéressante. Pour ce qui est de la communication des résultats, c’est plutôt le côté agricole qui traite de cette question et je ne crois pas être en mesure d’y répondre moi-même puisque mon travail porte principalement sur le côté humain. Ce sont les représentants de la composante agricole qui seraient le mieux en mesure d’y répondre puisque cette question relève de leur mandat. Cependant, je crois que nous avons au sein du PICRA une composante de surveillance des isolats cliniques et des isolats cliniques vétérinaires. Par conséquent, nous avons une idée de ce qui se passe du moins du côté animal et dans les isolats cliniques. Et si nous suivons une question quelconque relevant de ce domaine, nous sommes aussi portés à suivre les activités d’autres composantes du PICRA puisque ce sont ces isolats qui sont prélevés d’animaux en bonne santé destinés à la consommation par l’entremise de la vente au détail. Je crois qu’il s’agit d’une conversation qui devrait certainement avoir lieu entre l’Agence de la santé publique et l’Association canadienne des médecins vétérinaires, mais on devrait aussi faire intervenir des représentants d’Agriculture et Agroalimentaire Canada et de l’Agence canadienne d’inspection des aliments. Mais encore une fois, cette une question qui, je crois, est du ressort de l’ACIA ou d’Agroalimentaire Canada puisqu’elle est liée à leur mandat. |
| Animatrice : | D’accord. Je vous remercie beaucoup. J’ai une question supplémentaire, mais je vais d’abord passer à une autre question qui a été posée et qui, je crois, pourrait être abordée. Quelqu’un demande des conseils sur comment [bruit] . . . Dr Patrick? |
| Dr Patrick : | Oui. Je lisais quelques études dernièrement sur ce qui fonctionne le mieux dans les hôpitaux et dans les milieux communautaires, entre autres. Et il y avait une étude de l’Europe, qui n’est toujours pas parue, mais que je révisais. On a trouvé que ce qui fonctionnait le mieux c’était de faire intervenir les médecins directement dans l’élaboration des lignes directrices et de leur diffusion de manière à leur donner un sens d’appartenance. Maintenant, je ne sais pas si un tel arrangement serait possible partout, mais je crois que les médecins, plus que n’importe qui d’autres, veulent avoir un certain contrôle sur le déroulement des activités. Habituellement, ils comprennent le raisonnement qui sous-tend les faits, mais ils n’aiment pas se sentir impuissants face au processus décisionnel. Donc, le fait de susciter la participation d’un groupe de médecins représentatif aux discussions sur les buts et sur les méthodes de mise en œuvre d’un programme de gérance revêt une certaine importance et il importe de faire intervenir plus que les personnes habituelles spécialistes en maladies infectieuses de la pharmacie lorsque possible. L’autre côté de la médaille, lorsqu’on évalue ces choses et que j’ai trouvé très intéressant, c’est que les programmes de gérance fonctionne le mieux lorsque personne n’en est exempt. Cela signifie que les spécialistes en maladies infectieuses qui se trouvent sur place dans les hôpitaux ne peuvent se voir soudainement prescrire des ordonnances pour, vous savez, cinq choses qu’on ne prescrirait pas dans certaines situations forts du simple fait d’avoir suivi deux années d’études en maladies infectieuses puisqu’une telle approche minerait tout le système de gérance. Il est donc question que tous les intervenants soient d’accord sur les mêmes lignes directrices. |
| Animatrice : | D’accord. Merci. Madame Shevchuk, voulez-vous répondre à la même question? |
| Mme Shevchuk : | Bien, je dirais simplement que je suis entièrement d’accord. J’ai moi-même un peu d’expérience en établissement où, de fait, une fois que les médecins déviants avaient été invités à rédiger des lignes directrices, leur attitude a complètement changé. Donc, je crois que la clé c’est d’obtenir le soutien des médecins et dès qu’ils comprennent ce que vous tentez de faire, il y a, en général, une super bonne collaboration. |
| Animatrice : | Nous avons une dernière question pour Mme Finley. À qui est-ce qu’on fera part des mises à jour des médicaments importants dans la lutte contre la NDM-1? |
| Mme Finley : | Bien, je crois qu’il y a deux groupes qui s’occupent actuellement du classement des médicaments qui revêtent une importance pour la santé humaine. Il y a la Direction des médicaments vétérinaires de Santé Canada quoiqu’il s’agisse plutôt de médicaments utilisés dans le secteur animal qui ont une incidence importante sur la santé humaine. Mais l’OMS a également créé des catégories de médicaments antimicrobiens et elles ont tout récemment été mises à jour l’année dernière, je crois, à la suite d’une réunion tenue à Genève. Donc, je crois que dans le cadre de ce processus, l’OMS compte réexaminer ces catégories. De plus, l’OMS tient compte du type d’infections et du type de médicaments utilisé pour traiter ces infections et détermine s’il existe d’autres moyens de défense ou d’autres médicaments qui pourraient être utilisés dans le traitement de ces maladies. Si la colistine est notre dernier moyen de défense contre la NDM-1, j’imagine que lors de notre prochaine table ronde, on suggérera autre chose et il se peut, je ne sais pas puisque que ne fais pas partie du groupe qui travaille avec l’OMS sur ce dossier, qu’on lui accorde une classe de très grande importance en se fondant sur le critère qu’il n’existe aucun autre médicament pour traiter la NDM-1. Mais je crois qu’il s’agit d’une catégorie plus large et qu’on devrait procéder avec prudence en se penchant plutôt sur l’infection pour ensuite déterminer les traitements possibles et s’il existe d’autres médicaments qui pourraient être utilisés. J’espère avoir répondu à votre question. |
| Animatrice : | Oui, c’est parfait. Merci. Il y avait aussi une autre question – vous devriez être capable de la voir si vous – pardon, elle portait sur le fait que l’échange de médicaments en ligne soit un moyen de gagner de l’argent qui est de plus en plus utilisé. Comment pouvons-nous résoudre ce problème? Donc, j’imagine qu’il s’agit d’une question pour le Dr Patrick ou - |
| Dr Patrick : | Bien, je crois que la question clé c’est d’assurer de combler toute échappatoire aux lois sur les antibiotiques au Canada, et ce de façon définitive. Sur le côté de la santé humaine donc, il est évident qu’il existe des règlements clairs et nets sur la prescription des ordonnances, sans exception. Donc, s’il y a des personnes qui s’échangent des antimicrobiens au moyen d’Internet, elles le font de façon illégale et pourraient se faire poursuivre. Sur le côté agricole, il existe de bons règlements concernant ce que les vétérinaires peuvent prescrire et ce genre de choses, mais il y a certaines stipulations qu’on appelle « l’utilisation personnelle » qui permettent à un exploitant agricole d’obtenir des antibiotiques sans passer par les voies habituelles à condition qu’ils soient utilisés uniquement sur sa propriété. Mais cela signifie qu’en raison d’une telle faille, nous avons une utilisation d’antimicrobiens importante qui ne soit pas mesurée ou réglementée et qui échappe parfois à la surveillance d’un vétérinaire. C’est donc une question qui bénéficierait probablement d’une rencontre entre vétérinaires et médecins pour discuter d’une façon positive de procéder et d’un programme commun sur ce genre de question. |
| Animatrice : | Y a-t-il quelqu’un qui voudrait ajouter quelque chose? |
| Mme Shevchuk : | Je dirais que je crois que la sensibilisation et l’éducation du consommateur sont aussi importantes non seulement sur la question des antibiotiques, mais dans de nombreux cas, vous savez, lorsqu’il s’agit de médicaments contrefaits achetés au moyen d’Internet ou autres, le consommateur ne peut être sûr du produit obtenu s’il ne connaît pas le fournisseur. Donc, la sensibilisation du consommateur en général importe aussi pour qu’il puisse savoir qu’il ne s’agit peut-être pas du meilleur moyen d’obtenir des médicaments. Et Santé Canada assure une certaine sensibilisation dans ce domaine. |
| Animatrice : | Je voulais voir si je pouvais obtenir une autre question pour Rita. Et c’est que les lignes directrices recommandent [. . .] de première ligne |
| Mme Finley : | Oh, il s’agit d’une question difficile. Je ne suis pas médecin, donc je ne participe aucunement dans la formulation de ces lignes directrices. Je sais qu’au sein du PICRA, sur côté de la santé humaine, nous n’obtenons des données que sur la résistance aux antimicrobiens de la *Salmonella*, donc s’il y a quelque chose, ce serait les seules données qu’on pourrait transmettre aux médecins. Et on peut avoir accès aux renseignements en consultant nos rapports annuels et notre site Web. Ils n’existent qu’au niveau provincial – nous n’avons rien au niveau local. Et je ne suis pas certaine comment on pourrait fournir ce genre de renseignements au niveau local. Cela demanderait qu’on obtienne plus de données de nos patients. C’est une bonne question et je crois que nous serions très ouverts à en discuter avec les représentants de l’association médicale si ceux-ci estimeraient que ce soient des renseignements nécessaires aux pratiques en matière d’ordonnances. Nous serions très ouverts à en discuter avec eux. |
| Dr Patrick : | Et David – est-ce que peux tenter une réponse également? |
| Animatrice : | Mais bien sûr. Allez-y. |
| Dr Patrick : | Ce genre d’information n’est pas largement disponible. En Colombie-Britannique, nous ne manquons pas d’éviter de dépendre uniquement de l’information de nos hôpitaux PCSIN, mais nous travaillons avec certains labos dont le travail porte beaucoup sur les isolats communautaires dans le but de publier ces résultats dans nos rapports sur les tendances en matière de résistance de sorte à renseigner nos médecins. Mais il est probablement intéressant de savoir que le Dr Saxinger de l’Association pour la microbiologie médicale et l’infectiologie Canada cherche à apprendre si les hôpitaux à l’échelle du pays qui pratiquent tous des antibiogrammes seraient ouverts à l’idée d’afficher leurs résultats sur un site Web commun, annoté et tout parce que tous les hôpitaux ont de nombreuses raisons qui expliqueraient les différentes tendances en matière de résistance selon leurs groupes de clients. Mais s’il y aurait au moins un endroit central qui permettrait de consulter les résultats des principaux hôpitaux ou laboratoires et d’obtenir un instantané de leur antibiogramme, et que tout le monde en serait au courant, cela constituerait une amélioration énorme dans la pratique puisqu’on serait muni de renseignements courants. |
| Animatrice : | Je vous remercie tous beaucoup de vos conférences et de vos commentaires. Je les ai très appréciés . . . Et je tiens à ajouter que dans une heure, nous pourrons entendre le point de vue d’un médecin de famille. Ensuite à 14 h, le Dr Saxinger nous adressera la parole sur l’utilisation des antimicrobiens et sur la gérance dans les hôpitaux. |
|  | **FIN DE L’ENREGISTREMENT** |