

Analyse des rapports d'activités des groupes de gestion de l'antibiothérapie 2009 dans les hôpitaux belges



E Van Gastel et M Costers

Membres du groupe de travail Médecine hospitalière en 2010:

F Buyle, B Byl, B Catry, M Costers, M Dejongh, B Delaere, O Denis, C Ernes, Y Glupczynski, D Govaerts, P Lacor, K Magerman, W Peetermans, R Peleman, H Robays, H Rodriguez, C Rossi, Y Van Laethem, E Van Wijngaerden, J Verhaegen et H Goossens (président 2010)

Table de matière

Introduction	p2
1. Composition des groupes de gestion de l'antibiothérapie	p4
2. Vision stratégique	p7
3. Communication et interaction avec les professionnels de la santé et les autres comités et instances de l'hôpital	p9
4. Indicateurs de qualité: Indicateurs structurels	p12
4.1. Formulaire antibiotique et directives	p12
4.2. Accompagnement dans le cadre de la prescription d'antibiotiques	p14
4.2.1. Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	p14
4.2.2. Prescription spécifique pour les antibiotiques	p14
4.2.3. Antibiotiques dits 'réservés'	p15
4.2.4. Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie	p17
4.2.5. Politique d'arrêt automatique ('stoporder')	p17
4.2.6. Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats de cultures, de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient	p18
4.2.7. Thérapie séquentielle (passage d' IV à PO)	p18
4.2.8. Prescription électronique	p19
4.3. Analyse de la consommation d'antibiotiques	p20
4.4. Analyse des profils de résistance	p25
Conclusion	p28

Introduction

Le gouvernement belge a libéré en 2002, à l'initiative du Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC), un budget annuel pour la création de groupes de gestion de l'antibiothérapie (GGA) dans 37 hôpitaux pilotes¹ 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 les hôpitaux 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 hôpitaux (n=116 en 2009). 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 (indicateurs 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 (ISP).

Les rapports d'évaluation pour 2007 et 2008 sont consultables sur le site web de BAPCOC (www.health.belgium.be/antibiotics > rubrique 'médecine hospitalière' > plus sur ce thème: 'publications').

L'analyse des chiffres de la consommation d'antibiotiques pour les périodes 2006 et 2007 des 61 hôpitaux de la phase de lancement a également débouché sur un rapport national: 'Systemic antimicrobial drug use in Belgian hospitals, 2006-2007' (www.nsih.be > surveillances: 'médicaments' > download > rapports).

¹ Un des hôpitaux pilotes a entretemps dé-fusionné

Analyse des rapports de 2009

Pour le traitement de ces données, les hôpitaux aigus et les hôpitaux chroniques ont été considérés séparément. A la suite de plusieurs fusions et “dé-fusions”, plusieurs modifications sont apparues, en comparaison avec 2008, en ce qui concerne le nombre d’hôpitaux et leur répartition en catégories.

BAPCOC a reçu 114 rapports d'activités des 116 hôpitaux pour l'année 2009 : 109/110 pour les hôpitaux aigus et 5/6 pour les hôpitaux chroniques comptant au moins 150 lits Sp et/ou G. Les résultats de ces groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus 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).

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	Total
≤ 400 lits	8	11	36	55
401-800 lits	16	9	14	39
> 800 lits	14	1	0	15
Total	38	21	50	109

*Tableau 1: Répartition des hôpitaux aigus 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 aigus comptant moins de 400 lits ne participent au projet que depuis 2007. 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.

Un hôpital chronique participe depuis 2006, les quatre autres hôpitaux chroniques ont lancé leur groupe de gestion de l'antibiothérapie plus tard.

**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 (GGA) 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, 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.

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 varie fortement comme les années précédentes, avec un nombre moyen de 10.5 membres (minimum de 4 et maximum de 28 membres).

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits
Nombre moyen de membres en 2009	12	11.1	9.2	9.4	10.9	13.6
Nombre moyen de membres en 2008	12.7	11.1	8.9	9.2	11.0	14.9
Nombre moyen de membres en 2007	10.6	10.4	8.7	9.1	9.7	12.4

Tableau 2: Nombre moyen de membres du groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus en fonction de la date de création du groupe de gestion de l'antibiothérapie et du nombre de lits

Comme en 2008, tous les hôpitaux aigus faisant rapport satisfont à l'AR du 12/02/2008 pour ce qui concerne la composition de leur groupe de gestion de l'antibiothérapie. Dans près de la moitié des hôpitaux aigus (47%), un infectiologue fait partie du groupe de gestion de l'antibiothérapie.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits
% des GGA avec un infectiologue	76	38	28	31	56	80

Tableau 3: Groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus avec un infectiologue en fonction de la date de création du groupe de gestion de l'antibiothérapie et du nombre de lits

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	% des GGA avec une [spécialisation] en 2009	% des GGA avec une [spécialisation] en 2008	% des GGA avec une [spécialisation] en 2007
Intensiviste/anesthésiste	87	85	75
Pneumologue	62	67	56
Médecin-chef	50	55	55
Pédiatre	43	39	40
Gériatre	34	31	28
Chirurgien abdominal	23	27	18
Infirmier en hygiène hospitalière	23	22	24
Néphrologue	21	20	19
Chirurgien général	21	18	31
Orthopédiste	17	13	14
Gastroentérologue	15	16	9
Hémato-oncologue	14	17	19
Oncologue	13	17	11
Cardiologue	12	12	14
Gynécologue	8	11	12

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

Comme en 2008, la participation des spécialistes précités ne varie pas vraiment en fonction de la date de création du groupe de gestion de l'antibiothérapie, sauf en ce qui concerne les

spécialisations hémato-oncologie (groupe A 21%, groupe B 24% et groupe C 4%) et pédiatrie (groupe A 53%, groupe B 48% et groupe C 34%).

Même si, aux termes de la loi, un seul délégué est exigé, 31 des 109 hôpitaux aigus ont désigné plusieurs délégués, et ce particulièrement dans les hôpitaux de plus de 400 lits. Le tableau 5 donne un aperçu de la spécialisation et/ou de la fonction de ces délégués.

Spécialisation et/ou fonction	% des GGA avec une [spécialisation] comme délégué en 2009	% des GGA avec une [spécialisation] comme délégué en 2008	% des GGA avec une [spécialisation] comme délégué en 2007
Biologiste clinique	41	44	46
Médecin en hygiène hospitalière	39	39	22
Infectiologue	30	31	23
Pharmacien hospitalier	33	26	27
Intensiviste/anesthésiste	13	13	10
Pneumologue	11	13	8

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

Le nombre moyen de membres par groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux chroniques est 8.2 (minimum de 5 et maximum de 15 membres). Le rôle de délégué de l'antibiothérapie est surtout rempli par le médecin-chef ou un gériatre.

2. Vision stratégique

Autour de 3/4 des groupes de gestion de l'antibiothérapie (73.4% versus 70% en 2008) dans les hôpitaux aigus établissent leurs objectifs, activités et attentes à long terme (sur plusieurs années), et proposent parfois même un plan pluriannuel explicite.

Vision stratégique à long terme	% des GGA
Oui, avec plan pluriannuel spécifique	15.6
Oui, mais sans plan pluriannuel	57.8
Non	26.6

Tableau 6: Vision stratégique à long terme concernant la politique antibiotique dans les hôpitaux aigus

Les objectifs, activités et résultats attendus sont formulés par 92.7% des groupes de gestion de l'antibiothérapie (versus 88.9% en 2008) pour l'année à venir, que ce soit explicitement dans un plan annuel ou non.

Vision stratégique à court terme	% des GGA
Oui, avec plan annuel spécifique	36.7
Oui, mais sans plan annuel	56.0
Non	7.3

Tableau 7: Vision stratégique à court terme concernant la politique antibiotique dans les hôpitaux aigus

Presque tous les groupes de gestion de l'antibiothérapie (92.7% versus 82.4% en 2008) analysent leurs activités et résultats, soit immédiatement après ces activités, soit dans le cadre d'une évaluation annuelle.

Évaluation des activités	% des GGA
Dans le cadre d'une évaluation annuelle	20.2
Évaluation dans le courant de l'année	72.5
Pas d'évaluation	7.3

Tableau 8: Évaluation des activités et résultats du groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus

Dans les hôpitaux chroniques, trois groupes de gestion de l'antibiothérapie sur cinq formulent leurs buts, leurs activités et leurs attentes, tant sur le long terme qu'à brève échéance, et analysent également leurs activités et leurs résultats, soit immédiatement soit dans le cadre d'une évaluation annuelle.

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

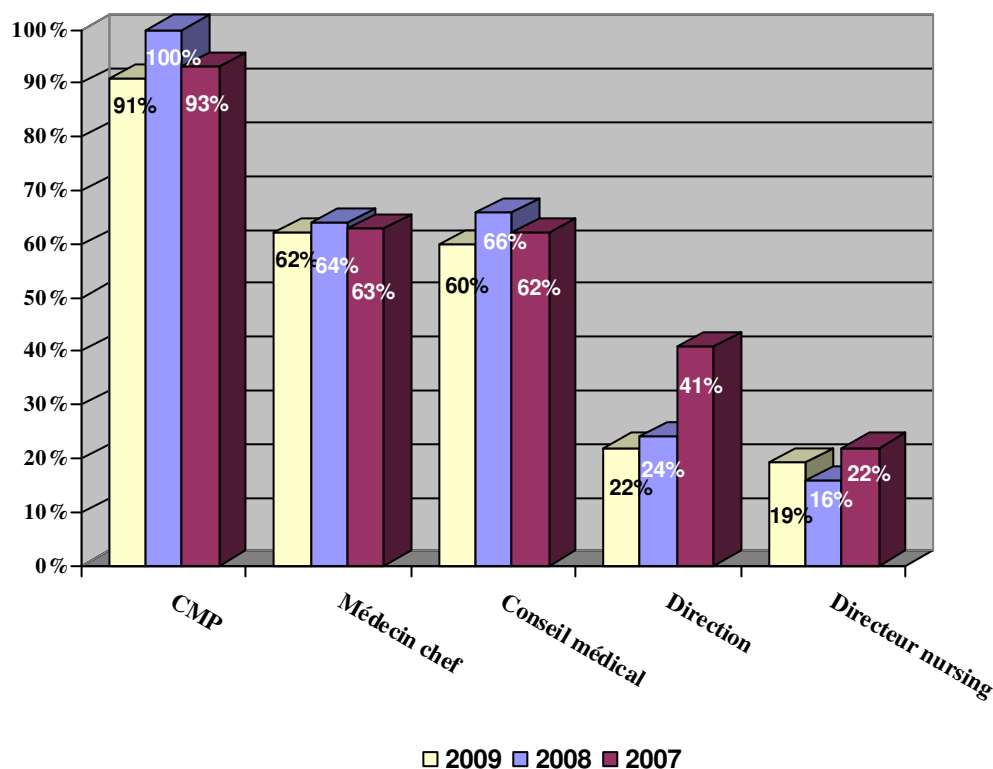
Les groupes de gestion de l'antibiothérapie (GGA) transmettent des informations aux professionnels de la santé et autres comités et instances de l'hôpital, par le biais de consultations et d'avis téléphoniques (dans 94.5% des hôpitaux aigus), intranet (81.7%), par e-mail (77.1%) ou à l'occasion d'entretiens individuels (62.4%).

La plupart des hôpitaux aigus de plus de 800 lits communiquent et interagissent avec les professionnels de la santé dans le contexte des tours de salle multidisciplinaires (86.7%) et des réunions de staff (66.7%), alors que seul ¼ des hôpitaux avec moins de 400 lits en font usage.

Comme en 2008, la moitié des hôpitaux aigus organisent également des recyclages et/ou des formations dans le cadre de la gestion des antibiotiques. Le taux augmente en fonction de la taille de l'hôpital: environ 2/5 des hôpitaux de 400 lits ou moins, la moitié des hôpitaux de 401 à 800 lits et 3/4 des hôpitaux de plus de 800 lits.

Contraire à 2008, il apparaît que pas dans tous les hôpitaux aigus, un représentant ou membre du Comité Médico-Pharmaceutique (CMP) participe aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie (graphique 1, page suivante).

Dans 1/5 des hôpitaux de moins de 400 lits (versus 1/3 en 2008), le groupe de gestion de l'antibiothérapie et le Comité Médico-Pharmaceutique ne forment qu'une seule et même structure.

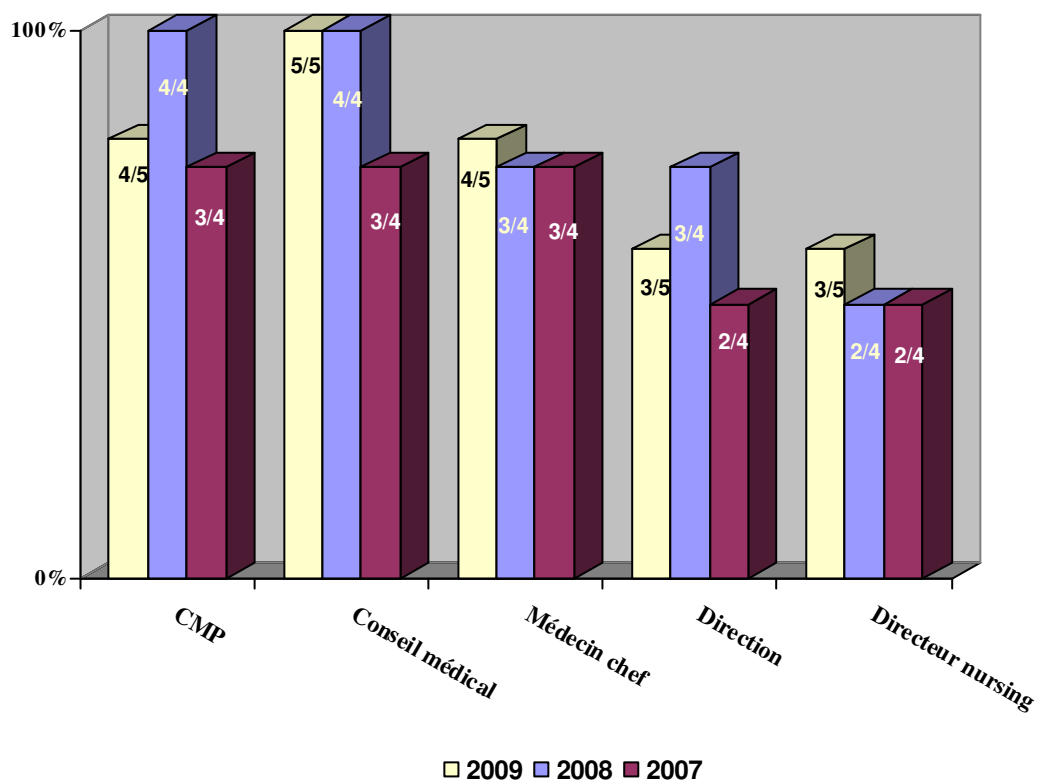


Graphique 1: Participation de représentants d'autres comités et/ou instances aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus (%). CMP : Comité Médico-Pharmaceutique

La diffusion de l'information depuis le groupe de gestion de l'antibiothérapie vers les professionnels de la santé et les autres comités et instances de l'hôpital se déroule dans quatre des cinq hôpitaux chroniques par le biais de publications (p. ex. formulaire antibiotique et directives). Trois hôpitaux communiquent également via l'intranet, par consultation et avis téléphoniques, par l'organisation de formations complémentaires ou via la participation ad hoc des professionnels de la santé concernés ou de représentants des autres comités ou instances aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie.

Deux groupes de gestion de l'antibiothérapie diffusent leur information également via consultation et avis au chevet du patient et par le biais de réunions de staff.

Dans 1 hôpital chronique (versus 2 en 2008), le groupe de gestion de l'antibiothérapie et le Comité Médico-Pharmaceutique forment une structure commune.



Graphique 2: Participation de représentants d'autres comités et/ou instances aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux chroniques (%). CMP : Comité Médico-Pharmaceutique

4. Indicateurs de qualité: indicateurs structurels

4.1. Formulaire antibiotique et directives

Comme en 2007 et 2008, quatre hôpitaux aigus ne disposent pas d'un **formulaire antibiotique**: trois des quatre hôpitaux ne disposent d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie que depuis 2007 (groupe C).

Sauf un, tous les hôpitaux aigus qui disposent d'un formulaire antibiotique (n=104) révisent celui-ci régulièrement afin qu'il reste constamment à jour, presque 3/5 allant jusqu'à le réviser une fois par an.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	21	14	26	30	22	9	61
Oui, mais pas annuellement	16	7	20	22	15	6	43
Non	0	0	1	1	0	0	1
Pas de formulaire	1	0	3	2	2	0	4
Total	38	21	50	55	39	15	109

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

Les cinq hôpitaux chroniques évaluent et révisent leur formulaire antibiotique, quatre entre eux le font au moins annuellement. En 2008 un hôpital chronique ne dispose pas de formulaire antibiotique.

Neuf hôpitaux aigus ne disposent pas de **directives de traitement anti-infectieux empirique et étiologique** (10 en 2008): à une exception près, il s'agit invariablement d'hôpitaux du groupe C. Tous les hôpitaux aigus qui possèdent ces directives (n=100), révisent celles-ci régulièrement, et un peu moins de la moitié le font au moins une fois par an.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	19	14	14	22	18	7	47
Oui, mais pas annuellement	19	6	28	27	18	8	53
Non	0	0	0	0	0	0	0
Pas de directives	0	1	8	6	3	0	9
Total	38	21	50	55	39	15	109

Tableau 10: Évaluation régulière (et le cas échéant révision) des directives de traitement anti-infectieux empirique et étiologique dans les hôpitaux aigus

Tous les hôpitaux chroniques disposent de directives de traitement thérapeutique anti-infectieux empirique et étiologique. Deux des cinq hôpitaux chroniques révisent ces directives au moins chaque année, deux autres hôpitaux révisent leurs directives mais pas annuellement.

Deux hôpitaux aigus ne disposent pas de **directives d'antibioprophylaxie chirurgicale** (7 en 2008): il s'agit à nouveau d'hôpitaux du groupe C.

La majorité des hôpitaux aigus qui ont ces directives (n=107), les révisent régulièrement; 1/4 va jusqu'à le faire au moins une fois par an.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	7	8	13	13	10	5	28
Oui, mais pas annuellement	30	11	32	37	26	10	73
Non	1	2	3	3	3	0	6
Pas de directives	0	0	2	2	0	0	2
Total	38	21	50	55	39	15	109

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

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

4.2.1. Avis concernant la thérapie anti-infectieuse

Dans tous les hôpitaux aigus, les professionnels de santé peuvent faire appel au groupe de gestion de l'antibiothérapie pour avis en matière de traitement anti-infectieux, mais parfois seulement durant les heures de travail.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
A tout moment	31	19	33	41	28	14	83
Heures de travail	7	2	16	13	11	1	25
Non	0	0	0	0	0	0	0
Total	38	21	49	54	39	15	108

Tableau 12: Avis concernant le traitement anti-infectieux donné par les groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus

Dans quatre hôpitaux chroniques sur cinq, le personnel soignant peut faire appel au groupe de gestion de l'antibiothérapie pour un avis concernant une thérapie anti-infectieuse, et dans trois hôpitaux chroniques, cela peut même se faire à chaque moment.

4.2.2. Prescription spécifique pour les antibiotiques

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Tous les AB	8	3	3	4	5	5	14
AB dits "réservés"	9	9	13	15	13	3	31
Non	20	9	34	36	21	6	63
Total	37	21	50	55	39	14	108

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

Tout comme les années précédentes, la prescription spécifique pour les antibiotiques est moins bien intégrée dans les hôpitaux aigus (+/- 40% des hôpitaux aigus belges).

Un hôpital chronique utilise une prescription spécifique pour les antibiotiques dits 'réservés'.

4.2.3. Antibiotiques dits "réservés"

88 hôpitaux aigus (82 en 2008) disposent d'une liste d'antibiotiques dits "réservés". En d'autres mots, il s'agit d'antibiotiques qui ne peuvent être délivrés par la pharmacie que moyennant une motivation fondée.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Oui	34	19	35	42	33	13	88
Non	4	2	15	13	6	2	21
Total	38	21	50	55	39	15	109

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

La figure 3 (page suivante) passe en revue les antibiotiques figurant le plus souvent sur cette liste dans les hôpitaux aigus. Par exemple, le linézolide est repris dans la liste des antibiotiques "réservés" dans 72 hôpitaux aigus (données de 2009).

Un hôpital chronique (aucun en 2008) utilise une liste d'antibiotiques "réservés", à savoir pour la tigécycline et le linézolide.

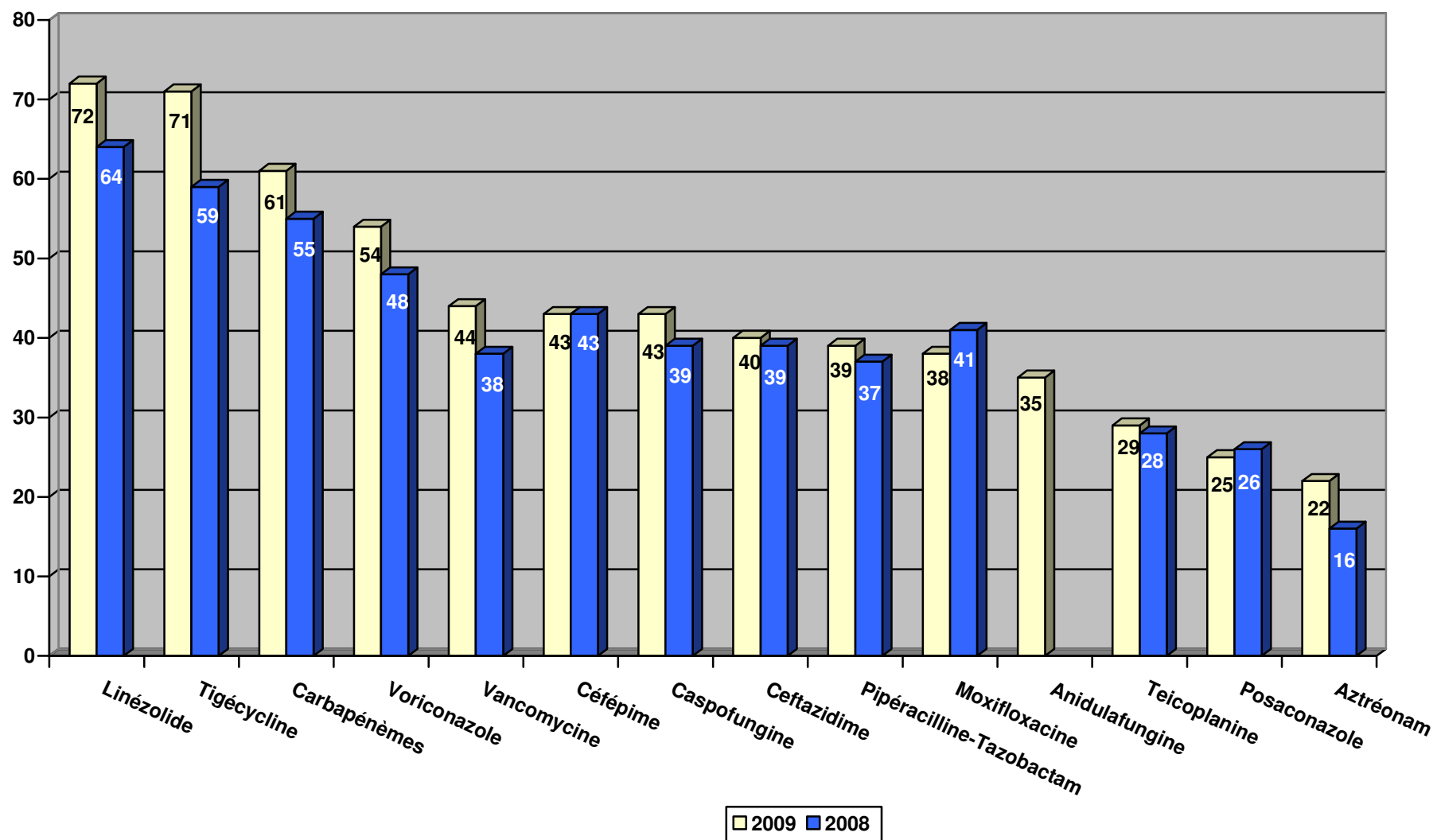


Figure 3: Antibiotiques dits "réservés" dans les hôpitaux aigus (nombre d'hôpitaux aigus)

4.2.4. Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie

Dans 92 hôpitaux aigus un contrôle de la thérapie anti-infectieuse 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 patients en soins intensifs) avec, le cas échéant, intervention et feed-back à l'égard du médecin prescripteur. Dans 41 hôpitaux aigus, ce contrôle est même effectué quotidiennement. Dans seulement 16 hôpitaux aigus (25 en 2008), il n'y a aucun contrôle des antibiothérapies mises en place.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Toujours	5	1	3	4	4	1	9
Dans certains cas	31	19	33	40	30	13	83
Non	2	1	13	10	5	1	16
Total	38	21	49	54	39	15	108

Tableau 15: Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus

Comme en 2008, dans deux hôpitaux chroniques, un contrôle des antibiothérapies pratiquées est effectué par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Toujours	9	2	1	2	6	4	12
Dans certains cas	14	8	16	18	16	4	38
Non	15	11	33	35	17	7	59
Total	38	21	50	55	39	15	109

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

Tout comme les années précédentes, la politique d'arrêt automatique est moins bien intégrée dans les hôpitaux aigus (+/- 40% des hôpitaux aigus).

Seul un hôpital chronique applique une politique d'arrêt d'automatique.

4.2.6. Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats des cultures et de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient

Presque tous les hôpitaux aigus (92.7%) révisent l'antibiothérapie après quelques jours en fonction des résultats des cultures et de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient. En comparaison avec 2008, il y a moins d'hôpitaux qui effectuent cette révision dans tous les cas (17 en 2009 contre 26 en 2008); la plupart des hôpitaux se limitent à certains services ou certaines indications.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Toujours	10	4	3	6	9	2	17
Dans certains cas	28	16	40	43	28	13	84
Non	0	1	7	6	2	0	8
Total	38	21	50	55	39	15	109

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

Une telle révision de l'antibiothérapie s'effectue dans chacun des cinq hôpitaux chroniques; trois hôpitaux le font toujours.

4.2.7 Thérapie séquentielle (passage d'IV à PO)

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Oui	37	18	42	46	36	15	97
Non	1	3	8	9	3	0	12
Total	38	21	50	55	39	15	109

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

Nonante-sept hôpitaux aigus (89 en 2008) et quatre hôpitaux chroniques (4 en 2008) encouragent la thérapie séquentielle pour les antibiotiques avec biodisponibilité équivalente.

4.2.8. Prescription électronique

La plupart des hôpitaux aigus ne font pas encore usage de la prescription électronique dans leur institution; dans ceux où la prescription électronique est bel est bien utilisé, l'usage en est fréquemment limité à certaines unités.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Toutes les unités	5	2	7	5	7	2	14
Certaines unités	15	7	12	19	8	7	34
Non	18	12	31	31	24	6	61
Total	38	21	50	55	39	15	109

Tableau 19: Prescription électronique dans les hôpitaux aigus

Deux hôpitaux chroniques font usage de la prescription électronique.

4.3. Analyse de la consommation d'antibiotiques

Seuls 2 hôpitaux aigus n'analysent pas leur **consommation d'antibiotiques** (3 en 2008, 4 en 2007). Dans 2/3 des hôpitaux aigus qui analysent leur consommation d'antibiotiques (n=107), l'analyse est effectuée une fois par an.

Dans 85% des hôpitaux aigus qui analysent leur consommation d'antibiotiques, la surveillance obligatoire de l'ISP est complétée par une analyse propre du groupe de gestion de l'antibiothérapie.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Annuellement	24	10	38	33	29	10	72
Par semestre	8	6	8	11	7	4	22
Par trimestre	3	3	2	5	3	0	8
Par mois	3	1	0	3	0	1	4
Pas d'analyse	0	1	1	2	0	0	2
Pas de données	0	0	1	1	0	0	1
Total	38	21	50	55	39	15	109

Tableau 20: Analyse de la consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux aigus

En 2009, quatre des cinq hôpitaux chroniques ont analysé leur consommation d'antibiotiques annuellement.

Dans 101 hôpitaux (97 aigus et 4 chroniques) les médecins prescripteurs reçoivent un **feed-back au sujet des chiffres de consommation**, soit systématiquement, soit dans des situations déterminées (p. ex. en cas d'augmentation significative de la consommation), soit pour certains services (p. ex. soins intensifs, hématologie, oncologie).

Les **unités** suivantes sont utilisées pour l'analyse des chiffres de consommation: les DDD's ou Defined Daily Doses (77.5% des hôpitaux qui analysent leurs chiffres), coût (44.1%), unités/quantités (39.6%) et les DDA's ou Daily Doses of Administration (18.0%).

Près de 2/3 des hôpitaux aigus qui analysent leurs chiffres de consommation effectuent des **analyses spécifiques par unité**. Environ 1/3 de ce groupe d'hôpitaux analysent leur consommation même par prescripteur. Par rapport à 2008, on note une augmentation des hôpitaux du groupe C qui analysent les chiffres de consommation séparément pour TOUS les services (11 en 2009 contre 3 en 2008).

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Quelques unités	21	8	19	20	20	8	48
Toutes les unités	12	3	11	12	9	5	26
Pas par unité	5	9	19	21	10	2	33
Total	38	20	49	53	39	15	107

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

La figure 4 (page suivante) illustre pour quelles unités ou services les chiffres de consommation sont analysés le plus souvent séparément. Par exemple, 72 hôpitaux analysent séparément les chiffres de consommation du service Soins Intensifs.

Tous les hôpitaux chroniques qui analysent leurs chiffres de consommation, le font par unité ou par service. Trois hôpitaux chroniques analysent ces chiffres de consommation aussi par prescripteur.

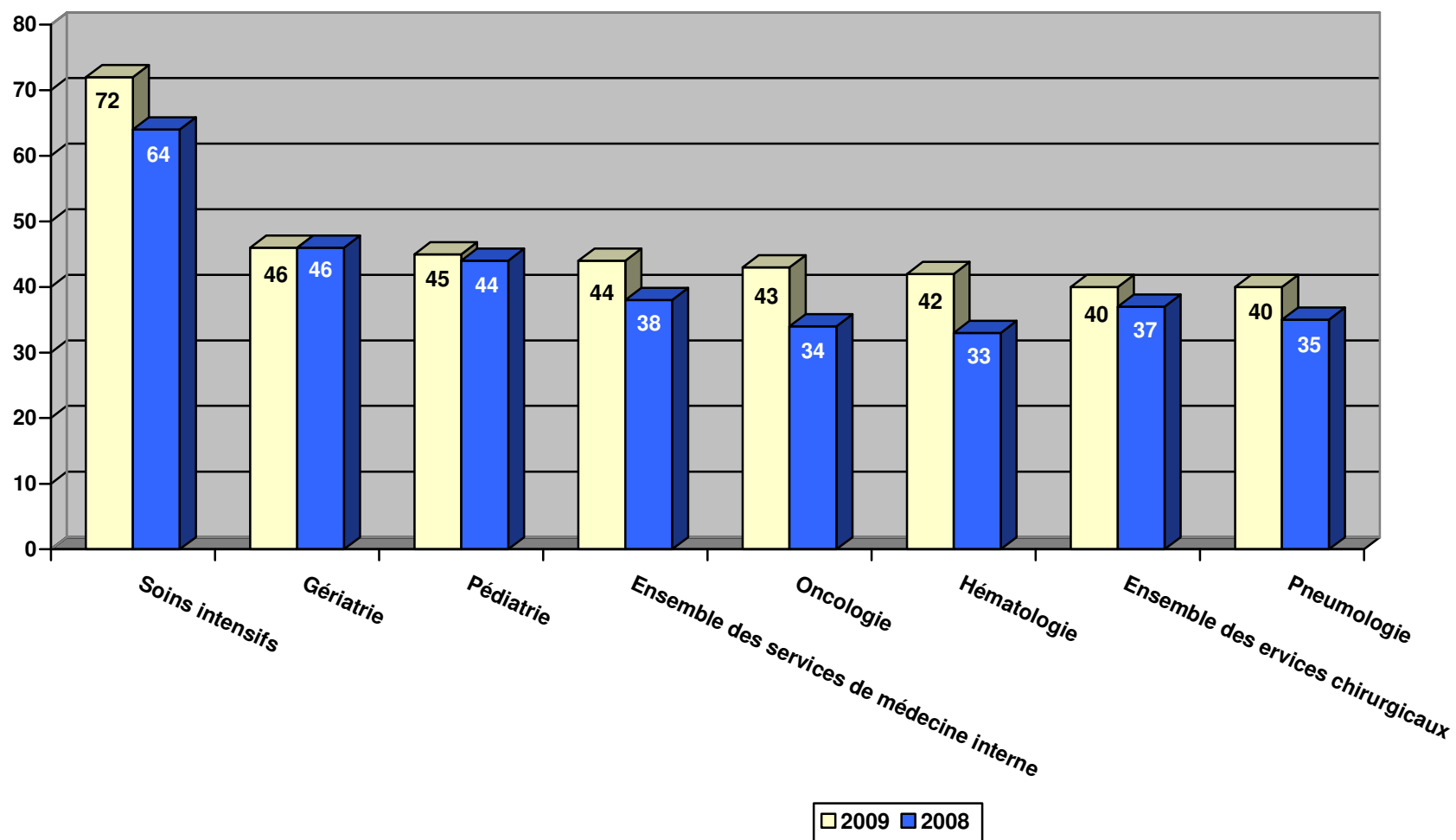


Figure 4: Analyse par unité/service dans les hôpitaux aigus (nombre d'hôpitaux aigus)

NB Dans ces chiffres, il est tenu compte des hôpitaux qui analysent chaque unité séparément

Tous les hôpitaux aigus qui analysent leurs chiffres de consommation, sauf deux (cinq en 2008), effectuent cette analyse **par (classe d') antibiotique.**

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Certaines (classes d') antibiotiques	12	13	25	28	19	3	50
Tous les AB	26	7	22	24	19	12	55
Pas par classe	0	0	2	1	1	0	2
Total	38	20	49	53	39	15	107

Tableau 22: Analyses spécifiques de la consommation d'antibiotiques par classe d'antibiotiques dans les hôpitaux aigus

La figure 5 (page suivante) donne un aperçu des (classes d') antibiotiques qui font le plus souvent l'objet d'une analyse spécifique dans les hôpitaux aigus. Par exemple, 96 hôpitaux aigus analysent spécifiquement les chiffres de consommation des carbapénèmes.

Trois hôpitaux chroniques effectuent des analyses distinctes pour tous les antibiotiques (3 en 2008).

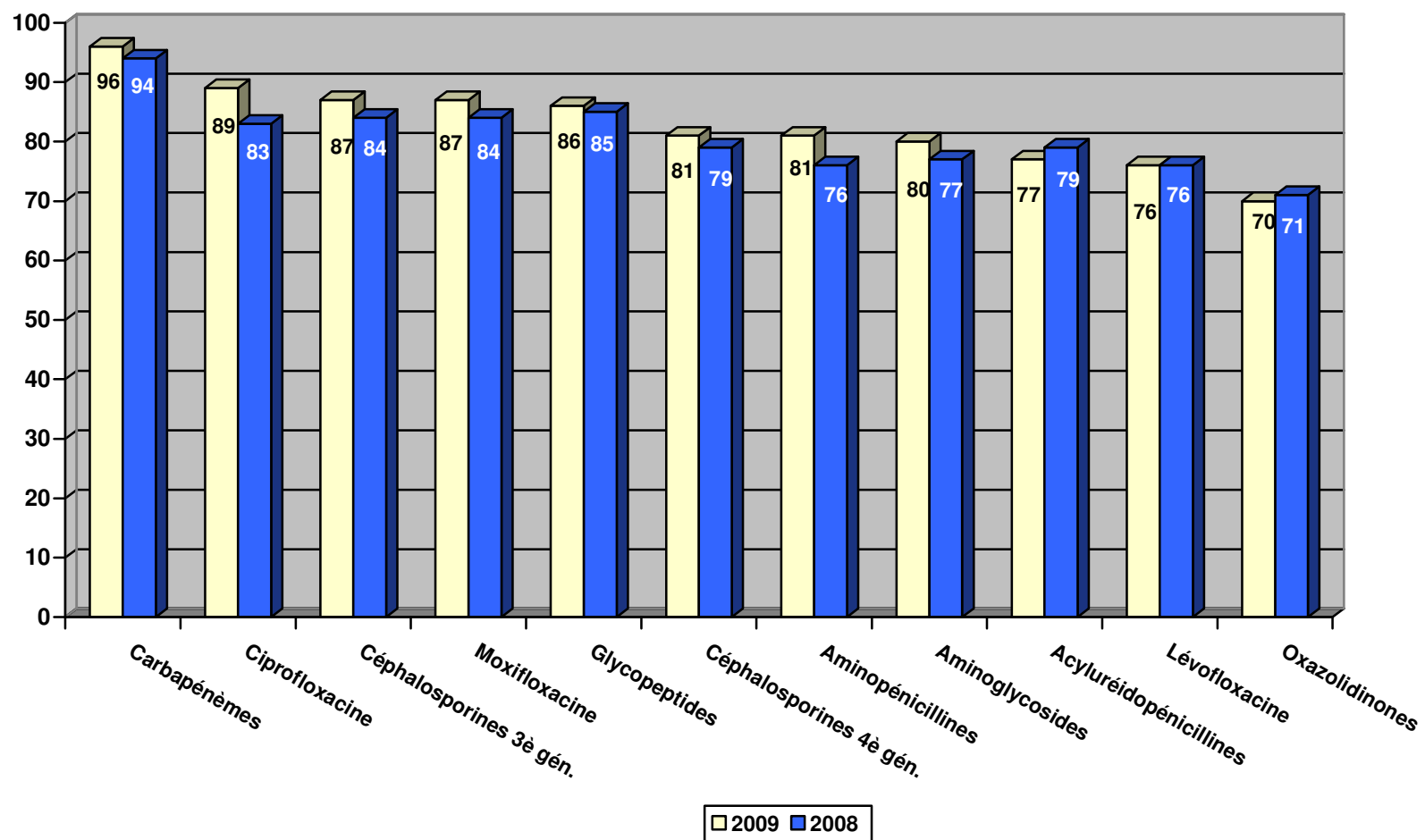


Figure 5: Analyse spécifique des différents antibiotiques/classes d'antibiotiques (nombre des hôpitaux aigus)
NB Il est tenu compte dans ces chiffres des hôpitaux qui analysent tou(te)s les (classes d') antibiotiques séparément

4.4. Analyse des profils de résistance

Les **profils de résistance** sont analysés dans presque tous les hôpitaux aigus. Les cinq hôpitaux qui n'effectuent pas encore cette analyse appartiennent au groupe C. 4/5 des hôpitaux qui analysent ces profils de résistance, le font une fois par an.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Tous les deux ans	0	0	1	1	0	0	1
Annuellement	28	17	38	41	30	12	83
Par semestre	6	2	4	5	5	2	12
Par trimestre	2	2	1	3	2	0	5
Par mois	2	0	1	1	1	1	3
Pas d'analyse	0	0	5	4	1	0	5
Total	38	21	50	55	39	15	109

Tableau 23: Analyse des profils de résistance dans les hôpitaux aigus

En 2009, trois hôpitaux chroniques (1 en 2008) analysent les profils de résistance.

Presque tous les groupes de gestion de l'antibiothérapie (97 hôpitaux aigus et 2 hôpitaux chroniques) qui analysent les profils de résistance, fournissent **un feedback aux prescripteurs**, soit systématiquement, soit seulement dans certaines situations (p. ex. en cas d'augmentation significative des chiffres de résistance) ou pour certains services (p. ex. soins intensifs, hématologie, oncologie).

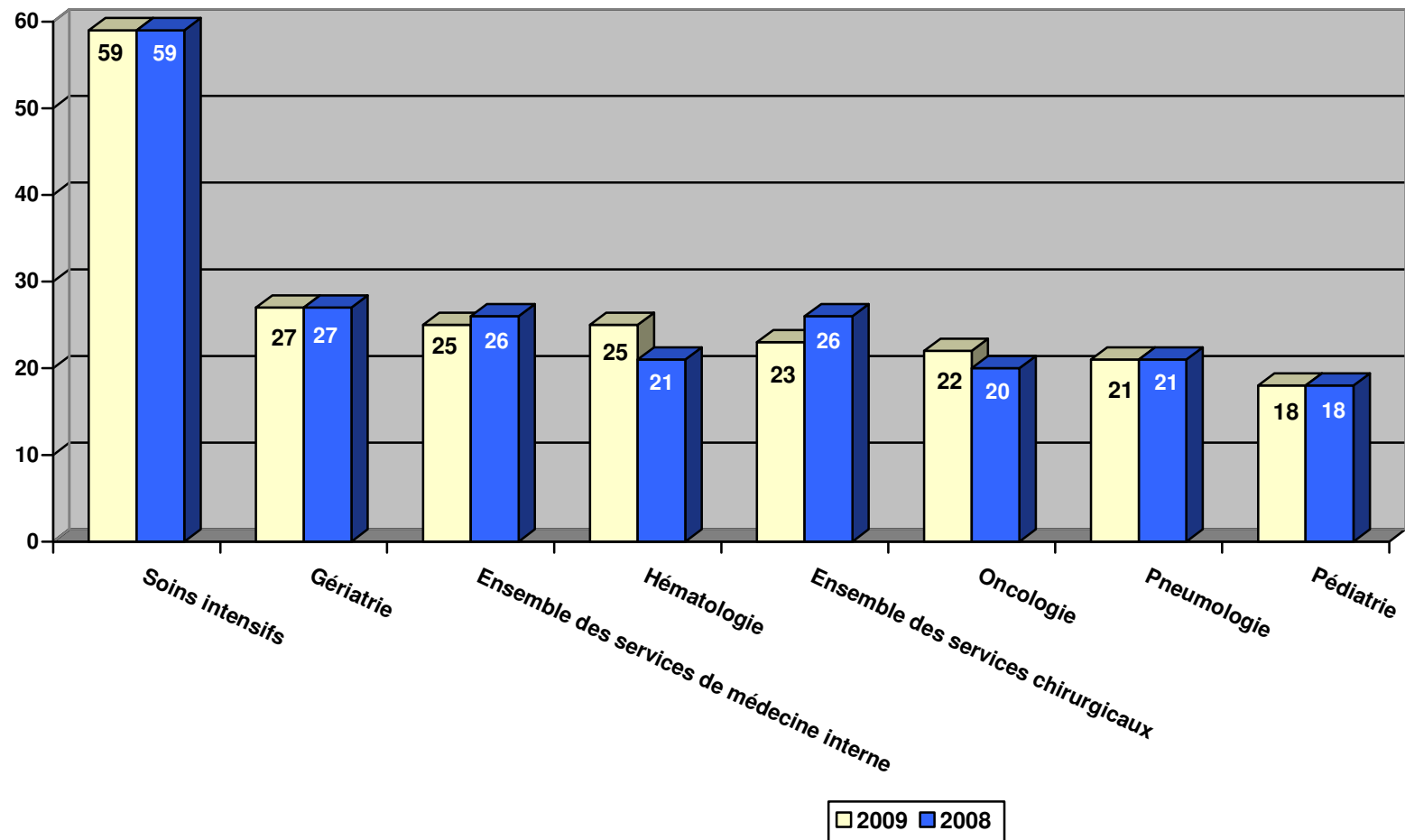


Figure 6: Analyse par unité/service dans les hôpitaux aigus (nombre d'hôpitaux aigus)

NB Dans ces chiffres, il est tenu compte des hôpitaux qui analysent chaque unité séparément

Également en ce qui concerne les profils de résistance, des analyses spécifiques sont effectuées régulièrement dans les hôpitaux aigus pour **certaines unités/certains services** (voir figure 6, page précédente). Par exemple, 59 hôpitaux aigus analysent leurs profils de résistance dans le service Soins Intensifs.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Quelques unités	21	10	12	12	23	8	43
Toutes les unités	4	2	6	6	3	3	12
Pas par unité	13	9	27	33	12	4	49
Total	38	21	45	51	38	15	104

Tableau 24: Analyses spécifiques des profils de résistance par unité/service dans les hôpitaux aigus

Dans plus que la moitié des hôpitaux aigus qui analysent leurs **chiffres de résistance**, ces chiffres sont analysés **pour tous les germes**.

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	Total
Tous les germes	22	13	20	21	23	11	55
Certains germes	16	8	25	30	15	4	49
Total	38	21	45	51	38	15	104

Tableau 25: Analyse spécifique des profils de résistance par germe dans les hôpitaux aigus

Les germes qui sont le plus souvent sujets d'analyses spécifiques sont les suivants : SARM ou *Staphylococcus aureus* résistant à la mé thicilline (n=104 hôpitaux), germes producteurs de BLSE ou beta-lactamases à spectre élargi (n=99), *Pseudomonas aeruginosa* productrice de MBL ou métallos beta-lactamases (n=88) et ERV ou *Enterococcus* résistant à la vancomycine (n=88).

Les trois hôpitaux chroniques (1 en 2008) qui analysent leurs chiffres de résistance, le font pour certains germes : SARM (n=3 hôpitaux), germes productrices de BLSE (n=2), *Pseudomonas aeruginosa* productrice de MBL (n=1).

Conclusion

Les conclusions suivantes s'imposent à la lecture des rapports d'activités 2009 des groupes de gestion de l'antibiothérapie:

Hôpitaux aigus – Consolidation de la situation de l'année 2007 et 2008:

Des activités et interventions visant à stimuler la qualité comme

- le développement de formulaires pour la thérapie anti-infectieuse (96.3%) ;
- le développement de directives thérapeutiques (91.7%) et de directives prophylactiques (98.2%);
- les conseils en matière de thérapie anti-infectieuse (100%) ;
- la définition d'une liste d'antibiotiques à large spectre dits « réservés » (80.7%) ;
- le contrôle des traitements antibiotiques par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie (85.2%) ;
- la révision des antibiothérapies après quelques jours sur base de résultats microbiologiques et de l'évolution clinique du patient (92.7%) ;
- la promotion de la thérapie séquentielle (89%) ;
- l'analyse de la consommation d'antibiotiques (98.2%) ; et
- l'analyse des profils de résistance (95.4%)

ont été appliqués dans presque tous les hôpitaux aigus de Belgique en 2009.

Tant la stratégie d'arrêt automatique (45.9%) que la prescription spécifique pour les antibiotiques (41.7%) sont moins intégrés dans la pratique hospitalière, tout comme en 2007 et 2008.

Les hôpitaux qui ne participent que depuis 2007 (groupe C) et qui ont encore un peu de retard par rapport aux autres hôpitaux, sont toujours en train de le **rattraper** ; on note une légère augmentation en ce qui concerne la présence de directives pour la prophylaxie antibiotique (96% en 2009 contre 87,8% en 2008), l'utilisation d'une liste d'antibiotiques à large spectre dits « réservés » (70% en 2009 contre 61,2% en 2008) et la promotion de la thérapie séquentielle (84% en 2009 contre 69,4% en 2008).

Hôpitaux chroniques

Des activités et interventions visant à stimuler la qualité comme le développement de formulaires pour la thérapie anti-infectieuse et de directives thérapeutiques, et la révision de l'antibiothérapie après quelques jours sur base des résultats microbiologiques et de l'évolution clinique du patient sont désormais bien ancrés dans tous les hôpitaux chroniques (n=5). Les activités suivantes sont également bien ancrées : l'avis concernant la thérapie anti-infectieuse (n=4) et la promotion de la thérapie séquentielle (n=4). Comme en 2008, quatre hôpitaux chroniques analysent leurs chiffres de consommation d'antibiotiques et en 2009 trois hôpitaux chroniques analysent également les profils de résistance (versus 1 en 2008). Un hôpital chronique dispose d'une liste d'antibiotiques dits « réservés ».

	<u>2009</u>			Total 2009	<u>2008</u>			Total 2008
	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007		Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	
Formulaire antibiotique	97.4	100	94	96.3	100	100	91.8	96.3
Directives thérapeutiques	100	95.2	84	91.7	100	95.2	81.6	90.7
Directives prophylactiques	100	100	96	98.2	97.4	100	87.8	93.5
Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	100	100	100	100	100	100	100	100
Prescription spécifique	45.9	57.1	32	41.7	50	57.1	30.6	42.6
Antibiotiques dits “réservés”	89.5	90.5	70	80.7	86.8	90.5	61.2	75.9
Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du GGA	94.7	95.2	73.5	85.2	89.5	90.5	61.2	76.8
Politique d’arrêt automatique	60.5	47.6	34	45.9	55.3	47.6	30.6	42.6
Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats de cultures, de l’antibiogramme et de l’évolution clinique du patient	100	95.2	86	92.7	97.4	90.5	85.7	90.7
Thérapie séquentielle (passage d’IV à PO)	97.4	85.7	84	89	94.7	90.5	69.4	82.4
Prescription électronique	52.6	42.8	38	44	52.6	33.3	34.7	40.7
Analyse de la consommation d’antibiotiques	100	95.2	98	98.2	100	95.2	95.9	97.2
Analyse des profils de résistance	100	100	90	95.4	97.4	100	89.8	94.4

Tableau 26: Implémentation des initiatives des groupes de gestion de l’antibiothérapie dans les hôpitaux aigus selon la date de création (en pourcentage)

	<u>2009</u>			Total 2009	<u>2008</u>			Total 2008
	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits		≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits	
Formulaire antibiotique	96.4	94.9	100	96.3	96.3	94.9	100	96.3
Directives thérapeutiques	89.1	92.3	100	91.7	88.9	89.7	100	90.7
Directives prophylactiques	96.4	100	100	98.2	88.9	97.4	100	93.5
Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	100	100	100	100	100	100	100	100
Prescription spécifique	34.5	46.2	57.1	41.7	38.9	41	60	42.6
Antibiotiques dits “réservés”	76.4	84.6	80	80.7	70.4	82.1	80	75.9
Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du GGA	81.5	87.2	93.3	85.2	72.2	79.5	40.8	76.8
Politique d’arrêt automatique	36.4	56.4	53.3	45.9	37	46.2	53.3	42.6
Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats de cultures, de l’antibiogramme et de l’évolution clinique du patient	89.1	94.9	100	92.7	88.9	89.7	100	90.7
Thérapie séquentielle (passage d’IV à PO)	83.6	92.3	100	89	75.9	87.2	93.3	82.4
Prescription électronique	43.6	38.5	60	44	37	38.5	60	40.7
Analyse de la consommation d’antibiotiques	96.4	100	100	98.2	94.4	100	100	97.2
Analyse des profils de résistance	92.7	97.4	100	95.4	92.6	97.4	93.3	94.4

Tableau 27: Implémentation des initiatives des groupes de gestion de l’antibiothérapie dans les hôpitaux aigus selon le nombre de lits (en pourcentage)

	<u>2009</u>	<u>2008</u>	<u>2007</u>
Formulaire antibiotique	5/5	3/4	4/4
Directives thérapeutiques	5/5	4/4	4/4
Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	4/5	3/4	1/4
Prescription spécifique	1/5	1/4	0/4
Antibiotiques dits “réservés”	1/5	0/4	1/4
Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du GGA	2/5	2/4	0/4
Politique d’arrêt automatique	1/5	2/4	2/4
Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats microbiologiques et de l’évolution clinique du patient	5/5	4/4	2/4
Thérapie séquentielle (passage d’IV à PO)	4/5	4/4	2/4
Prescription électronique	2/5	2/4	/
Analyse de la consommation d’antibiotiques	4/5	4/4	3/4
Analyse des profils de résistance	3/5	1/4	1/4

Tableau 28: Implémentation des initiatives des groupes de gestion de l’antibiothérapie dans les hôpitaux chroniques (nombre d’hôpitaux)

