|  |  |
| --- | --- |
| Animatrice : | - S’il est nécessaire, vous pouvez écouter par téléphone en composant le numéro sans frais. Pendant la conférence, on vous invite à afficher des questions en les dactylographiant dans l’encadré qui figure sur le côté gauche de votre écran.  Maintenant, j’aimerais vous présenter le Dr Lynora Saxinger de l’Université de l’Alberta. Sa conférence portera sur les programmes de gérance d’antimicrobiens au sein des hôpitaux. |
| Dr Saxinger : | Bonjour. J’espère que mon système audio fonctionne. Vous m’entendez bien? |
| Animatrice : | De mon bout, la communication est bonne. |
| Dr Saxinger : | Ma voix ne le sera peut-être pas parce que je suis moi-même atteinte d’un virus à présent et j’espère que je ne perdrai pas ma voix pendant ma conférence. Tel qu’il a été mentionné, je m’intéresse à la gérance des antimicrobiens. Je suis médecin spécialiste en maladies infectieuses. Et je tente de participer à de nombreuses initiatives, de faire intervenir les personnes à l’échelle du pays au dossier de la gérance des antimicrobiens dans les hôpitaux. Je passerai en revue quelques principes sur la gérance des antibiotiques puisque je comprends que [communication coupée] tout en comprenant qu’il existe de nombreuses personnes qui pourraient posséder une meilleure expertise que moi et qui participent peut-être à cette conférence ou qui l’évalueront plus tard. De plus, j’ai tenté d’inclure des extraits plus récents de la documentation sur des questions qui connaissent une certaine évolution liées à la mesure, à la justification et à la durabilité de la gérance au sein des hôpitaux. Je suis ouverte à vous faire parvenir les ressources sur demande. J’ai inclus mon adresse courriel dans la première diapositive. J’ai également fourni les ressources dans cette diapo.  Et la première chose que j’entends souvent c’est : Qu’est-ce qu’on veut bien dire par la « gérance des antibiotiques »? Et c’est bizarre qu’il n’y ait pas une seule définition reçue, mais il existe différentes définitions qui varient d’une publication à l’autre. Et je préfère la suivante puisqu’elle me semble très claire : *la bonne gérance des antimicrobiens est une pratique qui assure la meilleure sélection, la meilleure dose et la meilleure durée d’un traitement antimicrobien qui mène au meilleur résultat clinique dans la prévention ou le traitement d’une infection tout en donnant le moins d’effets toxiques et le moins de risques de résistance subséquente.*  Donc, il s’agit en quelque sorte du « Saint-Graal » du traitement antibiotique. Et le modèle de gérance [?], lorsque je tentais d’abord de saisir sa signification [je me suis rendu compte] qu’il ne s’agissait pas de surprescription, mais que c’était plutôt un moyen qui permettait de diriger les prescripteurs dans l’utilisation de l’énorme menu d’antibiotiques que nous avons et de tenter d’établir un jumelage entre l’état du patient et l’antibiotique. Et dorénavant, lorsque j’emploierai le sigle PGA, cela signifie programmes de gérance d’antimicrobiens [et ils] fournissent une expertise supplémentaire dans l’utilisation d’antibiotiques tout en assurant une correspondance entre l’antibiotique et les renseignements dont dispose le prescripteur sur le patient dans le but d’obtenir le meilleur résultat puisqu’on sait que la personne qui s’occupe du patient bénéficie d’une connaissance approfondie de ce dernier.  L’autre chose est qu’il s’agit d’un programme multidisciplinaire. Il nécessite une équipe. Et ordinairement, l’équipe est composée d’un médecin (souvent un médecin spécialiste en MI) et d’un pharmacien clinicien qui possède une formation en maladies infectieuses. Lorsqu’on étudie cette idée, disons les lignes directrices que je mentionne dans la prochaine diapo, on trouve souvent qu’idéalement, on devrait inclure un biologiste spécialisé en antimicrobiens, un informaticien spécialisé, un professionnel qui lutte contre les maladies infectieuses et un épidémiologiste de l’hôpital. Et le programme est habituellement dirigé ou codirigé par la section des MI et la pharmacie. Le programme comprend le suivi et l’analyse des données [communication coupée]. Donc, c’est, en réalité, une entité qui doit être créée au sein de la structure administrative de l’hôpital.  Donc, voici les premières lignes directrices qui ont suscité beaucoup d’intérêt sur la question de la gérance. Elles ont paru en 2007 et au cours des deux ou trois années depuis. Chaque année, nous avons vu un nombre de rapports croissant sur les résultats des programmes de gérance, de nombreux ateliers sur comment mettre un programme de gérance en place et beaucoup de programmes de formation et de perfectionnement professionnel dans un effort de faire participer les personnes à ce genre d’initiatives.  Et juste à titre informatif au cas où il y aurait des personnes qui ne le savent pas, les deux stratégies de base qu’on peut adopter si vous essayez d’affecter l’utilisation des antimicrobiens au sein d’un hôpital et même dans les milieux communautaires, sont les vérifications éventuelles accompagnées d’interventions et de commentaires qui se fient à un genre d’indice pour étudier l’utilisation des antimicrobiens, et ensuite l’offre d’une rétroaction non sollicitée.  Ce qu’il y a de positif dans cette approche, par exemple, c’est que si vous utilisez des résultats communiqués qui sont axés sur la microbiologie, vous pouvez alors intervenir s’il vous semble que le patient ne suit pas un traitement optimal. Et votre intervention se fait plus ou moins en temps réel. L’autre moyen souvent utilisé par des personnes comme élément déclencheur est l’utilisation de certains agents à spectre étendu et elles vérifient ensuite pour déterminer si l’utilisation de cet agent semble être justifiée dans un certain cas ou si une autre solution s’imposerait.  L’avantage d’une telle approche est qu’à condition d’entretenir de bonnes relations avec ses prescripteurs et de faire preuve de soutien, elle permet un bon dialogue qui favorise l’apprentissage et je crois que la qualité de la pratique et des centres qui ont un bon programme de gérance est rehaussée d’une certaine manière.  L’autre option proposée par certaines personnes c’est la restriction d’accessibilité à l’autorisation au préalable qui finit souvent en se faisant dire que *« nous ne pouvons pas obtenir cela »* ou que *« vous devez d’abord obtenir une autorisation pour obtenir cela*.*»* Évidemment, cette approche est beaucoup plus difficile à justifier auprès du client. Et elle exige souvent de nombreux appels à la personne qui joue le rôle de gardien des antimicrobiens à spectre étendu. Mais pour ce qui est d’obtenir un effet immédiat, il s’agit probablement du moyen le plus direct. Son exécution peut s’avérer difficile. Donc, je m’imagine que c’est comme les bonnes fées des antibiotiques qui viennent vous aider avec vos difficultés ou la police des antibiotiques. À vrai dire, les deux scénarios comportent des éléments de chaque côté, si je peux ainsi dire.  Toujours sur le plan conceptuel, je voudrais également souligner que nous avons les personnes à risque, les patients et l’utilisation communautaire des antibiotiques, y compris l’utilisation au sein des milieux vétérinaire et agricole qui représentent une force majeure. S’ajoute à ces milieux, le milieu hospitalier. Certains agents pathogènes peuvent être prédisposés à la résistance sur le plan génétique. L’approche de la prévention des infections vise un certain effet sur l’interaction entre l’agent pathogène et la personne à risque. L’objectif des programmes de gérance devraient exister dans les milieux hospitaliers, communautaires, vétérinaires et agricoles pour limiter l’exposition des personnes et des animaux aux antibiotiques en sensibilisant les intervenants à la prévention des maladies.  Je reviendrai donc au scénario clinique. Je ne suis pas certaine si l’auditoire est principalement composé de personnes qui travaillent en clinique, donc pardonnez-moi si ce n’est pas le cas. Mais, les personnes ont une certaine approche aux antibiotiques qui est appropriée et très axée sur le patient. Dans ce cas, nous avons un homme âgé de 83 ans qui nous est venu de son domicile et qui a été admis. Il était atteint d’une fièvre et ces symptômes étaient les suivants : confusion mentale, hypotension, il réagit bien aux liquides, antécédents d’hyperplasie bénigne de la prostate, qui est une maladie liée à une prothèse, et dysurie. Donc, certains de ses symptômes étaient liés aux voies urinaires. De plus, récemment, il a été atteint d’une pneumonie d’origine communautaire dont il s’est assez bien remis. Et son niveau de créatine était de 96 et sa numération des leucocytes était de 14 avec un déséquilibre prononcé de neutrophiles.  Donc quand vous y aurez pensé, vous pouvez dactylographier vos réponses si vous le désirez, mais si ne voulez pas le faire, ça va aussi.  Traitement antibiotique – qu’est-ce qui nous vient à l’esprit? De nombreuses personnes suggéreraient quelque chose comme la céphalosporine de troisième génération. Les personnes qui choisissent la reconnaissance des formes des infections des voies urinaires pourraient opter pour la cipro IV ou la cipro PO. On pourrait considérer l’ampicilline ou la gentamicine comme étant un choix raisonnable. Et la sélection de l’imipenem pipéracilline-tazobactam pourrait également être considérée comme étant un choix raisonnable selon votre estimation de la gravité de l’état de cet homme. Et quelqu’un de courageux nous a indiqué ce qu’il prescrirait. Y a-t-il d’autres personnes qui s’intéresseraient à nous envoyer une réponse pour enrichir la discussion? Vous ne risquez rien puisque la bonne réponse n’est pas fixe.  Il ne mange pas? Eh bien, il mange maintenant. On vient de lui poser une sonde Foley.  Donc, les réponses représentent assez bien les personnes qui les ont envoyées. Je remarque que personne n’a choisi la cipro. Merci. Lorsque je donne ces choix à un auditoire général, les membres la choisissent souvent. Mais, bien des fois le modèle utilisé est – on pense à un moyen efficace pour ce patient, on pense à la sécurité de ce patient. Parfois, les personnes vont jusqu’à tenir compte du coût, mais c’est quand même assez rare chez les prescripteurs. La prochaine étape est de considérer la résistance.  Donc, lorsque j’ai étudié ce cas, j’ai cru qu’il avait une chance de 60 % d’être infecté à *E. coli* et une chance de 10 % d’avoir une infection à *Klebsiella* ou à *Proteus* ou quelque chose du genre. J’aimerais en parler. J’ai donc jeté un coup d’œil à notre propre antibiogramme de la localité en utilisant nos propres données du labo et j’ai découvert que ma prévision du taux d’efficacité relatif à ces agents était le même qui y figurait en se fondant sur cette proportion d’isolats. Et honnêtement, je crois que de nombreuses personnes font ce genre de raisonnement de façon générale sans atteindre ce niveau de détails. Il y a ensuite la question de la sécurité et évidemment, la plus grande aberration est la gentamicine.  La question suivante est de déterminer si on a même la responsabilité de prendre le coût en considération. Et cette question suscite un certain débat chez plusieurs prescripteurs, mais c’est une des choses que l’on utilise pour inciter la mise en place des programmes de gérance. Donc, je crois qu’effectivement, nous avons la responsabilité de considérer le coût. Enfin, qu’arrivera-t-il si un des antibiotiques est plus ou moins susceptible de favoriser la résistance? Donc, vous ne pensez plus à cet homme, mais aux futurs patients. Avons-nous la responsabilité de considérer cette question?  Et cela m’amène à la difficulté centrale de la gérance des antibiotiques : malgré le fait que les antibiotiques sont bons, nous devons limiter leur utilisation.  Nous pesons donc les observations de tous les intervenants au sein du milieu hospitalier en les résumant ainsi : en raccourcissant la durée d’une maladie liée à une infection bactérienne, nous pouvons offrir des interventions qui ont l’avantage de sauver des vies chez les personnes atteintes de maladies graves. Mais, en recherchant un équilibre, on crée un changement dans l’écologie d’un patient, un changement dans l’écologie d’une collectivité et des effets secondaires possibles.  Donc, en raison de l’élément de la résistance et de la question de l’écologie, les antibiotiques sont, en réalité, des drogues de société. Un médicament antihypertenseur a un effet sur la personne qui le consomme, mais une bactérie résistante aux antimicrobiens peut être transmise à d’autres personnes. Et le taux d’utilisation dépasse de beaucoup la plupart des autres catégories de médicaments et cela a un effet sur l’ensemble de la collectivité. D’après divers sondages, entre 50 et 75 % des patients hospitalisés ont reçu des antimicrobiens et la plupart des sondages qui portaient sur un usage approprié suggère que ce pourcentage se situe entre 50 et 99 % [communication coupée]. . . . le pauvre prescripteur qui évalue tous les autres éléments doit aussi prendre en considération l’interprétation des tests, les CMI, les IBE, les lignes directrices, les profils de résistance, l’interaction médicamenteuse, les effets secondaires et bien d’autres décisions sur la durée et la voie du traitement en plus des considérations par rapport aux organismes résistants, tels que l’ERV et le développement de *Clostridium difficile*.  Donc, la gérance comprend trois buts principaux. Et j’ai mis la résistance au milieu parce que je crois qu’en dernière analyse, c’est un but très important de la gérance, c’est-à-dire celui de la réduction de la résistance. La sécurité du patient, selon moi, est un autre grand but et le contrôle des coûts, je crois, joue un rôle puisqu’il nous permet d’atteindre les deux premiers buts.  Donc, dans le milieu hospitalier, les antibiotiques représentent, en général, la classe thérapeutique la plus importante dans la plupart des budgets. Et comme je l’ai déjà mentionné, dans d’autres études, on administre un médicament antimicrobien à entre 30 et 60 % de tous les patients hospitalisés au moins une fois lors de leur séjour. Par conséquent, les hôpitaux constituent un « milieu cible » qui pourrait donner beaucoup de résultats dans l’amélioration de l’utilisation des antibiotiques.  Maintenant, je vais rentrer un peu plus en détail dans certaines questions liées à la gérance. Une des questions semble être évidente et c’est la question de la mesure de l’utilisation des médicaments. On doit être en mesure de voir les effets de l’utilisation et d’essayer d’établir une corrélation entre l’utilisation et le profil de résistance. C’est plus difficile qu’on ne le croirait. Il faut procéder à l’indexation des dépenses pour pouvoir comparer les médicaments au sein d’un hôpital et entre hôpitaux. De plus, les activités et les groupes de clients des hôpitaux varient. En dernière analyse, bien que mon interprétation de l’ensemble du domaine m’indique qu’on s’apprête à poser les jalons de l’utilisation des antimicrobiens dans tous les hôpitaux, une telle orientation peut s’avérer très, très difficile si les hôpitaux adoptent des pratiques très différentes et que leurs groupes de clients soient différents. Et le principal objectif de tout cela est de déterminer la proportion de l’usage que l’on peut cibler pour de telles interventions.  Donc, sur cette même question, un renvoi assez récent tiré de notre propre enquête par sondage a révélé qu’environ un tiers de la consommation d’antibiotiques entre hôpitaux s’expliquait par un modèle à plusieurs variables. On a utilisé 87 antibiotiques dans 130 hôpitaux et la moyenne du taux total de l’utilisation d’antibactériens était assez impressionnante : 789 journées de traitement par 1000 jours-patient. Et le modèle qu’on a trouvé pour expliquer environ un tiers de la dispersion était le nombre de lits d’hôpital, le nombre de lits de service de soins intensifs, le nombre d’interventions chirurgicales, le nombre de cas de pneumonie, le nombre de bactériémies et le nombre d’infections des voies urinaires par 1000 mises en congé de patients. On en conclut que l’autre partie de la dispersion entre hôpitaux serait attribuable aux variations entre prescripteurs, ce qui laisse entendre qu’il y a possibilité de modifier cette utilisation. Et il existe d’autres ensembles de données qui laissent croire qu’on peut expliquer davantage la dispersion en utilisant d’autres modèles, mais il s’agissait d’un exemple nord-américain.  Il faut ensuite décider ce que l’on veut mesurer. Pour bon nombre d’hôpitaux, le moyen le plus simple d’y arriver est de déterminer le montant d’argent dépensé pour l’achat d’un médicament et le nombre de flacons achetés. Parmi les pratiques les plus souvent adoptées – par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et par presque tous les intervenants à l’échelle mondiale – dans l’utilisation des antimicrobiens figurent les doses quotidiennes définies (DQD) de l’Organisation mondiale de la Santé. Cette méthode vous permet de diviser le nombre de flacons par le nombre de doses quotidiennes pour obtenir la valeur des DQD. Cette valeur vous permet d’effectuer une comparaison entre les médicaments et entre hôpitaux. Et cette comparaison suffit pour certains de ces objectifs, mais la dose administrée n’est souvent pas la même que la DQD obtenue et recommandée par l’Organisation mondiale de la Santé.  Il peut s’avérer très difficile d’obtenir une bonne comparaison entre médicaments. Il peut être difficile de se faire une idée du montant réel utilisé parce qu’il se peut qu’on ait sous-estimé ou surestimé l’utilisation si la DQD diffère de la dose administrée. On a aussi discuté du fait qu’on voudrait peut-être passer à une utilisation des données sur le traitement (DT) à condition de pouvoir les obtenir. Donc, lorsqu’on examine les systèmes informatiques des hôpitaux, on devrait adopter des moyens qui permettraient au moins la collecte des DQD et l’ajout des DT serait également un objectif très utile à se fixer vu l’évolution des pratiques.  Donc, montrez-moi des preuves. Les programmes de gérance existent depuis longtemps et de nombreuses personnes ont des programmes bien établis. Les résultats obtenus à l’aide de ces programmes sont très concluants, surtout lorsqu’il s’agit d’économies de coûts, mais aussi au chapitre de la sécurité du patient. Les changements relatifs à la résistance peuvent être plus difficiles à saisir, mais les meilleures données sur l’effet de la résistance portent sur le taux de *C. difficile*,d’ERV et de BLSE.  Je vous donnerai des ressources sur cette question. Donc, il existe des données qui, entre autres, nous indiquent une utilisation superflue, même dans les services de soins intensifs où les patients sont le plus à risque et les plus malades. Et dans le cadre d’une étude, on a jugé inutiles 30 % des journées de traitement antibiotique, y compris un nombre de traitements assez élevé contre la colonisation d’une contamination. De plus, je veux attirer votre attention sur le fait que la durée a été plus longue que nécessaire dans une proportion assez importante des cas.  On mène actuellement un nombre croissant d’études sur la durée d’un traitement et sur les patients des services de soins intensifs, notamment ceux atteints d’une pneumonie associée à l’utilisation d’un ventilateur, par exemple. Et les données sont plutôt concluantes, donc notre niveau de confiance devrait être tel qu’on puisse s’y fier sans la moindre inquiétude, mais comme le disait un médecin : « Le fait de ne pas changer nos pratiques en fonction des données probantes pour la simple raison qu’on se sente à l’aise avec une autre durée donnée ne tient pas compte des méfaits qu’on inflige à nos patients lorsqu’on abuse des antibiotiques. » Et le « niveau de confiance du médecin » n’a jamais été le but ultime d’un essai clinique et ne devrait jamais l’être. Le message de cette personne me semblait un peu excessif, mais j’ai quand même apprécié son point de vue parce qu’il est vrai que, lorsqu’on examine le patient qui est devant nous, on a tendance à vouloir protéger le patient et on ne pense pas forcément aux méfaits éventuels des antimicrobiens.  Il existe des données qui indiquent que les résultats pour les patients sont pareils ou meilleurs lorsqu’il y a un programme de gérance destiné aux fournisseurs pour les aider. On a 82 % comparativement à 43 % des patients qui suivaient un traitement précis et approprié dans le cadre d’un essai randomisé par grappes qui visait à informer. On voit aussi une diminution de *C. difficile*,des modifications aux formulaires posologiques, des limites sur les agents à spectre étendu et une amélioration du dosage rénal.  Donc, pour vous donner un exemple de la sécurité en matière d’antibiotiques, nous avons tendance, en médecine, à avoir un point de vue très, très tenace sur le fait que les antibiotiques sont très, très sécuritaires et bénéfiques. Cependant, lorsqu’on évalue une infection des voies respiratoires supérieures dont je suis actuellement atteinte, il faudrait traiter 400 patients avant d’éviter une complication telle que la pneumonie. Et cela comprend les patients à risque élevé atteints d’une MPOC. Et si on regarde les risques de l’utilisation d’antibiotiques, de 5 à 25 % pourraient contracter une infection à *C. difficile*; 2 % pourrait développer une réaction cutanée qui peut parfois être grave; une personne sur 5000 pourrait souffrir d’anaphylaxie. Il y a ensuite toute une série de facteurs comme l’allongement des intervalles QT, la rhabdomyolyse, le syndrome de Stevens-Johnson, la néphrotoxicité. Et les antibiotiques représentent 20 % des visites aux salles d’urgence à la suite d’une réaction indésirable d’un médicament et il s’agit là d’une estimation prudente. Qui plus est, la plupart de ces antibiotiques n’ont probablement pas été administrés pour des motifs impérieux. Et les risques associés aux médicaments antibiotiques tels que le sulfamide et la clindamycine sont, en général, du même ordre que les risques associés aux médicaments que l’on considérerait, vous savez, assez biens, mais qu’on n’administrerait pas sans avoir de bonnes raisons – l’insuline, la warfarine et la digoxine. Les risques sont semblables.  Donc, si on dirait quelque chose comme ce qui suit : « Pour votre infection, il y a environ une chance sur 400 qu’un antibiotique empêche une complication grave, une chance de 5 à 25 % qu’il provoque peut-être une diarrhée et une chance sur 100 que vous ayez à visiter la salle d’urgence en raison d’une réaction sévère. » Cela peut sembler un peu fort, mais je crois qu’il est important de retenir ce point. Et certaines personnes iraient jusqu’à maintenir que le risque au patient pèse plus lourd que l’enjeu de la résistance dans le cadre de la discussion visant à minimiser l’utilisation superflue des antibiotiques.  Donc, l’adoption de l’argument écologique lorsqu’il s’agit de résistance, et je sais que d’autres conférenciers aborderont cette question beaucoup plus en détail, l’utilisation et la résistance existent en parallèle dans les hôpitaux et partout ailleurs. Les services de soins de santé qui affichent le plus haut niveau d’utilisation ont également les taux de résistance les plus élevés. Les organismes résistants aux antimicrobiens ont un taux de prévalence plus élevé lorsqu’il s’agit d’infections nosocomiales que lorsqu’il est question d’infections d’origine communautaire. Et il est plus probable que les organismes résistants se manifestent chez les patients qui ont déjà reçu des antimicrobiens et plus la durée de la posologie de ces patients est longue, plus la résistance des organismes augmente.  J’ai révisé ce texte, mais il y a aussi des données qui indiquent qu’on peut avoir un effet sur le risque endémique de ce que j’appellerais la « flore nosocomiale ». Il s’agissait d’un programme de gérance des antimicrobiens mené par les membres du personnel des maladies infectieuses qui exigeait une autorisation des antimicrobiens à spectre étendu qui avaient, auparavant, été utilisés très, très fréquemment par le centre. Ces données sont relativement anciennes, mais elles ont indiqué que le profil de sensibilité des isolats de *Pseudomonas* a subi un changement remarquable pendant la période précédant l’intervention et pendant la période suivant l’intervention. Et la période de temps dont il s’agit est d’environ un an et demi.  Lorsqu’on examine l’effet des programmes de gérance dans leur ensemble, c’est-à-dire une réduction d’ordonnances de 24 %, et puisque je présume que cette réduction n’était pas associée à un taux de mortalité plus élevé, j’en conclus qu’il est probable que ces ordonnances n’étaient pas nécessaires aux soins des patients. Nous avons donc, une réduction de l’utilisation inappropriée allant de 42 % à 20 % - la réduction des infections à SARM, pas de colonisations mais d’infections. Et on voit la réduction des bactéries à gram négatif résistantes d’*E. coli* et de *K. pneumonia* de BLSE, et d’*Acinetobacters* résistants de la céfalexine.  Donc, de meilleurs résultats et une résistance diminuée nous semblent biens. Et l’économie de coûts – la plupart des études ont indiqué que les programmes peuvent facilement réaliser des économies de 100 000 $ à 300 000 $ par année, ordinairement en dollars américains, par hôpital.  Mais un collègue nous faisait part d’une mise en garde lors de la réunion récente de l’IDSA et dont le programme de gérance avait connu un succès et réalisé des économies importantes. Le programme, qui avait obtenu un financement, a épargné 1,25 million de dollars américains. Le programme avait pour objectif de remplacer l’utilisation de la cipro IV par la cipro PO, de mettre en place des restrictions d’antifongiques et un programme qui diminuait le traitement après 72 heures en fonction des résultats de culture. Et lorsque la direction a pris connaissance de ces résultats, elle s’attendait à des résultats semblables chaque année et lorsqu’on n’a pas pu afficher des résultats semblables au cours des années subséquentes - en partie parce que les premiers résultats correspondaient à des interventions importantes et uniques, entre autres, elle n’a pas voulu autoriser la continuation du financement. Donc, je crois qu’on doit s’assurer de bien inscrire les résultats espérés dans leur contexte.  En dernière analyse, il est bien de réaliser des économies, mais le fait de sauver des vies est beaucoup, beaucoup mieux. Et non pas seulement les patients que nous avons devant nous, mais nos petits-enfants devraient également tirer avantage d’un bon traitement thérapeutique des infections.  Quelle est donc la direction future? Il y a une demande croissante pour les programmes de gérance des hôpitaux, des associations professionnelles, des organismes d’accréditation (on commence à se pencher sur cette question) et des groupes défenseurs de la sécurité des patients. Pour ce qui est du retard qu’on accuse, nous en sommes parallèlement au même point que l’étaient nos prédécesseurs lors des premiers jours de la prévention des infections à bien des égards. Il faut qu’on perfectionne la [métrologie]. On doit continuer à obtenir des données sur les résultats. Il faut développer davantage la pratique et la gérance au sein de notre communauté en offrant un soutien à tous ses membres : les médecins, les pharmaciens et les autres professionnels qui s’intéressent à la gérance. Et je crois qu’il faut ajouter de façon explicite que le lien entre l’utilisation dans les hôpitaux, la collectivité et les milieux agricole et vétérinaire doit toujours être reconnu et discuté de manière à pouvoir tenter de mettre en corrélation les changements qui ont lieu dans ces divers domaines. On devrait se faire part des ressources qui servent à obtenir un appui administratif au chapitre des programmes de gérance.  Un mot sur le groupe que je préside actuellement de l’AMMI Canada, qui est l’Association pour la microbiologie médicale et l’infectiologie Canada. Le comité chargé de la gérance et de la résistance aux antimicrobiens amorcera son travail sur des trousses pédagogiques à l’intention des pharmaciens et des médecins qui offrira en même temps une formation aux formateurs en matière de gérance aussi bien que dans le cadre de la FMC. On continue aussi à mettre de la pression en vue de l’adoption de lois sur les normes en matière d’accréditation qui aiderait à préconiser une bonne utilisation.  Donc, je résume presque à temps et je n’ai toujours pas perdu ma voix. La Journée de sensibilisation aux antibiotiques et la médecine moderne en milieu hospitalier . . . on nous confie le soin de personnes très malades, nous avons d’excellents outils et parmi ceux-ci, l’un des plus importants est l’antibiotique. De nombreuses personnes diraient que les antibiotiques ont, en quelque sorte, défini l’ère de la médecine moderne; ils ont constitué l’intervention communément disponible qui a créé une réponse tellement remarquable et qui a évidemment sauvé la vie d’un si grand nombre de personnes. Et si nous n’agissons pas correctement, il se pourrait qu’on soit au bord du précipice d’une ère « postantibiotique ».  Je vous rappelle que le mot anglais « steward » connaît ses origines dans le mot « stigweard » de l’ancien anglais, l’anglo-saxon, qui signifie le « gardien de la salle ». Donc, il s’agissait de la personne chargée d’assurer le maintien du centre communautaire. Et pour assurer le maintien de la salle à des fins futures, nous devons utiliser les antibiotiques judicieusement dans tous les milieux. Et étant donné que les hôpitaux servent d’endroits rassembleurs aux personnes les plus malades et à des groupes de prescripteurs très définis, il va sans dire qu’ils représentent un milieu qui mérite notre attention en ce qui concerne l’utilisation appropriée des antimicrobiens et la gérance de ceux-ci.  Et je crois que cela met fin à ma conférence. Je crois avoir compris qu’on laisserait les questions à plus tard. Est-ce que j’ai raison? |
| Animatrice : | C’est exact. Nous avons une question qui porte sur l’exemple de cas. |
| Dr Saxinger : | Ah. La raison pour laquelle je n’y suis pas revenue c’est que lorsque j’ai fait cet exercice par le passé, j’ai étudié les sondages généraux. Je dirais que la mauvaise réponse était, sans doute, la cipro. Je dirais que la ceftriaxone sert de très bonne réponse dans la plupart des milieux. Si vous vous trouvez dans une collectivité où le taux d’infections résistantes à la BLSE est élevé, particulièrement les infections des voies urinaires, il serait certainement indiqué d’utiliser un carbapenem. Et à vrai dire, de nombreuses personnes changent actuellement leur pratique s’il s’agit d’un patient très, très malade – il se peut que l’état de cet homme n’ait pas été aussi grave – et elles utilisent d’abord un carbapenem en se penchant ensuite sur la question de la gérance tout en diminuant le traitement une fois les résultats obtenus. Puisqu’on avait prescrit à cet homme de la lévofloxacine probablement en raison de sa pneumonie d’origine communautaire, tout le monde avait bonne raison d’éviter les quinolones puisque cet homme aurait probablement des isolats résistants à la quinolone pendant au moins trois mois à la suite de son exposition aux antimicrobiens. Donc, pour cet homme, mes deux premiers choix seraient la ceftriaxone et les carbapenems. |
| Animatrice : | Excellent. Merci beaucoup Dr Saxinger! Nous avons apprécié votre conférence. Toutes les conférences, y compris celle-ci, seront affichées en ligne au plus tard à la fin de la semaine prochaine. Je vous invite également d’afficher vos questions à la section des questions et réponses de la webémission.  Nous avons maintenant le Dr Scott McEwen. Il est professeur au département de la médecine des populations du Collège de médecine vétérinaire de l’Ontario de l’Université de Guelph. |
| Dr McEwen : | Bien, je vous remercie beaucoup et vous souhaite la bienvenue, mesdames et messieurs. Je tiens pour acquis en vous adressant la parole que la plupart des participants sont des professionnels des soins de santé à dimension humaine ou autre. Il se pourrait qu’il y ait des vétérinaires présents. Dans l’affirmative, ma conférence ne s’appliquera pas à vous directement et ne vous offrira pas trop de nouvelle matière qui vous intéressera. Je vous donnerai un point de vue sur l’utilisation des antimicrobiens chez les populations animales dans un rayon de 30 000 pieds et ses effets sur la santé humaine ainsi que les solutions qu’on peut offrir.  Ce sont là les thèmes majeurs de ma conférence aujourd’hui. L’utilisation des antibiotiques chez les animaux remonte presque à leur découverte il y a des décennies et elles ont été utilisées à des fins de traitement et autres. Par exemple, quelqu’un a découvert par hasard que si on donnait des restes de mycélia des systèmes de production antibiotique aux animaux, leur taux de croissance était plus rapide et ils prenaient du poids plus rapidement. Il s’agissait donc des bases de la notion de la stimulation de croissance.  Mais d’abord, une des raisons les plus importantes, je suppose, de l’utilisation des antibiotiques chez les animaux est celle que Lynora a mentionnée il y a quelques minutes – une raison liée au traitement des personnes malades dans les milieux hospitaliers ou communautaires - et il s’agit du traitement des infections bactériennes en clinique. Et dans cette diapositive, nous voyons une ancienne image de Rockwell dans laquelle figure un vétérinaire qui examine un chien, le chien d’un jeune garçon, dans un hôpital vétérinaire. Et c’est ce qui se produisait tous les jours au Canada et dans d’autres pays; ce genre d’application des antibiotiques aux animaux de compagnie est probablement très semblable à celui qu’on observe chez les personnes.  Donc, nous avons des situations de pratiques au niveau communautaire, nous avons certaines circonstances analogiques entre les hôpitaux, la médecine vétérinaire et les cliniques vétérinaires de taille, et nous avons le même genre de dynamique concernant les difficultés de résistance aussi bien que le genre de patients traités.  Nous avons aussi le traitement individuel des animaux de la ferme et on voit dans l’image ci-dessous une vache laitière et quelqu’un qui injecte une préparation d’antibiotique dans la glande mammaire probablement pour traiter une mastite. Et comme vous le savez, il s’agit de la situation la plus commune qui exige l’utilisation des antibiotiques chez les bovins laitiers. C’est donc, quelque chose qui se distingue appréciablement de ce qu’on voit chez les personnes, mais il s’agit quand même d’une administration individuelle chez les animaux. Et c’est ce que l’on observe dans une variété d’espèces.  Par contre, la plupart des antibiotiques administrés à des groupes, vous savez, diffère considérablement de la situation que nous venons de voir chez les personnes. Et ce fait est attribuable en grande partie à la façon qu’on héberge et élève les animaux destinés à la consommation au sein de notre société. Certains groupes d’animaux destinés à la consommation sont élevés en grand nombres. Donc, lorsque les animaux sont au pâturage ou ce genre de chose, ils reçoivent peu d’antibiotiques comparativement à d’autres.  Mais de nombreux animaux destinés à la consommation sont élevés dans des espaces clos. Nous avons des images à l’écran illustrant des cochons et des poules dans des milieux confinés. En général, les animaux sont élevés en groupes et pour des raisons pratiques, l’administration des antibiotiques n’est souvent que possible au niveau du groupe. On peut comprendre, par exemple, que dans un poulailler de dix mille poulets à frire il serait impossible de tenter de trouver les oiseaux malades pour les traiter. On pourrait engendrer plus de difficultés que d’en résoudre. Donc, nous administrons des antibiotiques au groupe parfois en les ajoutant à l’eau, à la nourriture ou par d’autres moyens. La raison d’un traitement au niveau du groupe est souvent thérapeutique. Par exemple, lorsque les poulets à frire sont atteints d’une infection à *E. coli* – qui pourrait se manifester sous diverses formes chez les oiseaux de volaille – on pourrait administrer un traitement à la bande entière peut-être dans l’eau ou par un autre moyen dans le but de guérir l’infection. Ils seraient atteints d’une infection clinique, tandis que d’autres pourraient en être à la période d’incubation.  Les antibiotiques sont parfois administrés à des fins plutôt prophylactiques. Par exemple, vous serez peut-être surpris d’apprendre que dans l’industrie de la volaille, on transfert des fois les poussins au poulailler des poulets à frire lorsqu’ils sont dans les couvoirs. On leur administre une injection d’antibiotique et je vous en dirai plus à ce sujet plus tard. Donc, c’est ça l’injection à des fins prophylactiques, c’est-à-dire la prévention des infections ultérieures à *E. coli* ou autres chez ces poulets à frire.  Et la troisième application, qui est la plus controversée, c’est l’administration d’antibiotiques en vue de stimuler la croissance – ou pour employer un terme utilisé par d’autres « à des fins infrathérapeutiques ». C’est donc l’application qui a retenu l’attention de nombreuses personnes au cours des années parce qu’elle semble, sur le plan intuitif et moral, être moins justifiée. Par ce moyen, on ne traite pas les animaux manifestement malades. On administre plutôt des antibiotiques pour favoriser la croissance et pour améliorer l’efficience alimentaire en quelque sorte. Donc, selon certains, cette façon de faire serait un peu plus douteuse. Je vous laisserai donc avec cette notion importante sur le traitement en groupes à des fins diverses qui a un effet profond sur les moyens que nous adoptons dans la gestion de l’utilisation des antibiotiques pour diminuer la résistance.  D’accord. On parle souvent du montant d’antibiotiques utilisé dans le secteur de la santé animale comparativement au secteur de la santé humaine et une des difficultés auxquelles on s’affronte en Amérique du Nord aussi bien que dans d’autres pays à l’extérieur de l’Europe c’est que nous n’avons pas de bonnes mesures des quantités de médicaments utilisées dans les multiples domaines d’élevage d’animaux ou dans le domaine de la médecine des animaux de compagnie. Et tantôt, je vous montrerai quelques données du Danemark, mais en Amérique du Nord, nous ne pouvons que fournir des chiffres approximatifs et indirects sur l’utilisation.  Et cette diapo démontre les efforts d’un groupe américain qui tente d’obtenir des chiffres et cet exemple a reçu beaucoup d’attention il y a quelques années et a fait l’objet de plein de controverses. Ce groupe a estimé, à l’aide d’une variété de moyens indirects, le poids de la quantité – qui serait une estimation très inexacte – de l’utilisation d’antimicrobiens dans l’élevage d’animaux destinés à la consommation à des fins non thérapeutiques. Sa définition était fondée sur l’utilisation prophylactique qui stimule la croissance que nous avons déjà mentionnée et on l’a ensuite comparée à la quantité de médicaments qu’on utilise chez les humains. Vous voyez que la quantité utilisée chez les animaux d’élevage éclipse celle utilisée chez les humains. Mais évidemment, on doit se poser des questions à savoir si ces données sont comparables. Il y a des difficultés qui entourent cette question.  Et en vous montrant cette prochaine diapositive, on tente de tirer les choses au clair sur le type d’antibiotiques dont il s’agit. Ces données sont tirées d’un projet de thèse de Kelly Carson, qui, dans le cadre de son programme d’études, a récemment essayé d’adapter la méthodologie de la mesure indirecte de l’utilisation des antibiotiques du secteur agricole à la situation de la production bovine au Canada. Et ici encore, il s’agissait de fournir des estimations de quantités d’antibiotiques utilisées chez les bovins à des fins non thérapeutiques, prophylactiques ou pour stimuler la croissance. Cette fois, les données sont organisées en catégories qui correspondent, en ordre d’importance, à la santé humaine.  Santé Canada a organisé ces catégories d’antibiotiques en quatre niveaux. Le premier niveau, soit la catégorie I, sont les médicaments qu’on croit être les plus importants ou essentiels dans le traitement des humains et ils comprennent des médicaments tels que les fluoroquinolones et les céphalosporines de troisième génération et quelques autres. La catégorie II comprend un certain nombre d’autres médicaments qui sont importants pour le traitement des humains, mais pour lesquels il existe des médicaments de rechange – les tétracyclines et ainsi de suite. Et les catégories se poursuivent jusqu’au quatrième groupe de médicaments qui sont utilisés chez les animaux, mais qui n’ont pas de médicaments homologues pour le traitement des humains. Et le groupe des ionophores sert d’exemple parfait puisque ce groupe est largement utilisé à des fins de stimulation de croissance chez les animaux, mais ces médicaments sont toxiques lorsque administrés à des personnes.  Donc, en les organisant en catégories, vous constaterez qu’il y a toujours un montant important qui est utilisé chez les bovins comparé aux humains. Habituellement, les médicaments sont sur le côté droit de l’équation et ceux qui y figurent en plus grand nombre pour le traitement des humains sont, comme on s’y attendrait, les catégories qui importent le plus pour ce qui est de la santé humaine. Cela dévoile un peu plus la situation et nous permet de voir ce qui est utilisé dans les diverses catégories.  Bien. Et alors? Nous voyons que l’utilisation est présente chez les animaux. Quels sont les éléments catalyseurs qui sous-tendent cette réalité? Bien sûr, le traitement est une raison importante. En d’autres mots, il s’agit d’une démarche qui vise la guérison d’infections cliniques chez les animaux, les animaux de compagnie, les animaux destinés à la consommation et autres. Personne ne souhaite que les animaux atteints d’infections cliniques souffrent et on doit considérer les questions liées à la protection des animaux. Je crois donc que cette catégorie semblerait offrir en général des avantages clairs et bien justifiés.  Un autre élément présent est la prévention des maladies bactériennes et la stimulation de croissance. J’ai inclus ces deux objectifs dans la même catégorie parce que la plupart des données à l’échelle mondiale publiées au cours des dernières années laissent croire que les mécanismes par lesquels on procède à l’utilisation d’antibiotiques à des fins de stimulation de croissance et qui offre d’autres avantages (et les débats sur cette question sont nombreux et on n’est plus certain si cette pratique donne les mêmes résultats de nos jours), s’inscrivent probablement dans le cadre d’un mécanisme de prévention des maladies. Certaines personnes soutiennent que cette pratique change la distribution des éléments nutritifs et donc l’effet [favorable] des bactéries mentales qui ne provoquent pas les maladies, etc., toutefois, les données probantes découlant d’essais importants menés récemment au Danemark indiquent qu’il s’agit probablement de mesure de prévention.  Donc, dans une certaine mesure, ces lois assurent le bien-être des animaux entre autres, mais il s’agit également de retombée économique en partie. Sur ces questions, le traitement compte. On accepte qu’on essaie de réduire ou qu’on veuille réduire les pertes économiques attribuables à la morbidité et à la mortalité provoquées par des maladies bactériennes chez les animaux d’élevage. Par conséquent, pour les personnes qui travaillent dans le secteur de l’élevage, c’est-à-dire les agriculteurs, les vétérinaires, les fabricants d’aliments du bétail et les professions connexes, etc., ont des intérêts dans l’utilisation des antibiotiques pour une raison ou une autre et l’aspect économique y joue un rôle considérable.  À l’heure actuelle, je devrais probablement mentionner que les mécanismes de distribution d’antibiotiques aux fins des secteurs agricole et d’animaux de compagnie sont considérablement différents de ceux de la médecine humaine. Par exemple, de nombreux antibiotiques sont offerts en vente libre; la vaste majorité des médicaments qu’on ajoute aux aliments des animaux sont offerts en vente libre sans ordonnance à l’extérieur du Québec, province qui est doté d’un système distinct et qui exige une ordonnance.  Et une autre chose qui n’est pas pareille c’est que le professionnel de la santé, en l’occurrence, le vétérinaire, joue très souvent le rôle de pharmacien et de personne qui dispense les médicaments. Donc, parfois ils sont la source des médicaments et dans certaines situations, ils profitent de la vente d’antimicrobiens, ce qui est un sujet très controversé. Si je veux mettre les vétérinaires dans une grande colère, j’aborde la question du montant d’argent qu’ils gagnent de la vente d’antibiotiques et des retombées de ces ventes sur les pratiques en matière d’ordonnances. Voilà donc une autre question de second plan liée à l’utilisation des antibiotiques.  Donc, nous avons discuté de l’utilisation d’antibiotiques chez les animaux. Bien entendu, cette pratique exercera une certaine pression sélective sur la résistance tout comme dans le domaine de la santé humaine et je crois que nous devons discuter un peu des mécanismes possibles du transfert de la résistance. Cette conférence accorde une importance particulière à la santé publique, c’est-à-dire aux déterminants et aux organismes résistants chez les animaux et chez les personnes. Et ce graphique, on l’appelle, quelqu’un d’ici l’a surnommé le « désorganigramme ». Il est issu de Santé Canada il y a quelques années et vous constaterez que nous l’avons adapté à divers domaines.  Et je crois que ce qu’il faut mentionner, c’est que lorsqu’on parle du transfert des animaux aux personnes - on devrait également tenir compte du transfert dans le sens inverse – la principale voie de transmission est celle de la chaîne alimentaire et évidemment chez les animaux destinés à la consommation.  Les bactéries résistantes qui sont sélectionnées à la ferme peuvent être transmises aux personnes principalement au moyen de carcasses d’animaux contaminées lors du processus d’abattage. Malgré le fait qu’il s’agisse d’un milieu hygiénique, il n’est pas stérile. Les entébactéries contaminent la viande lors de l’abattage et ensuite au moyen de toute une série de mécanismes liés à la distribution alimentaire, à la contamination croisée et ainsi de suite. D’autres facteurs qui contribuent à la contamination sont une cuisson et une préparation inadéquates de la nourriture. Les personnes sont exposées à ces bactéries d’origine alimentaire et si elles sont susceptibles – si elles consomment des antibiotiques ou si pour d’autres raisons elles sont immunocompromises, ou même si dans certains cas, elles sont tout à fait normales, elles risquent d’être infectées et cette condition est aggravée par la résistance. Mais, ce n’est qu’une voie de transmission.  Le contact entre ces bactéries, les gènes et les animaux peut également se faire directement ou dans l’environnement, c’est-à-dire par des cours d’eau contaminés, de l’épandage du fumier sur le sol, ou de la transmission aux bactéries dans l’environnement auxquelles les personnes pourraient s’exposer en faisant de la natation à des fins récréatives, par exemple. La transmission pourrait aussi se faire en consommant de l’eau de puits qui n’est pas traitée ou par divers autres mécanismes.  Un point écologique important qui ne figure pas sur cette diapositive c’est l’importante dimension mondiale de la résistance aux antibiotiques qui a des retombées sur les personnes et sur les organismes résistants d’origine anthropique. Mais aussi sur les animaux. Le caractère mondial de notre approvisionnement alimentaire sert d’exemple. Donc, la distribution écologique ne se limite pas au niveau local, mais s’applique aussi au niveau mondial.  Quelles sont les retombées sur la santé humaine? Je me rends compte que l’heure est avancée, donc je ne discuterai pas de cette question en détail. En général et depuis des années, les questions ont porté sur les infections entériques d’origine alimentaire telles que la *Salmonella* et le *Campylobacter*, dont les animaux servent, on le sait, de réservoirs et d’amplificateurs d’infection chez les personnes au moyen de la chaîne alimentaire comme je l’ai déjà mentionné. De temps en temps, il y a d’autres questions qui surgissent. Au cours des années 1990, l’ERV était un sujet brûlant relativement aux animaux puisque dans certains pays (pas au Canada), on utilisait la glycopeptide pour stimuler la croissance, ce qui a probablement eu une incidence sur l’épidémiologie [DRA?] chez les personnes. Et plus récemment, il y des questions qui concernent les bêta-lactamases à spectre étendu des entérobacteriacées chez les animaux qui pourraient jouer un rôle dans la santé humaine. Je veux toucher à une autre question dans un instant, soit celle du SARM. Mais le point que je veux souligner est que bien que nous ayons amplement de données probantes sur le type d’effets qu’on pourrait envisager vu la présence de ces organismes, nous en connaissons peu sur l’ampleur des retombées et du fardeau de la maladie, ce qui représente une information très importante si on veut évaluer le risque général à la santé des personnes et déterminer le genre d’intervention qui convient.  Pour gagner du temps, je crois que je ferai un survol de cette question. Nous avons pris connaissance de la présence du SARM chez les animaux depuis quelque temps, et jusqu’à dernièrement, on croyait qu’il s’agissait plutôt d’une maladie animale. On a fait un peu de recherche dans les Pays-Bas qui a révélé une souche particulière du SARM qui était devenue endémique chez le porc. Les éleveurs de porcs, les vétérinaires spécialistes de médecine porcine et d’autres personnes s’y ont intéressé et ont poursuivi l’étude.  Maintenant, nous observons une souche particulière dans de nombreux pays du monde qui se manifeste parfois chez les personnes, mais il ne s’agit pas d’une souche parmi les plus communes qui jouent un rôle important au niveau de la collectivité, des hôpitaux et des personnes. Par contre, ces souches ont quelque chose en commun. Dans certains cas chez les animaux, les chevaux et les chiens, en particulier, le SARM semble être transmis par les personnes qui s’en occupent ou par leurs propriétaires. Et certaines souches d’origine humaine semblent agir de façon prononcée chez les populations animales pendant une brève période de temps au moins. Donc, le rôle de l’utilisation des médicaments chez les animaux atteints du SARM est toujours à l’étude. Il est probable que ce fait soit lié à la résistance des souches, mais à l’heure actuelle, nous n’en savons pas beaucoup sur cette question.  Un des grands sujets de discussion qui revient toujours est le suivant : Qu’est-ce qu’on en fait? Il est évident que l’utilisation est élevée chez les animaux. Une partie de l’utilisation semble donc être douteuse, bien que cela dépend largement du point de vue, c’est-à-dire selon qu’on soit défenseur de la santé humaine ou défenseur de la santé animale ou agriculteur qui essaie de se faire une vie. Par conséquent, il y a eu plein de discussions et au cours des années, il y a eu de nombreux groupes d’experts qui ont étudié cette question et les moyens de procéder. On en conclut divers choix dont aucun n’est facile à mettre en œuvre et parfois ces choix suscitent une forte résistance.  Parmi ces choix sont des modifications aux règlements, par exemple, l’adoption de mesures d’interdiction de l’utilisation de certains médicaments, tels que les stimulateurs de croissance. Il pourrait s’agir d’une utilisation restreinte d’antibiotiques qui sont d’une importance capitale aux humains et aux animaux. On discute parfois de cette possibilité.  Un autre groupe d’interventions importantes ou plutôt d’outils importants qui nous aident à choisir les interventions qu’on devrait utiliser comprennent la surveillance.  Et encore un autre groupe dont je discuterai brièvement comprend les mesures volontaires.  Ce graphique illustre la quantité des antibiotiques utilisée au Danemark sur une période de temps. Et on utilise beaucoup les données danoises puisque ce pays a d’excellents programmes de surveillance et parce qu’il a aussi agi de façon agressive dans les secteurs animal et humain en adoptant de mesures visant la réduction des effets de la résistance chez les humains. Le message principal que je veux souligner c’est que jusqu’à la fin des années 1990, une grande proportion des médicaments utilisés chez les animaux de bétail au Danemark comprenaient les stimulateurs de croissance. L’industrie et les autorités danoises ont ensuite fait des démarches pour stopper cette façon de faire par divers moyens et ils l’ont, par la suite, interdite. Après l’interdiction, nous avons vu une réduction très marquée de l’utilisation des stimulateurs de croissance comme on pouvait s’y attendre, mais nous avons également observé une certaine croissance de l’utilisation des médicaments thérapeutiques, fait qui ne peut être expliqué par une augmentation du nombre de cochons et de poulets. Et pour résumer, ce résultat est probablement attribuable à une nouvelle manifestation d’une maladie clinique survenue en raison de l’absence des stimulateurs de croissance qui a ensuite été compensée par l’augmentation des médicaments thérapeutiques. Donc, il y a eu une réduction nette de l’utilisation accompagnée d’un faible changement de l’utilisation réelle de certains médicaments au Danemark. Il s’agit donc d’un exemple de l’effet d’une intervention sur l’utilisation au niveau national.  Il existe beaucoup d’autres questions de discussion liées à l’effet de l’utilisation sur la résistance, etc. Certains parlent de limites ou d’adoption de limites en fonction de la catégorie ou du groupe. Ou encore, d’autres prônent la suppression de l’utilisation de ces médicaments – ils jouent un rôle important sur le plan clinique chez les humains – chez les animaux. Cette diapo contient des données obtenues d’un rapport récent, d’un rapport international sur l’importance capitale de l’utilisation de médicaments chez les humains et chez les animaux.  Le point que je veux souligner ici, si vous pouvez le voir, est qu’il existe des médicaments que l’on juge importants uniquement chez les humains et qui ne sont pas utilisés chez pratiquement aucun animal. Il est donc facile de limiter leur utilisation chez les animaux. Mais il y en d’autres, qui figurent à la partie supérieure à l’extérieur du cercle, qui sont utilisés chez ces groupes. Donc, les défenseurs de la santé animale et de la santé humaine croient qu’ils ont droit à l’utilisation de ces médicaments parce qu’ils servent d’agents thérapeutiques utiles. Donc, c’est le genre de question auquel on s’affronte en adoptant de telles limites et la dynamique varie selon qu’on se range d’un côté ou de l’autre.  Je tenterai de faire vite pour qu’il reste du temps pour poser des questions. Une des initiatives dont on peut être fier à titre de Canadien sur l’utilisation des antimicrobiens, je crois, c’est le très bon programme canadien de surveillance pour la résistance aux entébactéries chez les animaux et les personnes appelé le PICRA qui est administré par l’Agence de la santé publique. Et ce programme tient compte de la résistance à la *Salmonella*, l’*E. coli* et à d’autres organismes au moyen de prélèvements obtenus d’isolats cliniques et de personnes aussi bien que d’isolats cliniques obtenus d’animaux et d’isolats cliniques prélevés d’animaux d’un état de santé normal à l’abattoir et de la viande vendue au détail.  Il y a beaucoup de données sur cette diapositive et je ne me concentrerai que sur quelques-unes, mais je crois qu’elles démontrent la valeur de la mise en place d’un système de surveillance relative à cette question. Portez votre attention sur cette partie du graphique. En somme, on démontre à l’aide de toutes ces lignes la proportion d’isolats de *Salmonella* Heidelberg résistants au médicament ceftiofur, qui est une céphalosporine de troisième génération prélevée des personnes, et d’isolats cliniques de Heidelberg prélevés de personnes aussi bien que d’isolats de Heidelberg prélevés de la viande de poulet vendue au détail et d’organismes d’*E. coli* prélevés de la viande de poulet. Et nous voyons que les tendances de résistance à ce médicament sont assez comparables. Et cette ligne noire correspond à une intervention supprimant de façon volontaire l’utilisation du ceftiofur injecté dans les œufs ou dans les poussins sortis de l’œuf dans les 24 heures et dans les établissements de couvaison avant qu’ils ne soient transférés aux poulaillers commerciaux. Et lorsque les établissements de couvaison du Québec ont agi ainsi, on a vu une forte diminution du taux de prévalence de la résistance à ce médicament par rapport à l’organisme Heidelberg, et je crois que cela démontre l’effet possible d’un médicament administré à des fins de prévention sur un groupe d’animaux. Cela démontre également l’avantage d’une telle intervention.  D’autres interventions en médecine vétérinaire comprennent des programmes de gérance ou des efforts volontaires visant à favoriser l’utilisation judicieuse. De nombreux organismes vétérinaires ont adopté ces principes et certains programmes d’assurance de la qualité ont tenté d’améliorer l’utilisation d’antibiotiques ou ont adopté des mesures en vue d’assurer que les médicaments soient utilisés de façon mesurée sur les fermes au sein des productions animales.  Quelques pays ont des lignes directrices thérapeutiques ou des formulaires posologiques. Mais en général, on se pose des questions à savoir si aucune de ces interventions a un effet appréciable sur l’utilisation réelle des antibiotiques en milieu agricole. En partie, je crois qu’il n’y a pas beaucoup de recherche effectuée dans ce domaine, mais personnellement, je me montre un peu sceptique sur l’efficacité de ces efforts.  Il y a beaucoup de raisons qui expliqueraient ce fait, mais une raison importante, je crois, est que la résistance ne semble pas représenter une crise dans le domaine de la santé animale. Premièrement, il existe dans la médecine vétérinaire des questions de résistance relativement aux agents pathogènes chez les animaux, mais elles ne sont pas perçues comme des questions qui présentent le même genre de crise.  Deuxièmement, la plupart des vétérinaires et des personnes du secteur agricole ne croient pas que l’utilisation des médicaments chez le bétail ait un effet ou du moins un effet important ou mesurable sur les personnes. Il n’y a donc pas de raison qui les inciterait à changer leurs pratiques pour améliorer la santé publique puisque personne n’est persuadé qu’un tel changement aurait un effet.  Ensuite, il y a un troisième élément important qui fait partie de l’enjeu, c’est que ce genre d’intervention ne donnerait aucun avantage financier aux agriculteurs et aux vétérinaires. Donc, il n’y a pas de mesure incitative inhérente qui pousserait les personnes à vouloir des programmes de gérance.  Donc, bien que je ne sois pas complètement pessimiste, je crois que la situation est très différente dans ce secteur et que nous avons du chemin à faire avant d’en arriver à une meilleure compréhension.  Je tenterai de résumer un certain nombre de questions assez rapidement. Je veux simplement vous laisser avec le message que dans les domaines la santé animale et de la protection des animaux, on considère les antibiotiques comme étant très importants pour deux raisons : le traitement des maladies et la production économique. Il se peut qu’il ne vous semble pas d’une raison légitime, mais si vous vous mettez à la place d’un agriculteur qui essaie de gagner sa vie en se contentant d’une mince marge de profit et qui a vu son revenu diminué tous les ans au cours des vingt dernières années, il faut avouer que ce serait difficile d’abandonner le traitement antimicrobien qui donne un profit légèrement meilleur.  Selon moi, la résistance se veut une question importante de sécurité alimentaire et de l’industrie de la production animale. Il y a beaucoup qu’on puisse faire pour améliorer la situation. La résistance joue peut-être un rôle important dans la médecine des animaux de compagnie, mais il y a encore beaucoup moins de recherche effectuée dans ce domaine. Les effets sur la santé humaine, bien qu’ils existent, sont très difficiles à mesurer. Par conséquent, le fait qu’il y ait une pénurie de très bonnes données provisoires sur cette question fait qu’il soit difficile de convaincre les personnes qu’on doit intervenir. Et comme je l’ai déjà dit, selon moi, on n’a pas l’impression que cette question pose problème de façon générale. Puisque les personnes ne semblent pas convaincues qu’il existe un problème, c’est difficile de leur faire comprendre qu’on doit y remédier.  Donc, je crois que cela mets fin à ma conférence. Je vous remercie beaucoup. |
| Animatrice : | Super! Merci beaucoup []. . . . je crois que vous avez touché à cette . . . [] |
| Dr McEwen : | Bien j’en ai une et c’est une question importante. Une autre chose – je n’ai pas discuté de tous les moyens à notre disposition pour réduire l’utilisation des antibiotiques dans le secteur agricole, mais un moyen important est d’améliorer le niveau d’hygiène et de santé sur la ferme de façon générale, ce qui correspond à un des moyens adoptés par les hôpitaux dans la prévention des infections. Et il existe beaucoup de données probantes qui démontrent que si on réduit le taux de maladies, on réduit aussi le besoin des traitements et on réduit le montant de médicaments utilisés. Un exemple classique était lié à la pisciculture en Norvège où on a connu une importante infection endémique et bactérienne dans le saumon qui exigeait un traitement d’antibiotiques. Un vaccin très efficace a été introduit par la suite et il a réussi à réduire l’importance de cette maladie de façon prononcée chez le saumon d’élevage et a, par conséquent, fait chuter l’utilisation du traitement antibiotique. Et vous savez, il en est ainsi des fois, mais je crois que ce fait sert d’exemple qu’en adoptant de bons systèmes de production, de bons programmes de gestion, de biosécurité, comme nous l’appelons en médecine vétérinaire, une bonne prévention des infections, on peut diminuer le taux de maladies et ainsi réduire le besoin des traitements. |
| Animatrice : | Merci beaucoup, Dr McEwen. Je tiens aussi à remercier le Dr Saxinger. Les deux []. Toutes les webémissions seront affichées en ligne au plus tard à la fin de la semaine prochaine. |
|  | **FIN DE L’ENREGISTREMENT** |
|  | **NOTES DE LA TRANSCRIPTRICE : On est par certain des mots qui figurent entre crochets ou on n’a pas pu les saisir. La plupart des crochets de cette transcription, cependant, est attribuable à une communication coupée où aucune parole n’était audible pendant de courtes ou de longues périodes de temps.** |