

Analyse des rapports d'activités des groupes de gestion de l'antibiothérapie 2007 dans les hôpitaux belges



E Van Gastel, M Costers et MJ Struelens

Membres du groupe de travail Médecine hospitalière :

F Buyle, B Byl, M Dejongh, B Delaere, C Ernes, D Govaerts, E Hendrickx, P Lacor, W Peetermans,
R Peleman, H Robays, Y Van Laethem, J Verhaegen

Table de matière

Introduction	p 2
1. Composition des groupes de gestion de l'antibiothérapie	p 4
2. Vision stratégique	p 7
3. Communication en interaction avec les professionnels de la santé et les autres comités et instances de l'hôpital	p 9
4. Indicateurs structurels de qualité	p 11
3.1. Formulaire antibiotique et directives	p 11
3.2. Accompagnement dans le cadre de la prescription d'antibiotiques	p 13
3.2.1. Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	p 13
3.2.2. Prescription spécifique pour les antibiotiques	p 13
3.2.3. Antibiotiques dits de 'réserve'	p 14
3.2.4. Contrôle quotidien de la consommation des antibiotiques	p 14
3.2.5. Politique d'arrêt automatique ('stoporder')	p 16
3.2.6. Révision de l'antibiothérapie en fonction des résultats de cultures, de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient	p 16
3.2.7. Thérapie séquentielle (passage d' IV à PO)	p 17
3.3. Analyse de la consommation d'antibiotiques	p 18
3.4. Analyse des profils de résistance	p 21
Conclusion	p 22
Bibliographie	p 23
Sites web intéressants	p 25
Hôpitaux participants	p 27

Introduction

Le gouvernement belge a libéré en 2002, à l'initiative du Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee ou Commission de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC), un budget annuel pour la création de groupes de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie dans 37 hôpitaux pilotes en vue de stimuler la gestion de l'antibiothérapie dans ces établissements (art. 77 § 6 de l'AR du 25 avril 2002). Poursuivant sur les résultats positifs obtenus au cours de cette phase pilote, le projet a été étendu à 61 hôpitaux en 2006 (AR du 10 novembre 2006). Depuis juillet 2007, tous les hôpitaux aigus et chroniques comptant au moins 150 lits Sp et/ou G bénéficient d'un financement d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie dans leur établissement (AR du 19 juin 2007). Un budget global de 3 609 208 € est réparti à cet effet entre les 116 hôpitaux. L'AR du 12 février 2008 définit les normes auxquelles ces groupes doivent satisfaire.

Tous les hôpitaux participants sont invités à établir un rapport d'activités afin d'évaluer le fonctionnement de ces groupes de gestion de l'antibiothérapie sur la base d'indicateurs de qualité structurels. Ces rapports sont complétés par une surveillance nationale de la consommation d'antibiotiques par le service épidémiologie de l'Institut scientifique de Santé publique (www.nsih.be).

BAPCOC a reçu 111 rapports d'activités des 116 hôpitaux. Les résultats de ces groupes de gestion de l'antibiothérapie peuvent être analysés au départ des rapports d'activités en fonction i) de la date de création du groupe et ii) du nombre de lits que compte l'hôpital (tableau 1).

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	Total
≤400 lits	5	12	39	56
401-800 lits	19	11	12	42
>800 lits	12	1	0	13
Total	36	24	51	111

Tableau 1: Répartition des hôpitaux ayant fait rapport en fonction de la date de création du groupe de gestion de l'antibiothérapie et du nombre de lits

La majorité des hôpitaux comptant moins de 400 lits ne participent au projet que depuis 2007 (39/56 hôpitaux ou 69.6%). À l'exception d'un hôpital, tous les hôpitaux comptant plus de 800 lits, disposaient, déjà en 2002, d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie.

NB: Dans le rapport, les groupes d'hôpitaux sont désignés comme suit : groupe A, les hôpitaux disposant d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie depuis 2002 ; groupe B, les hôpitaux disposant d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie depuis 2006 ; et groupe C, les hôpitaux disposant d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie depuis 2007.

1. Composition des groupes de gestion de l'antibiothérapie

La composition des groupes de gestion de l'antibiothérapie est déterminée dans l'AR du 12 février 2008. Ces groupes pluridisciplinaires sont composés, au minimum, des membres suivants i) le délégué à la gestion de l'antibiothérapie de l'hôpital, ii) un médecin hygiéniste hospitalier, iii) un médecin spécialiste en biologie clinique ou un pharmacien porteur du diplôme de spécialiste en biologie clinique, iv) un médecin spécialiste ayant une compétence particulière en infectiologie clinique et/ou microbiologie médicale, et v) un pharmacien hospitalier. Le délégué à la gestion de l'antibiothérapie est, soit un médecin spécialiste ayant une compétence particulière en infectiologie clinique et/ou en microbiologie médicale, soit un médecin spécialiste en médecine interne, pneumologie, pédiatrie, biologie clinique ou soins intensifs ou un pharmacien porteur du diplôme de spécialiste en biologie clinique. Certaines fonctions (p.ex. médecin hygiéniste hospitalier et médecin spécialiste en biologie clinique) peuvent être occupées par la même personne.

Le nombre moyen de membres d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie s'élève à 10, avec un minimum de 2 et un maximum de 28 membres. D'une manière générale, les groupes de gestion de l'antibiothérapie créés dans les hôpitaux qui participent depuis longtemps au projet, comptent un plus grand nombre de membres que les groupes dans les hôpitaux qui ont adhéré plus tard au projet (tableau 2).

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007
Nombre moyen de membres	11.4	10.5	8.6

Tableau 2: Nombre moyen de membres du groupe de gestion de l'antibiothérapie selon la date de création du groupe.

Le nombre de membres des groupes de gestion de l'antibiothérapie augmente également en fonction de la taille de l'hôpital (tableau 3).

	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits
Nombre moyen de membres	9	9.9	13.7

Tableau 3: Nombre moyen de membres du groupe de gestion de l'antibiothérapie selon le nombre de lits de l'hôpital

Outre les membres qui doivent obligatoirement faire partie du groupe de gestion de l'antibiothérapie, ce sont surtout les spécialisations et/ou fonctions suivantes qui sont représentées (tableau 4).

Spécialisation et/ou fonction	Nombre moyen par groupe
Intensiviste/anesthésiste	1.06
Pneumologue	0.65
Médecin-chef	0.57
Pédiatre	0.49
Gériatre	0.32
Néphrologue	0.21
Hémato-oncologue	0.19
Cardiologue	0.15
Orthopédiste	0.15
Chirurgien abdominal	0.15

Tableau 4: Spécialisation et/ou fonction des membres du groupe de gestion de l'antibiothérapie

La participation des spécialistes précités ne varie pas vraiment en fonction de la date de création du groupe de gestion de l'antibiothérapie ou de la taille de l'hôpital, sauf en ce qui concerne les spécialisations pédiatrie et néphrologie qui sont nettement mieux représentées dans les hôpitaux comptant plus de 800 lits.

Même si, aux termes de la loi, un seul délégué est exigé, plusieurs hôpitaux ont désigné deux délégués. Le tableau 5 donne un aperçu de la spécialisation et/ou de la fonction de ces délégués.

<i>Spécialisation ou fonction</i>	<i>% des hôpitaux</i>
Biologiste clinique	48%
Pharmacien hospitalier	27%
Infectiologue	27%
Intensiviste/anesthésiste	10%
Pneumologue	8%
Médecin-chef	6%

Tableau 5: Spécialisation et/ou fonction des délégués à la gestion de l'antibiothérapie

Dans les hôpitaux comptant plus de 800 lits, le délégué est souvent un infectiologue (62% de ces hôpitaux) ou un pharmacien hospitalier (54%) (versus respectivement dans 30% et 19% des hôpitaux comptant de 401-800 lits et 15% et 26% des hôpitaux comptant jusqu'à 400 lits). Remarquons aussi que les médecins-chefs désignés comme délégués sont tous actifs dans des hôpitaux du groupe C (participation depuis 2007).

2. Vision stratégique

Plus de la moitié (58.5%) des groupes de gestion de l'antibiothérapie établissent leurs objectifs, activités et attentes à long terme (sur plusieurs années), et proposent parfois même un plan pluriannuel explicite. La moitié des hôpitaux qui participent au projet depuis 2007 et la moitié des hôpitaux comptant moins de 400 lits ne présentent pas encore de vision stratégique à long terme par rapport à leur politique antibiotique.

<i>Vision stratégique à long terme</i>	<i>% des hôpitaux</i>
Oui, avec plan pluriannuel spécifique	13.5 %
Oui, mais sans plan pluriannuel	45.0 %
Non	40.5 %
Pas de réponse	0.9 %

Tableau 6: Vision stratégique à long terme concernant la politique antibiotique de l'hôpital

Les objectifs, activités et résultats attendus des groupes de gestion de l'antibiothérapie sont très souvent (82.9%) formulés pour l'année à venir, que ce soit explicitement dans un plan pluriannuel ou non. La plupart des hôpitaux qui ne procèdent pas encore de la sorte, appartiennent surtout au groupe C.

<i>Vision stratégique à court terme</i>	<i>% des hôpitaux</i>
Oui, avec plan pluriannuel spécifique	31.5 %
Oui, mais sans plan pluriannuel	51.4 %
Non	17.1 %

Tableau 7: Vision stratégique à court terme concernant la politique antibiotique de l'hôpital

Plus des 2/3 (71.1%) des groupes de gestion de l'antibiothérapie analysent leurs activités et résultats, soit immédiatement après ces activités, soit dans le cadre d'une évaluation annuelle. La moitié des hôpitaux du groupe C n'évaluent pas encore leurs activités et résultats.

<i>Évaluation activités</i>	<i>% des hôpitaux</i>
Dans le cadre d'une évaluation annuelle	28.8 %
Évaluation dans le courant de l'année	42.3 %
Pas d'évaluation	27.9 %
Pas de réponse	0.9 %

Tableau 8: Evaluation des activités et résultats du groupe de gestion de l'antibiothérapie

3. Communication et interaction avec les professionnels de la santé et les autres comités et instances de l'hôpital

Les groupes de gestion de l'antibiothérapie transmettent des informations aux professionnels de la santé et autres comités et instances de l'hôpital (par ordre décroissant d'importance), par le biais de consultations et d'avis téléphoniques, par e-mail, intranet ou à l'occasion d'entretiens individuels. Plus des 2/3 des hôpitaux du groupe A communiquent et interagissent avec les professionnels de la santé dans le contexte des tours de salle multidisciplinaires (69%) et des réunions de staff pluridisciplinaires (69%) (versus respectivement 14% et 22% des hôpitaux du groupe C). Environ un quart des hôpitaux comptant jusqu'à 400 lits prévoient une formation complémentaire des professionnels de santé. De même pour 45% des hôpitaux de 401-800 lits et 77% des hôpitaux de plus de 800 lits.

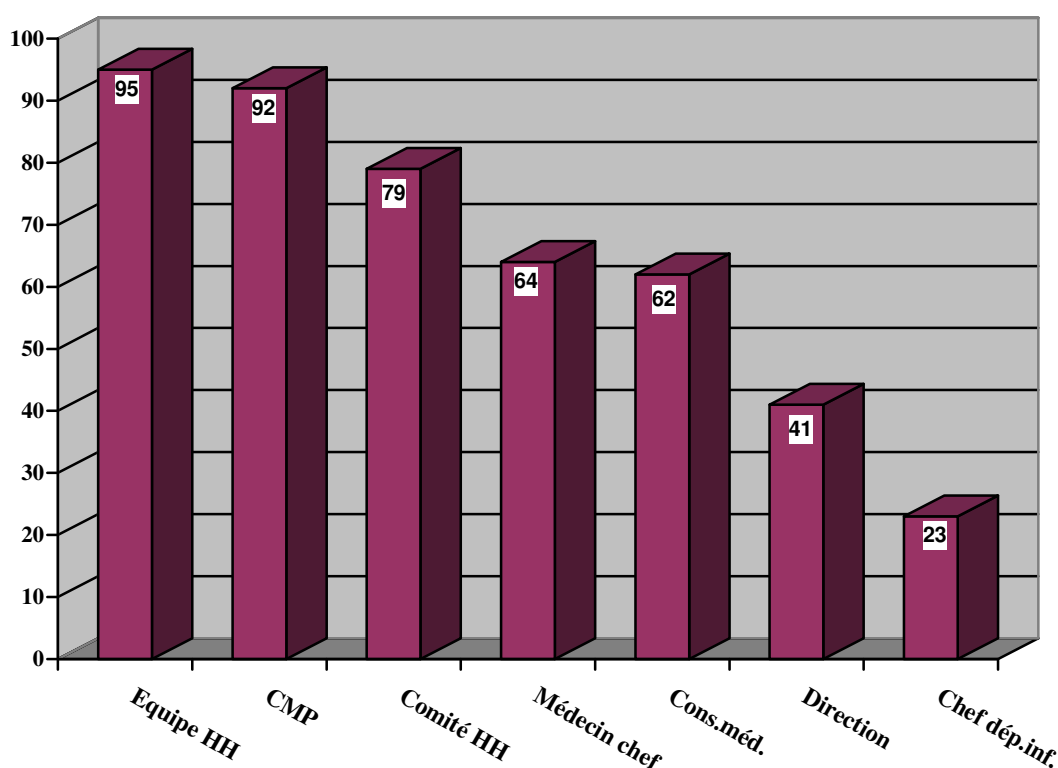


Figure 1: Participation de représentants d'autres comités et/instances aux réunions des groupes de gestion de l'antibiothérapie¹

¹: HH: hygiène hospitalière, CMP: Comité Médico-pharmaceutique, Cons. méd. : Conseil médical, dép. inf. : département infirmier

Dans les 3/4 des hôpitaux du groupe C, le médecin-chef participe aux réunions (respectivement 47% et 67% des hôpitaux des groupes A et B).

La direction et le chef du département infirmier (respectivement 46% et 36%) participent plus souvent aux réunions dans les hôpitaux jusqu'à 400 lits.

4. Indicateurs structurels de qualité

En ce qui concerne le traitement des données, une distinction est opérée entre les hôpitaux aigus et les hôpitaux chroniques.

4.1. Formulaires antibiotiques et directives

La majorité des hôpitaux aigus (100/107, 93.5%) procèdent à des révisions régulières de leur formulaire antibiotique en vue d'une mise à jour continue. Quatre hôpitaux seulement ne disposent pas encore d'un formulaire et 3 hôpitaux n'ont pas encore la pratique nécessaire pour réviser leur formulaires régulièrement: il s'agit presque exclusivement de petits hôpitaux (n=6) qui ne disposent d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie que depuis 2007.

Les 4 hôpitaux chroniques révisent régulièrement leur formulaire antibiotique.

Dans les ¾ des hôpitaux, le formulaire est disponible via l'intranet, près de la moitié des hôpitaux relient ce formulaire sous forme de carnet.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	29	14	19	21	29	12	62
Oui, pas annuellement	7	8	23	26	11	1	38
Non	0	0	3	2	1	0	3
Pas de formulaire	0	1	3	4	0	0	4
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 9: Evaluation régulière (et le cas échéant révision) du formulaire antibiotique dans les hôpitaux aigus

La majorité des hôpitaux aigus (87/106, 82.1%) révisent régulièrement leurs directives de traitement anti-infectieux empirique et étiologique. Neuf hôpitaux ne disposent pas encore de telles directives et 10 hôpitaux ne révisent pas régulièrement leurs directives: il s'agit exclusivement (n=17) d'hôpitaux du groupe C.

Les hôpitaux chroniques révisent régulièrement, mais pas chaque année, leurs directives de traitement anti-infectieux empirique et étiologique.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	22	11	9	13	19	10	42
Oui, pas annuellement	14	10	21	27	15	3	45
Non	0	0	10	7	3	0	10
Pas de formulaire	0	2	7	5	4	0	9
Total	36	23	47	52	41	13	106

Tableau 10: Evaluation régulière (et le cas échéant révision) des directives de traitement anti-infectieux empirique et étiologique

La majorité des hôpitaux aigus (90/107, 84.1%) révisent enfin régulièrement leurs directives d'antibioprophylaxie chirurgicale. Quatre hôpitaux seulement ne disposent pas encore de telles directives et 13 hôpitaux ne mettent pas à jour régulièrement ces directives: une fois de plus il s'agit surtout (n=13) d'hôpitaux du groupe C.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	8	8	10	10	11	5	26
Oui, pas annuellement	27	12	25	33	23	8	64
Non	1	2	10	6	7	0	13
Pas de formulaire	0	1	3	4	0	0	4
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 11: Evaluation régulière (et le cas échéant révision) des directives d'antibioprophylaxie chirurgicale dans les hôpitaux aigus

Dans plus de la moitié des hôpitaux, les directives thérapeutiques et prophylactiques sont diffusées par le biais d'intranet et de 'carnets' dans 40% des hôpitaux.

4.2. Accompagnement dans le cadre de la prescription d'antibiotiques

4.2.1. Avis concernant un traitement anti-infectieux

Dans près de 80% (84/107) des hôpitaux, les professionnels de santé peuvent faire appel à tout moment au groupe de gestion de l'antibiothérapie pour avis en matière de traitement anti-infectieux. Les hôpitaux qui ne disposent pas d'une permanence appartiennent principalement au groupe C (n=17).

Trois des quatre hôpitaux chroniques ne proposent pas encore de permanence par rapport la fonction d'avis.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	>800 lits	Total
Oui	31	22	31	42	30	12	84
Non	5	1	17	11	11	1	23
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 12: Permanence en termes d'avis concernant le traitement anti-infectieux donné par les groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus.

4.2.2. Prescription spécifique pour les antibiotiques

La prescription spécifique pour les antibiotiques est moins bien intégrée dans les hôpitaux aigus (seuls 39/107 hôpitaux ou 36.4%), même dans les hôpitaux du groupe A.

Aucun hôpital chronique n'utilise de prescription spécifique pour les antibiotiques.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	>800 lits	Total
Oui	19	9	11	16	15	8	39
Non	17	14	37	37	26	5	68
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 13: Utilisation d'une prescription spécifique pour les antibiotiques dans les hôpitaux aigus

4.2.3. Antibiotiques dits "réservés"

Les 3/4 des hôpitaux aigus (81/107, 75.7%) disposent d'une liste d'antibiotiques dits "réservés", en d'autres mots, une liste d'antibiotiques qui ne peuvent être délivrés par la pharmacie que moyennant une motivation fondée. Dans le cas des hôpitaux du groupe C il s'agit de plus de la moitié des hôpitaux.

Trois des quatre hôpitaux chroniques utilisent une liste d'antibiotiques "réservés".

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	>800 lits	Total
Oui	31	22	28	34	34	13	81
Non	5	1	20	19	7	0	26
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 14: Présence d'une liste d'antibiotiques " réservés" dans les hôpitaux aigus

La figure 2 (page suivante) passe en revue les antibiotiques figurant le plus souvent sur cette liste dans les hôpitaux aigus.

4.2.4. Contrôle quotidien de la consommation d'antibiotiques

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	>800 lits	Total
Toujours	5	2	1	3	4	1	8
Dans certains cas	25	15	19	24	26	9	59
Non	5	6	27	25	11	2	38
Total	35	23	47	52	41	12	105

Tableau 15: Contrôle quotidien de la consommation d'antibiotiques par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus

Dans 2/3 des hôpitaux aigus (67/105, 63.8%) un contrôle quotidien de la consommation d'antibiotiques est effectué par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie, contrôle limité ou non à des cas déterminés (p.ex. uniquement pour les hémocultures positives, uniquement pour les

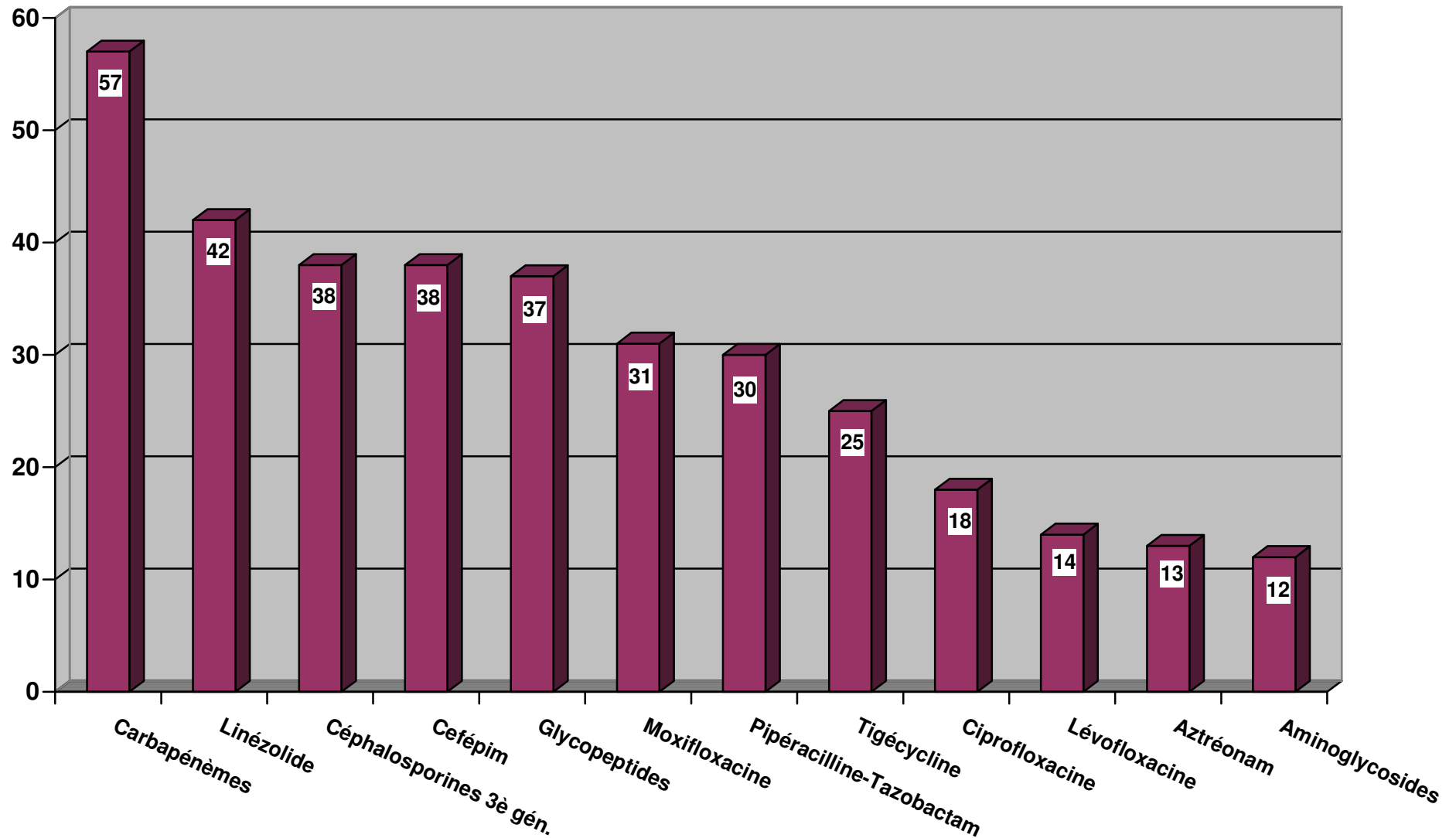


Figure 2: Antibiotiques dits de "réserve" dans les hôpitaux aigus (nombre d'hôpitaux aigus)

patients en soins intensifs) avec, le cas échéant, intervention et feed-back à l'égard du médecin prescripteur.

Plus de la moitié des groupes de gestion de l'antibiothérapie appartenant au groupe C (n=27), ne contrôlent pas encore quotidiennement la consommation d'antibiotiques dans leur établissement.

Et ce contrôle quotidien n'est, à ce jour, pas intégré non plus dans la pratique des 4 hôpitaux chroniques.

4.2.5. Politique d'arrêt automatique ('stop order')

Tout comme la prescription spécifique, la politique d'arrêt automatique est moins bien intégrée dans les hôpitaux aigus (46/107, 43.0%).

	<i>Groupe A</i>	<i>Groupe B</i>	<i>Groupe C</i>	≤ 400	401-800	>800	Total
	<i>2002</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>lits</i>	<i>lits</i>	<i>lits</i>	
Toujours	7	4	2	4	6	3	13
Dans certains cas	16	7	10	16	13	4	33
Non	13	12	36	33	22	6	61
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 16: Mise en œuvre de la politique d'arrêt automatique dans les hôpitaux aigus.

Deux hôpitaux chroniques appliquent déjà une politique d'arrêt d'automatique dans leur établissement.

4.2.6. Révision de l'antibiothérapie en fonction des résultats des cultures, de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient

Dans près des 2/3 des hôpitaux aigus (69/107, 64.5%) l'antibiothérapie est revue après quelques jours en fonction des résultats des cultures, de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient. La moitié des hôpitaux appartenant au groupe C (n=24) et la moitié des hôpitaux chroniques (n=2) ne le font pas encore.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Toujours	6	3	4	5	5	3	13
Dans certains cas	22	14	20	24	23	9	56
Non	8	6	24	24	13	1	38
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 17: Révision de l'antibiothérapie après quelques jours dans les hôpitaux aigus

4.2.7. Thérapie séquentielle (passage d'IV à PO)

La majorité des hôpitaux aigus (84/107, 78.5%) et la moitié des hôpitaux chroniques (n=2) encouragent la thérapie séquentielle pour les antibiotiques avec biodisponibilité équivalente.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Oui	31	21	32	43	30	11	84
Non	5	2	16	10	11	2	23
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 18: Politique active en matière de thérapie séquentielle dans les hôpitaux aigus.

De nombreux hôpitaux investissent dans des campagnes menées par le biais de dépliants, lettres d'info et autres outils du même genre. Le pharmacien hospitalier joue un rôle de premier ordre dans ce contexte.

4.3. Analyse de la consommation d'antibiotiques

Pratiquement tous les groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus (100/104, 96.1%), analysent leur consommation d'antibiotiques, ce qui est aussi le cas dans trois hôpitaux chroniques sur quatre. Dans plus de la moitié des hôpitaux qui analysent leur consommation d'antibiotiques (64/103; 62.1%), ces chiffres sont évalués une fois par an alors qu'un cinquième des hôpitaux les évaluent deux fois par an.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Analyse	36	22	42	47	40	13	100
Pas d'analyse	0	0	4	3	1	0	4
Total	36	22	46	50	41	13	104

Tableau 19: Analyse de la consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux aigus.

Les analyses spécifiques portent souvent sur certaines unités ou certains services : surtout les soins intensifs (43.9% des hôpitaux aigus), la gériatrie (29.0%) et l'hémato-oncologie (25.2%). Près du quart des hôpitaux aigus des groupes A et B font des analyses distinctes pour chaque unité et service séparément.

Deux hôpitaux chroniques analysent les chiffres de consommation par unité/service de leur établissement.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Quelques unités	18	6	12	10	20	6	36
Toutes les unités	10	6	4	9	6	5	20
Pas d'analyse	8	11	32	34	15	2	51
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 20: Analyses spécifiques de la consommation d'antibiotiques par unité/service dans les hôpitaux aigus

Presque tous les hôpitaux du groupe A (à l'exception de 2), tous les hôpitaux du groupe B et un peu plus de la moitié des hôpitaux du groupe C analysent les données de consommation par classe

d'antibiotiques. Près de 1/3 des hôpitaux aigus analysent ces données pour toutes les classes d'antibiotiques.

Seule un hôpital chronique analyse les chiffres de consommation spécifiques pour certaines mais pas pour toutes les classes d'antibiotiques.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	>800 lits	Total
Certaines classes	16	15	19	28	15	7	50
Tous les antibiotiques	18	8	8	11	17	6	34
Pas par classe	2	0	21	14	9	0	23
Total	36	23	48	53	41	13	107

Tableau 21: Analyses spécifiques de la consommation d'antibiotiques par classe d'antibiotiques dans les hôpitaux aigus

La figure 3 (page suivante) donne un aperçu des classes d'antibiotiques/antibiotiques qui font le plus souvent l'objet d'une analyse spécifique dans les hôpitaux aigus.

D'une manière générale (88/111, 79.3%) les médecins prescripteurs reçoivent un feed-back au sujet des chiffres de consommation, soit systématiquement, soit dans des situations déterminées.

Les unités suivantes sont utilisées pour l'analyse des chiffres de consommation : DDD ou doses quotidiennes définies (59.4% des hôpitaux qui analysent leurs chiffres), coût (44.3%), unités (37.7%) et DDA ou doses quotidiennes administrées (17.0%).

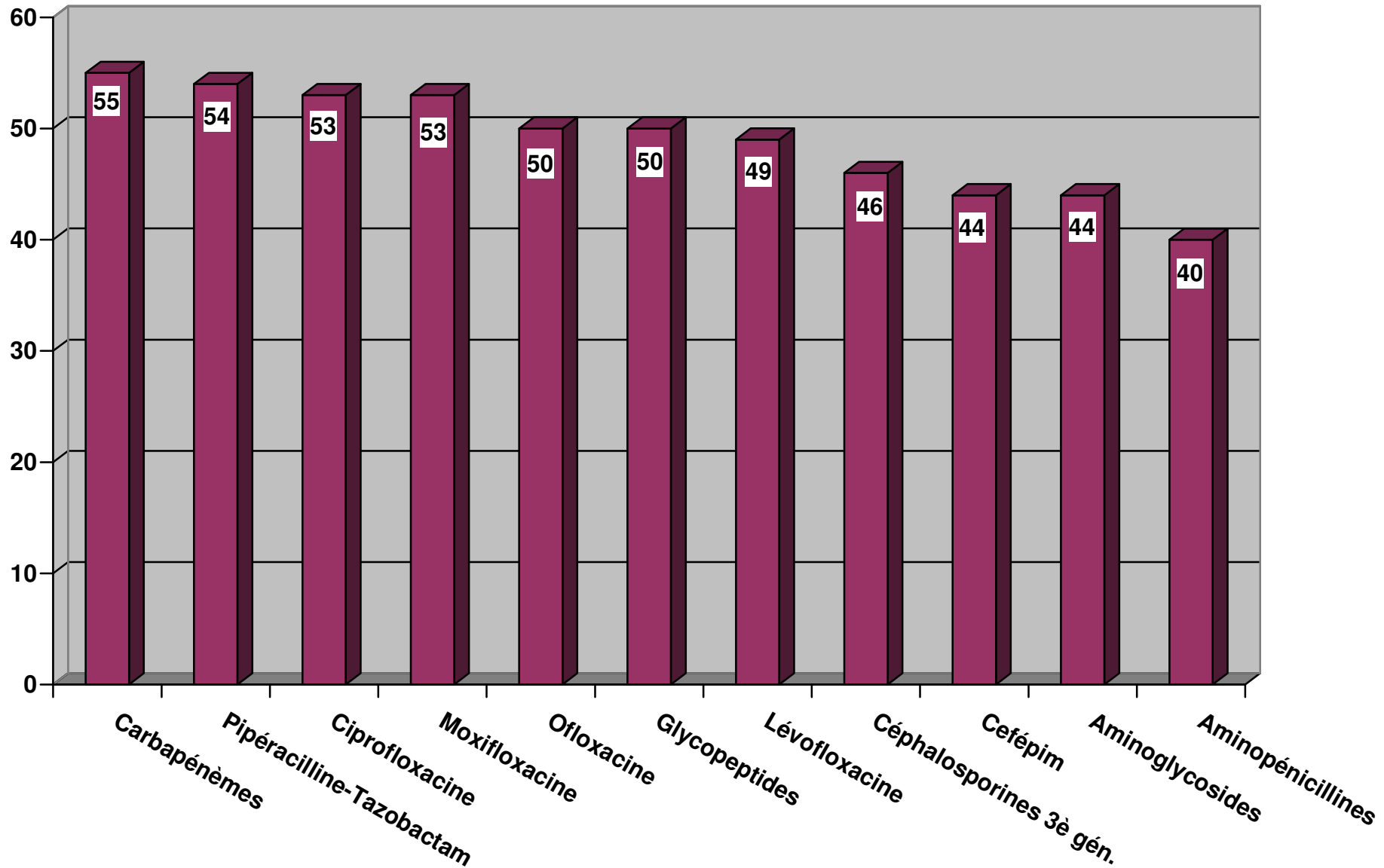


Figure 3: Analyse spécifique des différents antibiotiques/classes d'antibiotiques (nombre des hôpitaux aigus)

4.4. Analyse des profils de résistance

Les profils de résistance sont analysés dans la grande majorité des hôpitaux aigus (97/107, 90.6%). Seul 1 hôpital chronique analyse les profils de résistance. La majorité des groupes qui analysent ces profils de résistance (74/98, 74.5%) le font une fois par an. Une minorité (14.3%) le fait deux fois par an.

Deux hôpitaux aigus et un hôpital chronique n'analysent ni les chiffres de consommation, ni les profils de résistance.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	>800 lits	Total
Analyse	36	22	39	45	39	13	97
Pas d'analyse	0	1	9	8	2	0	10
Total	36	24	51	56	42	13	107

Tableau 2 : Analyse des profils de résistance dans les hôpitaux aigus.

Également en ce qui concerne les profils de résistance, des analyses spécifiques sont effectuées régulièrement pour certaines unités/certains services comme les soins intensifs (51.4% des hôpitaux aigus), l'hémato-oncologie (19.6%), la gériatrie (18.7%) et la pneumologie (15.0%).

Par comparaison avec les chiffres de consommation (n=20), il y a moins d'hôpitaux aigus qui suivent tous les profils de résistance par unité/service (n=11) dans leur institution.

	<i>Groupe A</i> 2002	<i>Groupe B</i> 2006	<i>Groupe C</i> 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	>800 lits	Total
Quelques unités	24	10	15	16	24	9	49
Toutes les unités	4	4	3	5	4	2	11
Pas d'analyse	8	9	29	31	13	2	46
Total	36	23	47	52	41	13	106

Tableau 23: Analyses spécifiques des profils de résistance par unité/service dans les hôpitaux aigus.

Conclusion

Les conclusions suivantes s'imposent à la lecture des rapports d'activités 2007 des groupes de gestion de l'antibiothérapie :

1° Pratiquement tous les hôpitaux belges développent des activités et interventions visant à stimuler la qualité comme la mise au point de formulaires pour la thérapie anti-infectieuse (96.3% des hôpitaux), de directives thérapeutiques (91.5%) et de directives prophylactiques (96.3%); ainsi que l'analyse de la consommation d'antibiotiques (96.1%) et des profils de résistance (90.6%). La grande majorité des hôpitaux encouragent la thérapie séquentielle (78.5%), inscrivent certains antibiotiques à large spectre sur une liste d'antibiotiques dits réservés (75.7%), révisent les traitements antibiotiques mis en œuvre après quelques jours sur la base des résultats cliniques et microbiologiques (64.5%) et chargent un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie de l'analyse quotidienne des traitements antibiotiques (63.8%). Tant la stratégie d'arrêt automatique ou stoporder (43.0%) que la prescription spécifique (36.4%) sont moins intégrés dans la pratique hospitalière.

2° Les hôpitaux pilotes (groupes A et B) ont pris une avance incontestable par rapport aux hôpitaux qui ne participent au projet que depuis 2007 (groupe C).

Bibliographie

Cosgrove SE. The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay and health care costs. *CID* 2006;42 (suppl 4-2):82-9

Costers M, Struelens MJ en de werkgroep Ziekenhuisgeneeskunde van BAPCOC. Oprichting en financiering van antibiotherapiebeleidsgroepen in de Belgische ziekenhuizen. *Acta hospitalia* 2008;1:105-9

*Davey P, Brown E, Fenelon L, Finch R, Gould I, Hartman G, Holmes A, Ramsay C, Taylor E, Wilcox M, Wiffen P. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4

*Dellit T, Owens R, McGowen J, Gerding D, Weinstein R, Burke J, Huskins C, Paterson D, Fishman N, Carpenter C, Brennan P, Billeter M, Hooton T. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *CID* 2007; 44:159-77

Goossens H, Coenen S, Costers M, Decorte S, De Sutter A, Gordts B, Laurier L, Struelens MJ. Achievements of the Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) *Eurosurveillance* 2008, 13, 1-4

Goossens H, Ferech M, Vanderstichele R, Elseviers M, for the ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005; 365:579-87

Lesprit P and Brun - Buisson C. Hospital antibiotic stewardship. *Curr Opin Infect Dis* 2008; 21:344-9

MacDougall C and Polk R. Antimicrobial Stewardship programs in health care systems. *Clin Microbiol Rev* 2005, 18:638-656

* fort recommandé

Paterson DL. The role of antimicrobial management programs in optimizing antibiotic prescribing within hospitals. *CID* 2006; 42 (suppl 2):90-5

Sourdeau L, Struelens MJ, Peetermans WE, Costers M, Suetens C. Hospital Care Working Group of Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC). Implementation of antibiotic management teams in Belgian hospitals. *Acta Clin Belg*. 2006; 6: 58-63

Struelens MJ and Peetermans WE. The antimicrobial resistance crisis in hospitals calls for multidisciplinary mobilization. *Acta Clinica Belgica* 1999; 54:2-6

*Struelens MJ and Costers M, on behalf of the Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) Hospital Care Working Group. Hospital antibiotic management in Belgium, results of the ABS maturity survey of the ABS International group. *Wien Klin Wochenschr* 2008, 120: 284-8.

* fort recommandé

Sites web intéressants

The Centers for Disease Control and Prevention:

<http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/default.htm>

The Healthcare Infection Control Special Interest Group:

http://www.asid.net.au/hicsigwiki/index.php?title=Antibiotic_stewardship_programs#Guides

European project ABS International:

<http://www.abs-international.eu/>

National Resource for Infection Control

http://www.nric.org.uk/IntegratedCRD.nsf/NRIC_Policy_antimicrobialPrescribing?OpenForm

The Scottish Government-Health and Community Care

<http://www.scotland.gov.uk/publications/2005/09/02132609/26099>

Antibiolor, France

<http://www.antibiolor.org/site/index.php>

AntiBiotika Strategien, Deutschland

<http://www.antibiotika-strategien.at/>

Appropriate Antibiotic Prescribing

<http://www.dundee.ac.uk/facmedden.APT/index.htm>

Care bundles

<http://www.hps.scot.nhs.uk/haic/ic/bundles.aspx>

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/ImprovementStories/WhatIsaBundle.htm>

<http://www.midtrentccn.nhs.uk/service-improvement/care-bundles>

Clinical pathways

<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/glossary/ICP.html>

Hôpitaux participants

2002

002 Stedelijk Ziekenhuis – Roeselare
008 Réseau Hospitalier de Médecine Sociale (RHMS) – Baudour
009 Middelheim ZNA – Antwerpen
010 Hôpital St-Joseph, Ste-Thérèse et IMTR – Gilly
027 CH Notre-Dame et Reine Fabiola - Charleroi
039 Cliniques Universitaires (UCL) – Yvoir
049 AZ St-Jan – Brugge
057 Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman – Ieper
076 CH Saint-Pierre – Bruxelles
079 Institut Jules Bordet – Bruxelles
090 AZ St-Jozef – Turnhout
096 CHU Tivoli – La Louvière
097 Heilig Hart Ziekenhuis - Lier
100 St-Vincentiusziekenhuis – Antwerpen
117 Heilig Hartziekenhuis Roeselare-Menen – Roeselare
126 Onze Lieve Vrouwziekenhuis – Aalst
140 AZ St-Lucas – Brugge
143 UZ Brussel (VUB) – Brussel
146 CH de Jolimont-Lobbes – Haine St Paul
152 Cliniques Saint-Joseph – Liège
243 Virga Jesse Ziekenhuis – Hasselt
290 AZ St-Lucas – Gent
300 Universitair Ziekenhuis Antwerpen – Edegem
317 AZ Jan Palfijn – Merksem
322 Universitaire Ziekenhuizen KUL – Leuven
325 CH André Vésale (ISPPC) – Montigny-le-Tilleul
332 CH Interregional Edith Cavell (CHIREC) - Bruxelles
371 Ziekenhuis Oost-Limburg – Genk
397 OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem – Waregem

403 Cliniques Universitaires Saint-Luc – Bruxelles (*Rapport non reçu*)
406 Cliniques Universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme – Bruxelles
412 CHR de la Citadelle - Liège
595 AZ Nikolaas– St-Niklaas
670 Universitair Ziekenhuis – Gent
689 Imelda Ziekenhuis – Bonheiden
707 CHU de Liège - Liège
718 CH de Charleroi (ISPPC) - Charleroi

2006

007 CH de la Haute Senne – Soignies
012 AZ St-Blasius – Dendermonde
017 AZ Maria Middelaers – St-Jozef – Gent
037 Cliniques de l'IPAL – Liège
042 CH du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye – Seraing
043 Clinique St-Pierre – Ottignies
068 CHR de Huy – Huy
077 CH Universitaire Brugmann – Bruxelles
099 AZ St-Augustinus – Wilrijk
109 AZ Heilig Hart – Tienen
134 St-Vincentiusziekenhuis – Deinze
150 Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) – Bruxelles
166 Clinique Ste-Elisabeth – Namen
176 Algemeen Stedelijk Ziekenhuis – Aalst
231 AZ Stuivenberg – St-Erasmus – Antwerpen
378 St-Rembertziekenhuis – Torhout
392 Gezondheidszorg Oostkust – Knokke-Heist
396 AZ Groeninge – Kortrijk
525 AZ Damiaan – Oostende
550 AZ Zusters van Barmhartigheid – Ronse
682 Monica – Deurne
709 AZ St-Dimpna – Geel
715 Regionaal Ziekenhuis St-Trudo – St-Truiden

716 AZ Vesalius – Tongeren

2007

004 Clinique Reine Astrid – Malmédy

006 CHR– Namur

015 St-Nikolaus Hôpital – Eupen

020 CH Peltzer-La tourelle – Verviers

023 Clinique André Renard – Herstal

026 AZ St-Maarten – Mechelen

032 AZ Alma – Eeklo

063 St-Elisabethziekenhuis – Turnhout

067 Ziekenhuis Henri Serruys AV – Oostende

071 Clinique Notre Dame – Tournai

087 Hôpitaux Iris Sud – Brussel

102 Heilig Hart ziekenhuis vzw – Mol

103 CHR du Val de Sambre – Auvelais Fosse

104 S-Jozefkliniek – Bornem

106 RZ St-Maria – Halle

108 RZ Heilig Hart – Leuven

110 Kliniek St-Jan – Brussel

111 Europaziekenhuizen –Brussel (*Rapport non reçu*)

124 St-Jozefkliniek vzw – Izegem

158 CH St-Vincent/Ste-Elisabeth – Rocourt

159 AZ Salvator-St-Ursula – Hasselt

164 IFAC –Aye

168 CH de l'Ardenne – Libramont

170 AZ Oudenaarde – Oudenaarde

202 Clinique St-Etienne – Brussel

204 AZ Jan Portaels –Vilvoorde

217 AZ St-Elisabeth – Zottegem

236 Revalidatieziekenhuis Hof Ter Schelde –Antwerpen

246 Clinique du Sud-Luxembourg – Arlon

247 CH de Mouscron– Mouscron

249 Centre de Santé des Fagnes – Chimay (*Rapport non reçu*)
254 CHU A. Paré – Mons
257 Klinik St-Joseph – Sankt-Vith
264 Ch de Dinant – Dinant
265 AZ Lokeren – Lokeren
266 CHR Clin St-Joseph/Hôpital de Warquignies – Mons
308 St-Elisabethziekenhuis – Herentals
310 KGW St-Augustinus – Veurne
314 AZ Heilige Familie – Reet
346 CH Tubize-Nivelles – Nivelles
395 St-Andries –Tielt
409 Clinique Notre Dame de Grâce – Gosselies (*Rapport non reçu*)
410 Prov. des malades et MC – Hornu (*Rapport non reçu*)
499 Ziekenhuis Inkendael – Vlezenbeek
534 CHR de Tournaisis –Tournai
536 AZ St-Jozef – Malle
676 Instituut Koningin Elisabeth – Oostduinkerke
706 Clinique St-Luc – Bouge
710 AZ Klina – Brasschaat
712 AZ Diest – Diest
713 AZ Jan Palfijn – Gent
714 St-Franciskusziekenhuis – Heusden
717 Ziekenhuis Maas en Kempen – Maaseik
719 Mariaziekenhuis Noord-Limburg – Overpelt
723 Clinique Ste Anne-St Rémi – Brussel