



Analyse des rapports d'activités des groupes de gestion de l'antibiothérapie 2011 dans les hôpitaux belges

E Van Gastel

SPF SSCAE, Soins Aigus, Chroniques et Personnes Agées, Cellule Appui Transversal: D Dicker, Membres du groupe de travail Médecine hospitalière en 2013: E Balligand, F Buyle, B Byl, B Catry, M Costers, M Dejongh, B Delaere, O Denis, C Ernes, Y Glupczynski, D Govaerts, A Ingenbleek, D Konopnicki, P Lacor, K Magerman, W Peetermans, R Peleman, H Robays, H Rodriguez, C Rossi, Y Van Laethem, J Verhaegen et D Vogelaers

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	p26
Conclusion	p29
GGA rapports 2011 – FORMATIONS: résumé	p34
GGA rapports 2011 – AUDITS: résumé	p49

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 pilotes en vue de stimuler la gestion de l'antibiothérapie dans ces établissements (art. 77 § 6 de l'AR du 25 avril 2002). Bâtissant sur les résultats positifs obtenus pendant 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 du financement d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie dans leur établissement (AR du 19 juin 2007). Un budget global de 3 609 208 EUR est réparti à cet effet entre les hôpitaux (n=109 en 2011). 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, 2008 et 2009 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).

Analyse des rapports de 2011

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 au moment de l’analyse 105 rapports d’activités des 109 hôpitaux pour l’année 2011 : 100/103 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).

*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**

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	Total
≤ 400 lits	6	10	34	50
401-800 lits	16	7	10	33
> 800 lits	15	2	0	17
Total	37	19	44	100

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 cinq 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.

Dans les *hôpitaux aigus* les groupes de gestion de l'antibiothérapie ont en **moyenne 11.5 membres par GGA**. Des hôpitaux avec plus de 800 lits ont en moyenne 4 membres de plus que les petits hôpitaux (≤ 400 lits) dans leur groupe de gestion de l'antibiothérapie.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits
Nombre moyen de membres en 2011	12.7	12.6	10	10.3	11.6	14.9

Comme les années précédentes, 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.

Tableau 3: % des infectiologues dans les groupes 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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
% infectiologues dans les GGA 2011	11.5	6.8	3.6	5	8.4	10.6	7.4

Le nombre d'hôpitaux avec infectiologues dans leur groupe de gestion de l'antibiothérapie augmente en fonction du nombre de lits dans l'hôpital (tableau 3).

Les spécialisations suivantes sont représentées dans les groupes de gestion de l'antibiothérapie (ordre décroissant) (tableau 4).

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

Spécialisation et/ou fonction	% des membres des GGA 2011
Pharmacien hospitalier	18.0
Biologiste clinique	15.3
Intensiviste/anesthésiste	11
Médecin hygiéniste hospitalier	9.3
Infectiologue	7.4
Pédiatre	7.1
Pneumologue	5.9
Médecin-chef	4.3
Gériatre	2.5
Infirmier en hygiène hospitalière	2.5
Néphrologue	1.9
Gastroentérologue	1.5
Urologue	1.4
Orthopédie	1.4
Hématologue	1.1
Urgentiste	1.1

Les chirurgiens ne représentent que 3,5% du nombre de membres des groupes de gestion de l'antibiothérapie.

Le tableau 5 donne un aperçu de la spécialisation et /ou de la fonction des **délégués** des groupes de gestion de l'antibiothérapie. Dans $\frac{3}{4}$ des groupes de gestion de l'antibiothérapie le délégué est un biologiste clinique, pharmacien de l'hôpital ou infectiologue.

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

Spécialisation et/ou fonction	% délégué dans les GGA 2011
Biologiste clinique	32.8
Pharmacien hospitalier	23.2
Infectiologue	21.5
Pneumologue	8.5
Interniste	7.9
Intensiviste/anesthésiste	6.2

Dans les hôpitaux disposant d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie depuis 2002, le délégué est dans un tiers des cas un infectiologue.

Dans la majorité des groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux aigus (93%), un ou plusieurs membres ont suivie le **cour interuniversitaire biannuel en gestion des antibiotiques**.

Le nombre moyen de membres par groupe de gestion de l'antibiothérapie dans les *hôpitaux chroniques* est 6.6, soit légèrement moins que les années précédentes (8,2 en 2009). Le rôle du délégué à la gestion de l'antibiothérapie est principalement tenue par le pharmacien hospitalier ou un gériatre. Les années précédentes le rôle de délégué de l'antibiothérapie était surtout rempli par le médecin-chef.

Dans quatre des cinq hôpitaux chroniques, un ou plusieurs membres ont suivi le cours interuniversitaire biannuel en gestion des antibiotiques.

2. Vision stratégique

Plus de trois quarts des groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les *hôpitaux aigus* (78% versus 73,4% en 2009 et 70% en 2008) établissent leurs objectifs, activités et attentes **à long terme** (sur plusieurs années), et proposent parfois même un plan pluriannuel explicite.

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

Vision stratégique à long terme	% des GGA
Oui, avec plan pluriannuel spécifique	23
Oui, mais sans plan pluriannuel	55
Non	22

Les objectifs, activités et résultats attendus sont formulés par 94% des groupes de gestion de l'antibiothérapie (versus 92.7 en 2009 et 88.9% en 2008) pour **l'année à venir**, que ce soit explicitement dans un plan annuel ou non.

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

Vision stratégique à court terme	% des GGA
Oui, avec plan annuel spécifique	36
Oui, mais sans plan annuel	58
Non	6

Presque tous les groupes de gestion de l'antibiothérapie (94% versus 92.7% en 2009 et 82.4% en 2008) **analysent leurs activités et résultats**, soit immédiatement après ces activités, soit dans le cadre d'une évaluation annuelle.

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

Evaluation des activités	% des GGA
Dans le cadre d'une évaluation annuelle	22
Évaluation dans le courant de l'année	72
Pas d'évaluation	6

Dans les *hôpitaux chroniques*, tous les groupes de gestion de l'antibiothérapie formulent leurs objectifs, leurs activités et leurs attentes à court terme, quatre hôpitaux le font à long terme. Deux hôpitaux chroniques 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) dans les *hôpitaux aigus* 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% des hôpitaux aigus), par e-mail (84%), intranet (81%), ou à l'occasion d'entretiens individuels (67%).

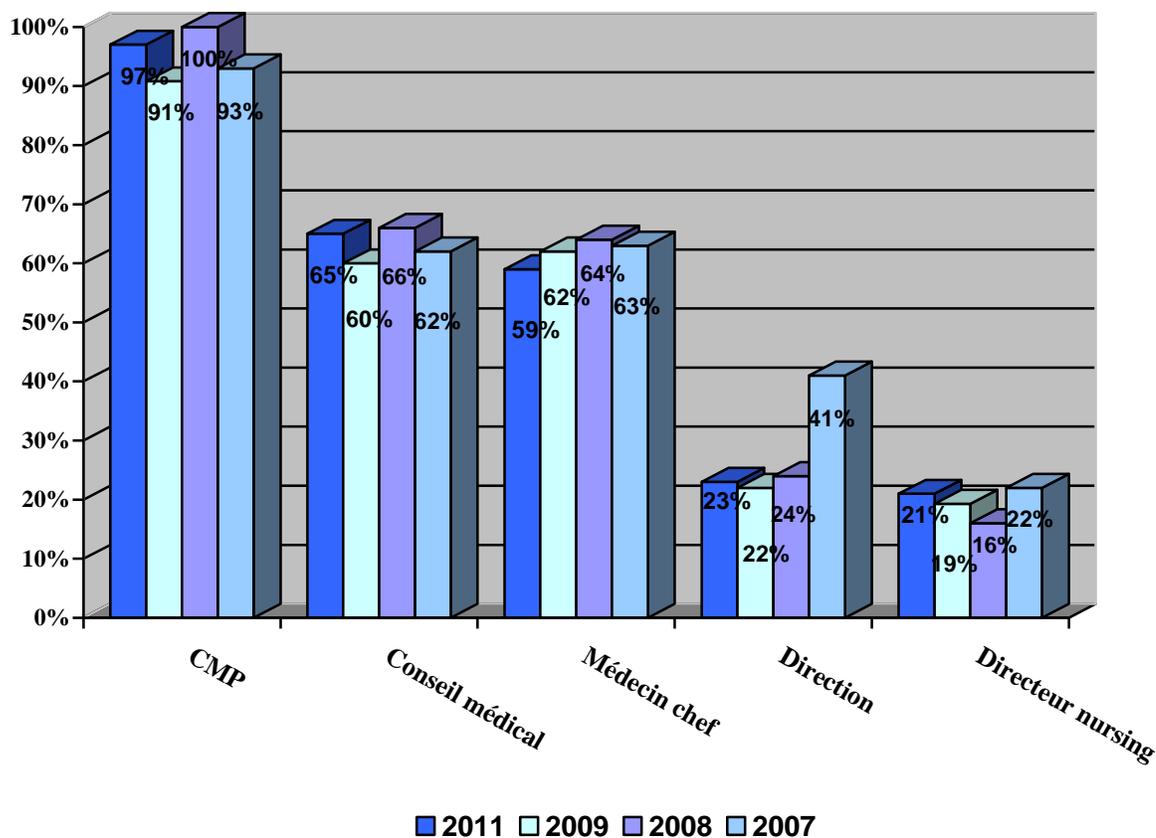
La plupart des hôpitaux aigus de plus de 800 lits communiquent et interagissent avec les professionnels de la santé dans le contexte des tours de salle multidisciplinaires (82%) et des réunions de staff (88%), alors que seul 1/3 des hôpitaux avec moins de 400 lits en font usage.

Comme les années précédentes, plus de la moitié des hôpitaux aigus (55%) 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, 3/5 des hôpitaux de 401 à 800 lits et plus de 4/5 des hôpitaux de plus de 800 lits.

Dans trois hôpitaux aigus, un représentant ou un membre du comité Médico-Pharmaceutique ne participe pas aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie (graphique 1, page suivante).

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

Dans les hôpitaux aigus de 400 lits ou moins, le Conseil Médical, le médecin chef, la direction et le directeur nursing sont proportionnellement mieux représentés.



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

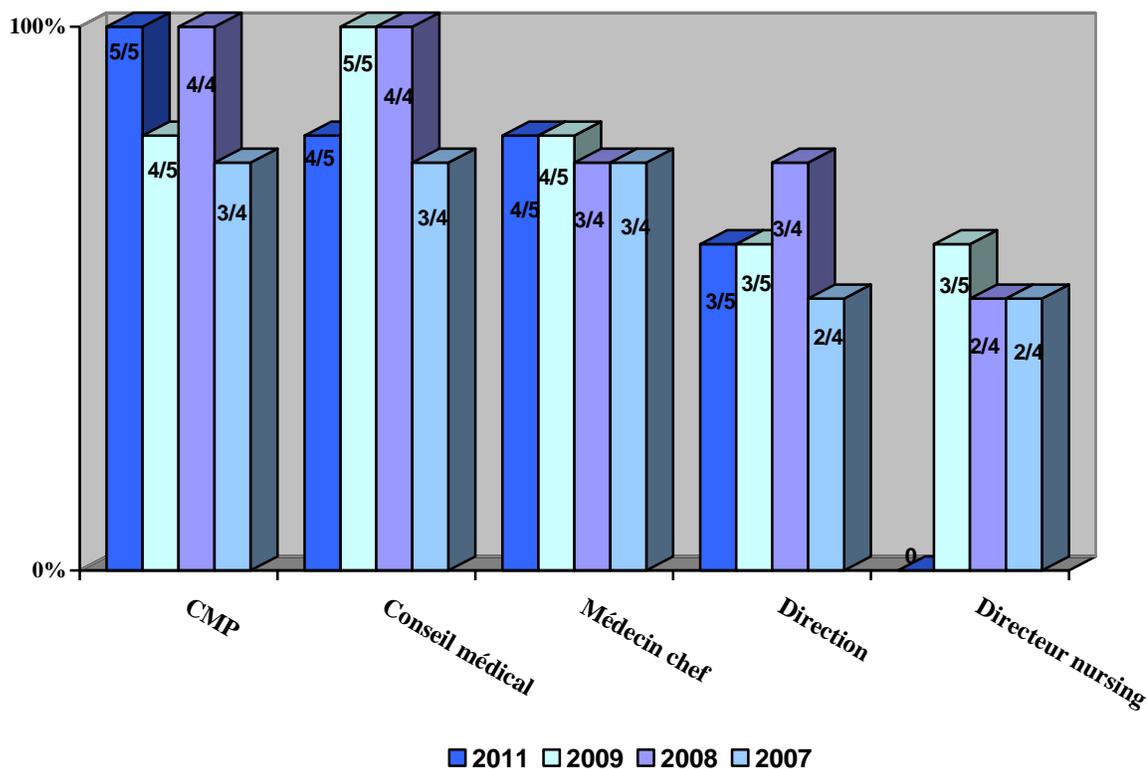
La diffusion de l'information depuis le groupe de gestion de l'antibiothérapie vers les professionnels de la santé et les autres comités et instances de l'hôpital se déroule dans quatre des cinq *hôpitaux chroniques* par le biais de publications (p. ex. formulaire antibiotique et directives) et par email.

Un groupe de gestion de l'antibiothérapie communique et interagit avec les professionnels de la santé dans le contexte des tours de salle multidisciplinaires et par le biais de réunions de staff.

Trois hôpitaux chroniques organisent des cours de recyclage et / ou des formations dans le cadre de la gestion des antibiotiques.

Dans deux hôpitaux chroniques, le groupe de gestion de l'antibiothérapie et le Comité Médico-Pharmaceutique forment une structure commune.

Contrairement aux années précédentes, le directeur nursing n'est représenté dans aucun groupe de gestion de l'antibiothérapie chronique.



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

i. Trois *hôpitaux aigus* ne disposent pas d'un **formulaire antibiotique** dans leur institution (4 en 2009): ces trois hôpitaux ne disposent d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie que depuis 2007 (groupe C).

Tous les hôpitaux aigus qui disposent d'un formulaire antibiotique (n=97) le revoient régulièrement afin qu'il reste constamment à jour, la moitié allant jusqu'à le revoir une fois par an.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	22	12	16	24	14	12	50
Oui, mais pas annuellement	15	7	25	23	19	5	47
Non	0	0	0	0	0	0	0
Pas de formulaire	0	0	3	3	0	0	3
Total	37	19	44	50	33	17	100

Les cinq *hôpitaux chroniques* disposent d'un formulaire antibiotique, trois entre eux l'évaluent et le revoient au moins annuellement. Un hôpital chronique ne revoit pas son formulaire antibiotique.

ii. Sept *hôpitaux aigus* ne disposent pas de **directives de traitement anti-infectieux empirique et étiologique** (9 en 2009, 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=93), les revoient régulièrement, et un tiers le fait au moins une fois par an.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	15	9	10	13	12	9	34
Oui, mais pas annuellement	21	9	27	29	20	8	57
Non	0	0	2	2	0	0	2
Pas de directives	1	1	5	6	1	0	7
Total	37	19	44	50	33	17	100

Tous les *hôpitaux chroniques* disposent de directives de traitement thérapeutique anti-infectieux empirique et étiologique. Quatre des cinq hôpitaux chroniques révisent ces directives au moins chaque année, l' autre hôpital révisé ces directives mais pas annuellement.

- iii. Quatre hôpitaux aigus ne disposent pas de **directives d'antibioprophylaxie chirurgicale** : il s'agit à nouveau d'hôpitaux du groupe C. La majorité des hôpitaux aigus ayant ces directives (n=96), les révisent régulièrement; 1/4 va jusqu'à le faire au moins une fois par an.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Au moins chaque année	10	6	8	10	7	7	24
Oui, mais pas annuellement	26	13	30	35	24	10	69
Non	1	0	2	2	1	0	3
Pas de directives	0	0	4	3	1	0	4
Total	37	19	44	50	33	17	100

Un *hôpital chronique* dispose de directives d'antibioprophylaxie chirurgicale et les révisé régulièrement, mais pas chaque année.

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 (18 hôpitaux aigus en 2011 versus 25 en 2009).

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
A tout moment	32	16	34	43	23	16	82
Heures de travail	5	3	10	7	10	1	18
Non	0	0	0	0	0	0	0
Total	37	19	44	50	33	17	100

Dans tous les *hôpitaux chroniques*, 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

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

	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"	11	7	15	15	15	3	33
Non	18	9	26	31	13	9	53
Total	37	19	44	50	33	17	100

Près de la moitié des *hôpitaux de soins aigus* belges utilisent une prescription d'antibiotiques spécifique (contre 40% en 2009). Tout comme les années précédentes, la prescription spécifique pour les antibiotiques est moins bien intégrée dans les hôpitaux aigus.

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

4.2.3. Antibiotiques dits "réservés"

Quatre *hôpitaux aigus* sur cinq 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.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Oui	32	15	32	34	29	16	79
Non	5	4	12	16	4	1	21
Total	37	19	44	50	33	17	100

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 66 hôpitaux aigus (données de 2011).

Par rapport aux années précédentes, le nombre d'hôpitaux aigus avec la colistine et l'amphotéricine B sur leur liste d'antibiotique "réservés" est augmenté (respectivement 34 et 26 hôpitaux).

Un *hôpital chronique* utilise une liste d'antibiotiques "réservés", à savoir pour la voriconazole et le linézolide.

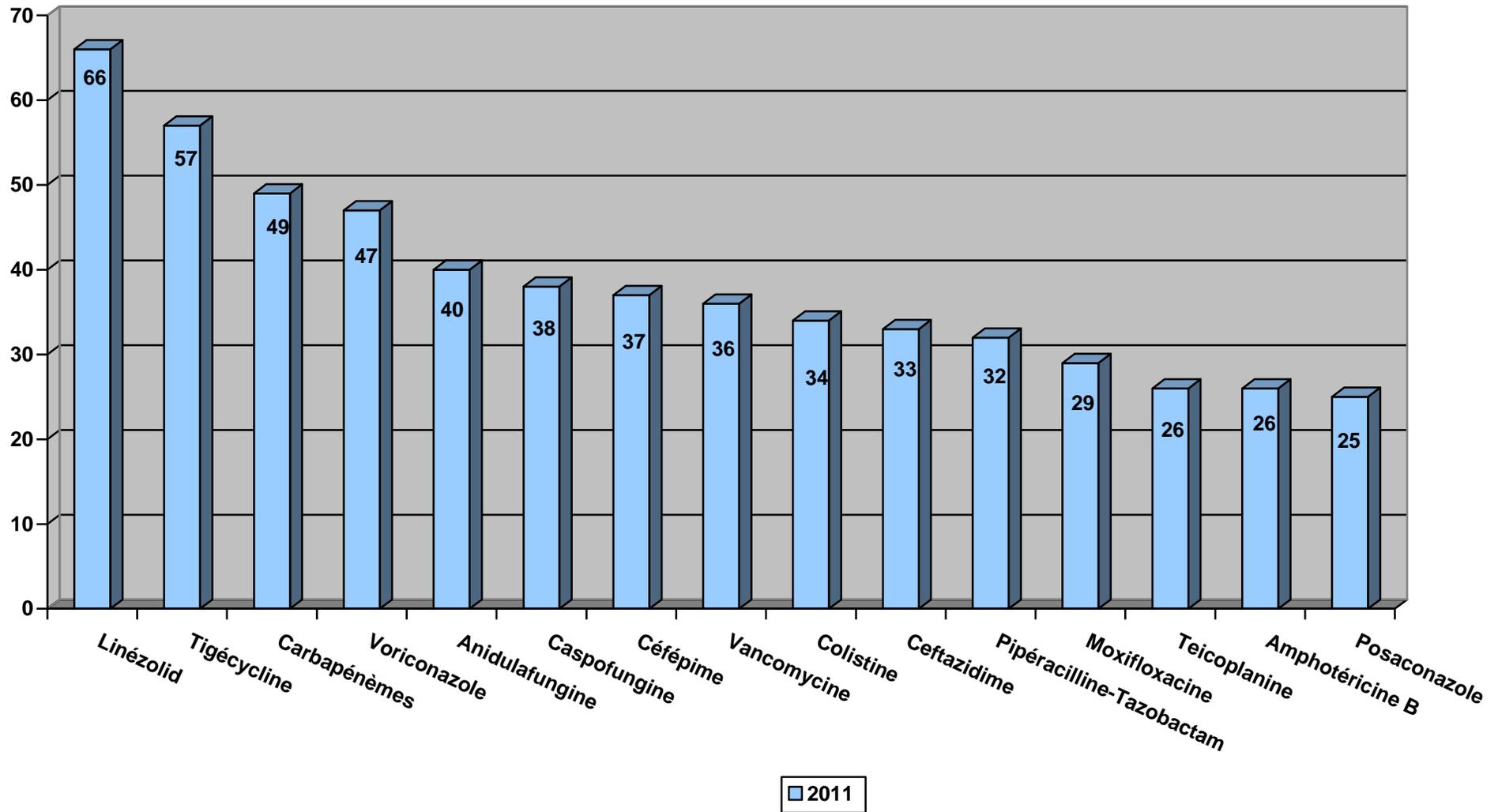


Figure 3: Antibiotiques dits "réservés" dans les hôpitaux aigus (nombre d'hôpitaux aigus)

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

Dans la majorité des *hôpitaux aigus* (92%) 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 39 hôpitaux aigus, ce contrôle est même effectué quotidiennement. Dans seulement 8 hôpitaux aigus (16 en 2009, 25 en 2008) il n'y a aucun contrôle des antibiothérapies mises en place.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Toujours	5	0	1	2	2	2	6
Dans certains cas	31	19	36	42	30	14	86
Non	1	0	7	6	1	1	8
Total	37	19	44	50	33	17	100

Comme les années précédentes, 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')

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Toujours	7	3	4	4	5	5	14
Dans certains cas	16	3	14	18	15	5	38
Non	14	8	26	28	13	7	48
Total	37	19	44	50	33	17	100

Tout comme les années précédentes, la politique d'arrêt automatique est moins bien intégrée dans les hôpitaux aigus, un peu plus que la moitié des hôpitaux applique une politique d'arrêt d'automatique (+/- 45% des hôpitaux aigus en 2009).

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* (93%) révisent l'antibiothérapie après quelques jours en fonction des résultats des cultures et de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient; la plupart des hôpitaux se limitent à certains services ou certaines indications.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Toujours	8	2	6	7	5	4	16
Dans certains cas	28	16	33	39	26	12	77
Non	1	1	5	4	2	1	7
Total	37	19	44	50	33	17	100

Une telle révision de l'antibiothérapie s'effectue dans quatre des cinq *hôpitaux chroniques*; deux hôpitaux le font toujours.

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

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Oui	33	18	35	39	30	17	86
Non	4	1	9	11	3	0	14
Total	37	19	44	50	33	17	100

Quatre-vingt-six *hôpitaux aigus* et trois *hôpitaux chroniques* encouragent la thérapie séquentielle pour les antibiotiques avec biodisponibilité équivalente.

4.2.8. Prescription électronique

Plus de la moitié des *hôpitaux aigus* (55%), font usage de la prescription électronique dans leur institution, mais l'usage en est fréquemment limité à certaines unités.

Tableau 19: Prescription électronique dans les hôpitaux aigus

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Toutes les unités	11	1	4	5	7	4	16
Certaines unités	17	9	13	20	8	11	39
Non	9	9	27	25	18	2	45
Total	37	19	44	50	33	17	100

Trois *hôpitaux chroniques* font usage de la prescription électronique.

4.3. Analyse de la consommation d'antibiotiques

Tous les *hôpitaux aigus* (excepté trois) analysent leur **consommation d'antibiotiques**. Dans 70% des hôpitaux aigus qui analysent leur consommation d'antibiotiques, l'analyse est effectuée une fois par an.

Dans 87% 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.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Annuellement	25	10	36	35	28	8	71
Par semestre	7	5	4	5	5	6	16
Par trimestre	2	2	1	3	0	2	5
Par mois	3	1	1	4	0	1	5
Pas d'analyse	0	1	2	3	0	0	3
Total	37	19	44	50	33	17	100

En 2011, tous les *hôpitaux chroniques* ont analysé leur consommation d'antibiotiques annuellement.

Dans 93 *hôpitaux aigus* et 3 *hôpitaux chroniques* les médecins prescripteurs reçoivent un **feedback 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 (74.3% des hôpitaux qui analysent leurs chiffres), coût (47.0%), unités/quantités (49.5%) et les DDA's ou Daily Doses of Administration (13.0%).

Plus de 2/3 des *hôpitaux aigus* qui analysent leurs chiffres de consommation effectuent des **analyses spécifiques par unité**. Une trentaine d'hôpitaux analysent les chiffres de consommation séparément pour TOUS les services.

Environ 1/3 des hôpitaux analysent leur consommation même par prescripteur.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Quelques unités	15	5	16	16	14	6	36
Toutes les unités	14	6	10	8	14	8	30
Pas par unité	8	7	16	23	5	3	31
Total	37	18	42	47	33	17	97

La figure 4 (page suivante) illustre pour quelles unités ou services les chiffres de consommation sont analysés le plus souvent séparément. Par exemple, 61 *hôpitaux aigus* analysent séparément les chiffres de consommation du service Soins Intensifs.

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

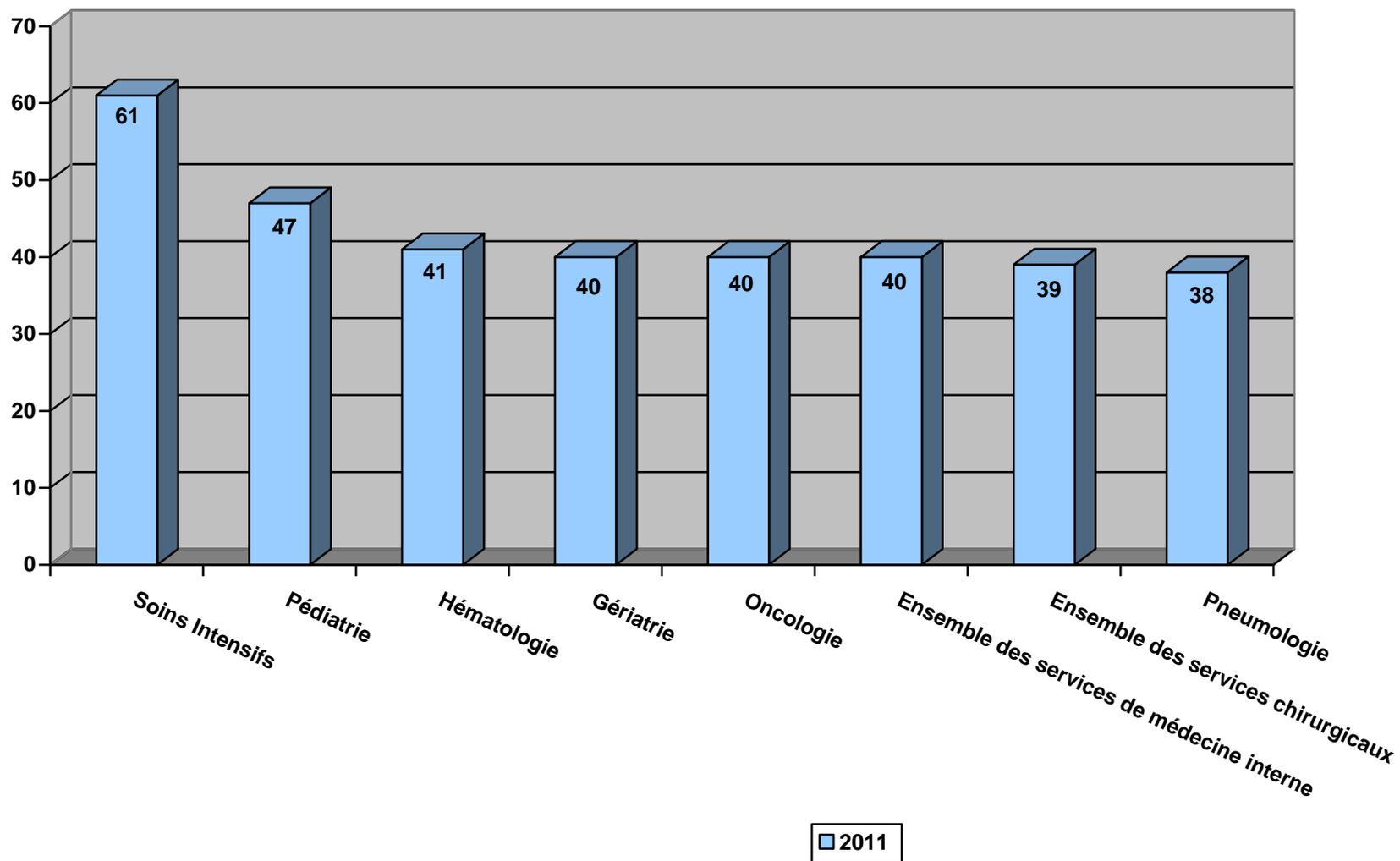


Figure 4: Analyse des chiffres de consommation d'antibiotiques par unité/service dans les hôpitaux aigus (nombre d'hôpitaux aigus
NB Dans ces chiffres, il est tenu compte des hôpitaux qui analysent chaque unité séparément

Plus de la moitié des *hôpitaux aigus* qui analysent leurs chiffres de consommation (54%) effectuent cette analyse **par (classe d') antibiotique.**

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, 92 hôpitaux aigus analysent spécifiquement les chiffres de consommation des carbapénèmes.

Trois *hôpitaux chroniques* effectuent des analyses distinctes pour tous les antibiotiques (idem 2009 et 2008).

Plus de deux tiers des *hôpitaux aigus* analyse leurs données de consommation pour les antifongiques, plus d'un tiers réalise cette analyse pour **tous les antifongiques** séparément. Figure 6 (page 25) montre les (classes d') antifongiques qui font le plus souvent l'objet d'une analyse spécifique dans les hôpitaux aigus.

Trois *hôpitaux chroniques* effectuent des analyses distinctes pour tous les antifongiques, deux hôpitaux chroniques analysent spécifiquement les chiffres de consommation de fluconazole, un hôpital les chiffres de consommation de voriconazole.

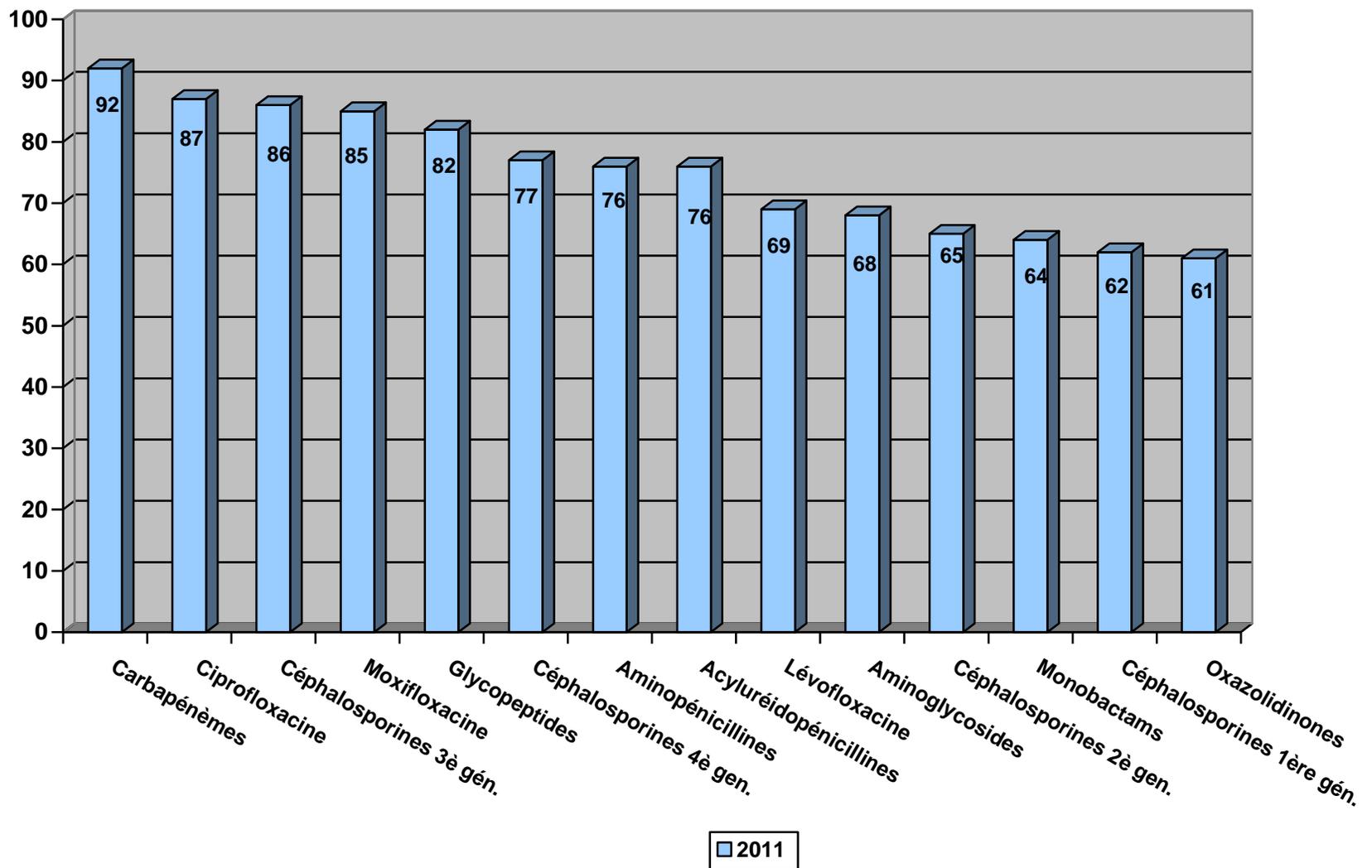


Figure 5: Analyse spécifique des différents antibiotiques/classes d'antibiotiques (nombre des hôpitaux aigus)
 NB Il est tenu compte dans ces chiffres des hôpitaux qui analysent tou(te)s les (classes d') antibiotiques séparément

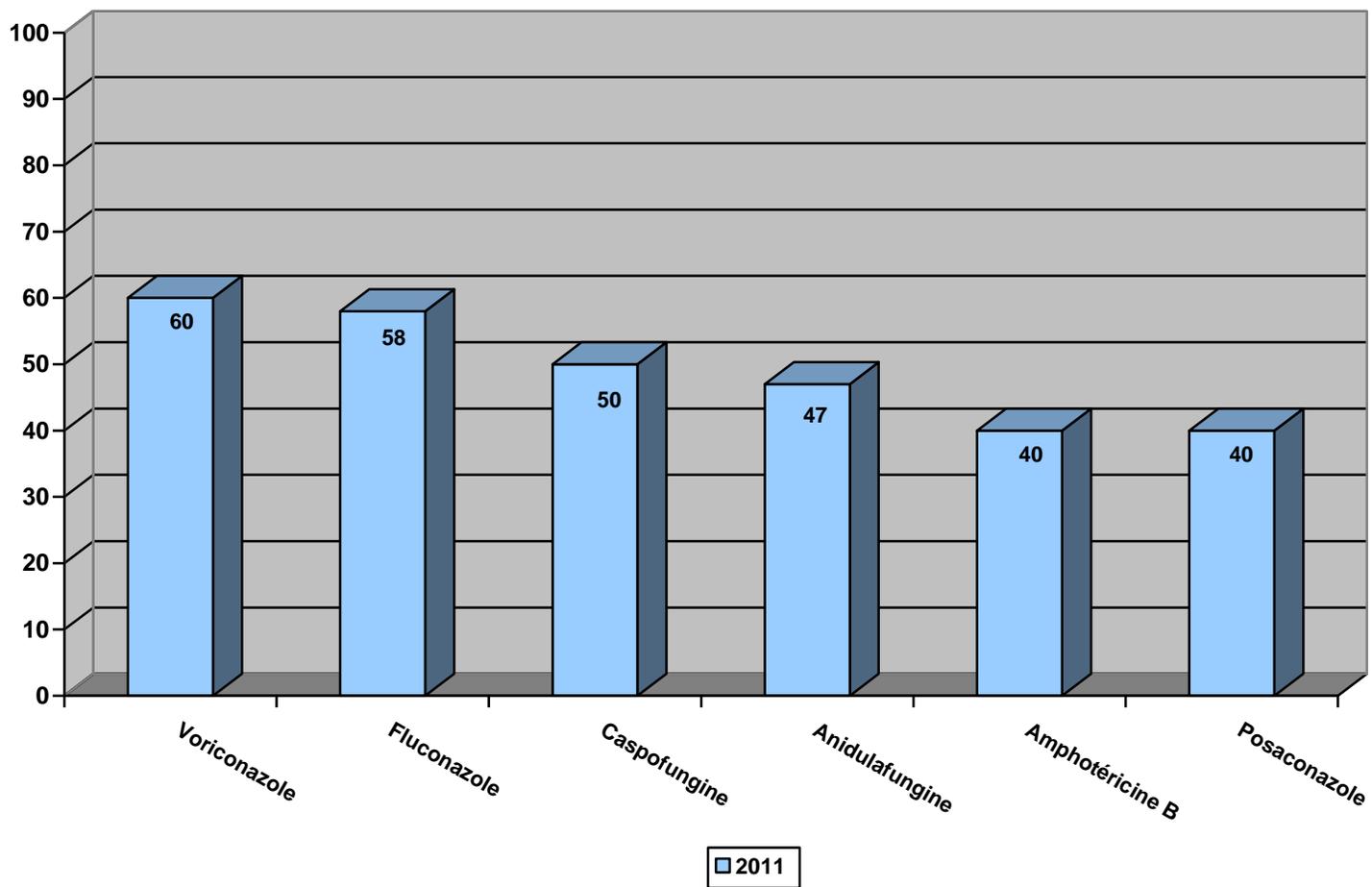


Figure 6: Analyse spécifique des différents antifongiques/classes d'antifongiques (nombre des hôpitaux aigus)
 NB Il est tenu compte dans ces chiffres des hôpitaux qui analysent tou(te)s les (classes d') antifongiques séparément

4.4 Analyse des profils de résistance

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

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Annuellement	28	14	36	37	27	14	78
Par semestre	6	3	3	7	3	2	12
Par trimestre	3	2	0	2	2	1	5
Par mois	0	0	1	1	0	0	1
Pas d'analyse	0	0	4	3	1	0	4
Total	37	19	44	50	33	17	100

En 2011, quatre *hôpitaux chroniques* (3 en 2009 et 1 en 2008) analysent les profils de résistance.

Presque tous les groupes de gestion de l'antibiothérapie (90 *hôpitaux aigus* et 3 *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).

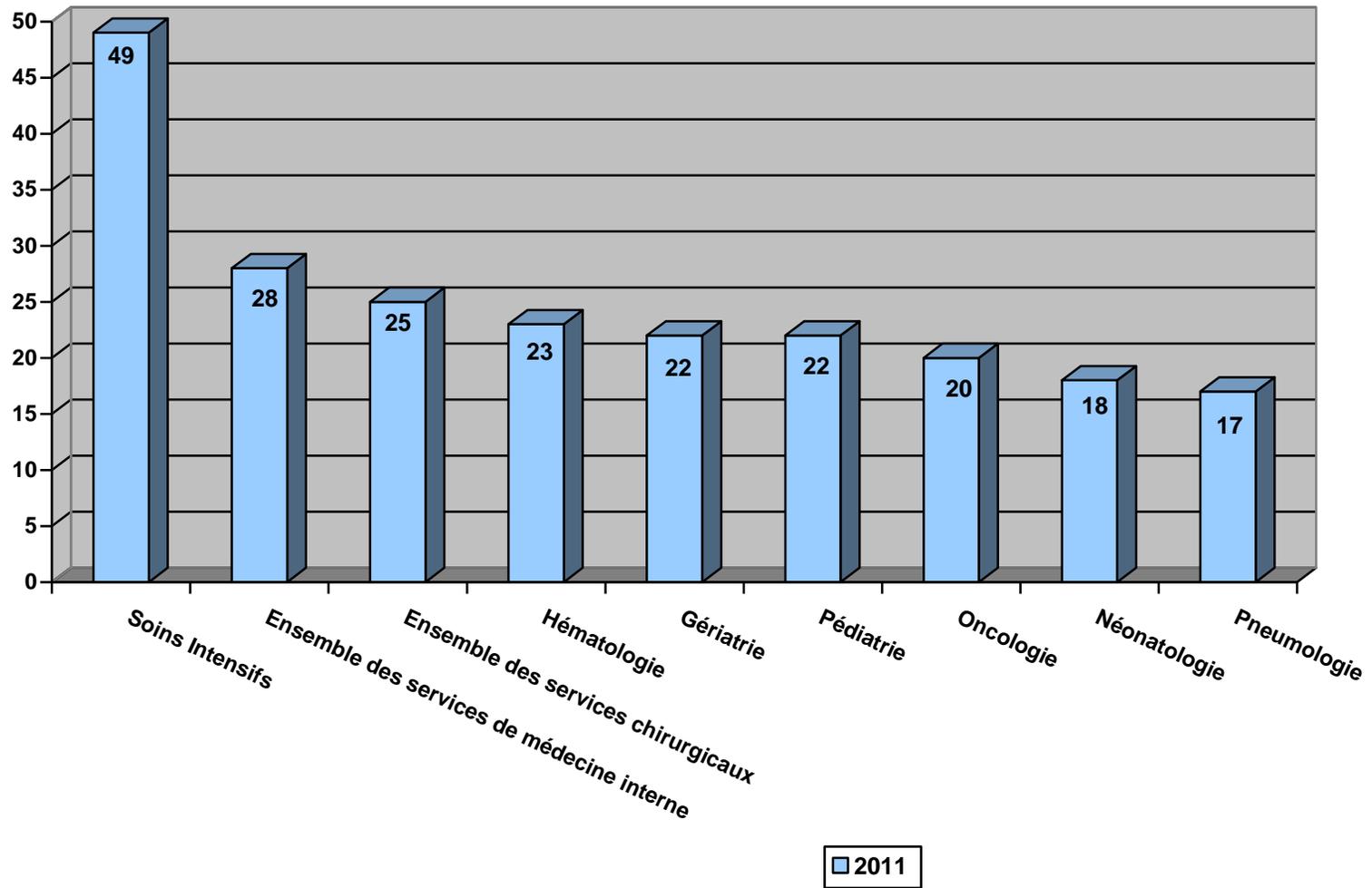


Figure 7: Analyse des profils de résistance par unité/service dans les hôpitaux aigus (nombre d'hôpitaux aigus)

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 **certains unités/certains services** (voir figure 7, page précédente). Par exemple, 59 hôpitaux aigus analysent leurs profils de résistance dans le service Soins Intensifs.

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Quelques unités	20	7	9	11	14	11	36
Toutes les unités	5	4	4	5	7	1	13
Pas par unité	12	8	27	31	11	5	47
Total	37	19	40	47	32	17	96

Aucun *hôpital chronique* analyse son profil de résistance par département.

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

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

	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007	≤ 400 lits	401- 800 lits	> 800 lits	Total
Tous les germes	23	11	19	22	20	11	53
Certains germes	14	8	21	25	12	6	43
Total	37	19	40	47	32	17	96

Les germes qui sont le plus souvent sujets d'analyses spécifiques sont les suivants : SARM ou *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (n=93 hôpitaux), germes producteurs de BLSE ou bêta-lactamases à spectre élargi (n=92), *Pseudomonas aeruginosa* productrice de MBL ou métallo bêta-lactamases (n=75), CPE of Entérobactéries productrices de la carbapénémase (n=72) et ERV ou *Enterococcus* résistant à la vancomycine (n=67).

Les quatre *hôpitaux chroniques* (3 en 2009 et 1 en 2008) qui analysent leurs chiffres de résistance, le font pour certains germes : SARM (n=4 hôpitaux), germes productrices de BLSE (n=4), *Pseudomonas aeruginosa* productrice de MBL (n=2).

Conclusion

Les conclusions suivantes s'imposent à la lecture des rapports d'activités 2011 des groupes de gestion de l'antibiothérapie:

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

Des activités et interventions visant à stimuler la qualité comme

- le développement de formulaires pour la thérapie anti-infectieuse (97%);
- le développement de directives thérapeutiques (91%) et de directives prophylactiques (93%);
- les conseils en matière de thérapie anti-infectieuse (100%) ;
- la définition d'une liste d'antibiotiques à large spectre dits « réservés » (79%) ;
- le contrôle des traitements antibiotiques par un membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie (92%) ;
- la révision des antibiothérapies après quelques jours sur base de résultats microbiologiques et de l'évolution clinique du patient (93%) ;
- la promotion de la thérapie séquentielle (86%) ;
- l'analyse de la consommation d'antibiotiques (97%) ; et
- l'analyse des profils de résistance (96%)

ont été appliqués dans presque tous les hôpitaux aigus de Belgique en 2011.

L'utilisation de la prescription électronique est également augmenté, 55% des hôpitaux aigus (3/4 du groupe A ou hôpitaux participant depuis 2002) font usage de la prescription électronique dans leur institution, mais l'usage en est fréquemment limité à certaines unités.

Tant la stratégie d'arrêt automatique (52%) que la prescription spécifique pour les antibiotiques (47%) sont moins intégrés dans la pratique hospitalière.

Les hôpitaux qui ne participent que depuis 2007 (groupe C) et qui avaient encore un peu de retard par rapport aux autres hôpitaux en 2009, sont toujours en train de le **rattraper** ; on note une légère augmentation en ce qui concerne la révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats de cultures, de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient (84.1 en 2011, 73.5% en 2009).

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, conseils concernant la thérapie anti-infectieuse et l'analyse de la consommation d'antibiotiques.

Les activités suivantes sont également bien ancrées : la révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats de cultures, de l'antibiogramme et de l'évolution clinique du patient (n=4) et l'analyse des profils de résistance (n=4).

Trois hôpitaux font promotion de la thérapie séquentielle et trois hôpitaux font usage de la prescription électronique.

Un hôpital chronique dispose d'une liste d'antibiotiques dits « réservés ».

	2011			Total 2011	Total 2009	Total 2008
	Groupe A 2002	Groupe B 2006	Groupe C 2007			
Formulaire antibiotique	100	100	93.2	97	96.3	96.3
Directives thérapeutiques	97.3	94.7	84.1	91	91.7	90.7
Directives prophylactiques	97.3	100	86.4	93	98.2	93.5
Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	100	100	100	100	100	100
Prescription spécifique	51.4	52.6	40.9	47	41.7	42.6
Antibiotiques dits “réservés”	86.5	78.9	72.7	79	80.7	75.9
Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du GGA	97.3	100	84.1	92	85.2	76.8
Politique d’arrêt automatique	62.2	31.6	40.9	52	45.9	42.6
Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats de cultures, de l’antibiogramme et de l’évolution clinique du patient	97.3	94.7	88.6	93	92.7	90.7
Thérapie séquentielle (passage d’IV à PO)	89.2	94.7	79.5	86	89	82.4
Prescription électronique	75.7	52.6	38.6	55	44	40.7
Analyse de la consommation d’antibiotiques	100	94.7	95.5	97	98.2	97.2
Analyse des profils de résistance	100	100	90.9	96	95.4	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)

	2011			Total 2011	Total 2009	Total 2008
	≤ 400 lits	401-800 lits	> 800 lits			
Formulaire antibiotique	94	100	100	97	96.3	96.3
Directives thérapeutiques	88	97	100	91	91.7	90.7
Directives prophylactiques	90	93.9	100	93	98.2	93.5
Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	100	100	100	100	100	100
Prescription spécifique	38	60.6	47.1	47	41.7	42.6
Antibiotiques dits “réservés”	68	87.9	94.1	79	80.7	75.9
Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du GGA	88	97	94.1	92	85.2	76.8
Politique d’arrêt automatique	44	60.6	58.8	52	45.9	42.6
Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats de cultures, de l’antibiogramme et de l’évolution clinique du patient	92	93.9	94.1	93	92.7	90.7
Thérapie séquentielle (passage d’IV à PO)	78	90.9	100	86	89	82.4
Prescription électronique	50	45.5	88.2	55	44	40.7
Analyse de la consommation d’antibiotiques	94	100	100	97	98.2	97.2
Analyse des profils de résistance	94	97	100	96	95.4	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>2011</u>	<u>2009</u>	<u>2008</u>	<u>2007</u>
Formulaire antibiotique	5/5	5/5	3/4	4/4
Directives thérapeutiques	5/5	5/5	4/4	4/4
Avis concernant la thérapie anti-infectieuse	5/5	4/5	3/4	1/4
Prescription spécifique	0/5	1/5	1/4	0/4
Antibiotiques dits “réservés”	1/5	1/5	0/4	1/4
Contrôle de la thérapie anti-infectieuse par un membre du GGA	2/5	2/5	2/4	0/4
Politique d’arrêt automatique	1/5	1/5	2/4	2/4
Révision de la thérapie anti-infectieuse en fonction des résultats microbiologiques et de l’évolution clinique du patient	4/5	5/5	4/4	2/4
Thérapie séquentielle (passage d’IV à PO)	3/5	4/5	4/4	2/4
Prescription électronique	3/5	2/5	2/4	/
Analyse de la consommation d’antibiotiques	5/5	4/5	4/4	3/4
Analyse des profils de résistance	4/5	3/5	1/4	1/4

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

Rapports annuels GGA 2011 – FORMATIONS

Le tableau ci-dessous montre un aperçu des formations données par les GGA dans les hôpitaux chroniques et aigus. Seuls les formations qui répondent aux critères suivants ont été affichés:

- Le sujet de la formation doit être prédéterminé et clairement défini sur la gestion de l'antibiotique, de la microbiologie et/ ou infectiologie (pas exclusivement l'hygiène hospitalière)
- Formation proposée ou organisée par le GGA (pas de formation suivie par les membres du GGA)
- Axé sur le transfert de connaissances et / ou de sensibilisation (pas un simple contact, de consultation ou de coopération avec les cliniciens dans le cadre des activités du GGA comme discussion de l'analyse des profils de consommation et de la résistance, la discussion des cas cliniques, le développement d'une nouvelle directive, ...)
- La présence physique du public ciblé (et non seulement la communication par mail, intranet, courrier, ...)

Dix-sept hôpitaux organisent chaque année pour leurs nouveaux médecins et / ou assistants un séminaire sur le rôle des GGA, le bon usage des antibiotiques et les directives dans l'institution. Dans cinq hôpitaux, une formation sur l'antibioprophylaxie en chirurgie a été organisé pour les chirurgiens, anesthésistes et / ou le personnel soignant. Les hôpitaux ne limitent pas leur public ciblé seulement aux médecins dans leur institution, mais ils organisent aussi des séminaires pour des médecins généralistes et des spécialistes d'autres hôpitaux.

Dans l'aperçu, la langue respective de l'hôpital est respectée.

HOPITAUX CHRONIQUES

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
REVALIDATIEZIEKENHUIS "HOF TER SCHELDE	Antibioticabeleid	Nieuwe arts	Uitleg inzake intern beleid antibiotica
	Tygacil	Artsen en apothekers	Mondelings toelichting over de relevante wijzigingen van het product, wetenschappelijk onderbouwde toelichting.
C.H. DE READAPTATION ET DE PSYCHIATRIE DU BRABANT WALLON	Quand faut-il traiter une infection urinaire ?	Médecins généralistes et spécialistes MPR	Débat interactif avec l'infectiologue, l'urologue
ZIEKENHUIS INKENDAAL	Behandeling van nagelschimmel	Referentieverpleegkundigen wondzorg & hoofdverpleegkundigen	Presentatie 1 uur 01/12/2011

HOPITAUX AIGUS

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN VZW	Richtlijnen antibiotica	Voorschrijvende artsen	Interactieve voorstelling
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	SIPI (Séminaire Interdisciplinaire en Pathologies Infectieuses)	Médecins Spécialistes et en cours de formation, Infirmières et Pharmaciens	Orateur qui expose un sujet en relation avec l'infectiologie
	Information et présentation du GGA	Médecins spécialistes et pharmaciens en formation	Explication du rôle et du fonctionnement du GGA et des différents acteurs.
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIUS	Problematiek penicillineallergie en inkorting therapieduur	Stafleden	Artsenvergadering
	Campagne Stoporder	Artsen en verpleegkundigen	Uiteenzetting op stafvergaderingen
HOSPITAL ST.-NIKOLAUS	Présentation activités du GGA, explication des directives de traitement anti-infectieux, détail des sensibilités/ résistances des germes pour patients hospitaliers et patients externes	Médecins généralistes de la région et médecins spécialistes de l'hôpital	GLEM
ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	Antibiotische profylaxie in de chirurgie	Chirurgen AZ Maria Middelaes	Toelichting tijdens plenaire vergadering van het medisch farmaceutisch comité
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. MAARTEN - EMMAÛS	IV/PO switch	Alle artsen, apothekers en verpleegkundigen	Uiteenzetting op stafvergaderingen

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	Séminaires Interdisciplinaires de Pathologie Infectieuse	Médecins spécialistes, spécialistes en formation, généralistes attachés; ouvert aux infirmières	Séminaires
	Sensibilisation au bon usage des antibiotiques et au rôle du GGA	Spécialistes en formation et généralistes attachés	Interventions aux réunions d'accueil organisées par la direction
	Formation des médecins urgentistes	Médecins urgentistes	Séminaires interactifs
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT-GODINNE	Réunions infectiologiques et microbiologiques du Namurois	Tous les médecins de la région	Séminaire 1x/mois (9 mois/an)
CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	Apport du laboratoire dans le diagnostic et la prise en charge des infections	Pharmaciens d'hôpitaux	Recyclage
	Adaptation des prélèvements bactériologiques de routine	Infirmiers USI	Réunion de service
	Détection des nouveaux mécanismes de résistance chez les entérobactéries	Technologues micro-biologie	Réunion de service
	Principaux germes et spectres de résistance	Nouveaux assistants	Conférence didactique
	Antibiothérapie en urgence	Nouveaux assistants	Conférence didactique
CLINIQUE SAINT PIERRE OTTIGNIES	Comment prescrire un antibiotique aux soins intensifs?	Intensivistes (Cliniques universitaires St Luc)	Conférence
ALG. ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	Symposium antibioticabeleid: respiratoire infecties en basisprincipes AB beleid	Alle ziekenhuisartsen en externe artsen	Avondsymposium

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	Inscholing ziekenhuishygiëne en antibioticabeleid	Assistenten en stagiaires	Les (power-point)
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	Forfaits pharmaceutiques et la gestion de l'antibiothérapie hospitalière	Médecins hospitaliers	Réunion avec formateurs externes
	L'optimisation de l'antibiothérapie hospitalière: paramètres PK-PD (F. Fripiat)	Médecins hospitaliers	Réunion avec formateurs externes
CH UNIVERSITAIRE ST.PIERRE BRUXELLES	Adaptation des doses antibiotiques aux patients obèses	Médecins prescripteurs	Séminaire et mise à disponibilité nouvelles recommandations sur Intranet
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	Présentation à chaque unité d'hospitalisation du site Brien d'un folder reprenant leurs consommations d'anti-infectieux (du 20 au 21 décembre 2010)	Infirmiers et médecins des unités d'hospitalisation, membres de l'AMT	Sensibilisation des soignants sur l'importance d'une bonne gestion des prescriptions et du suivi des traitements anti-infectieux. (durée, thérapie séquentielle,
	Respect des recommandations de traitement et d'antibioprophylaxie à l'unité de chirurgie sur le site Brien (juin 2011)	Chirurgiens, anesthésistes et personnel soignant du quartier opératoire	Rappel et sensibilisation des recommandations locales. Le comité de pilotage et de coordination pour le quartier opératoire a pris le relais.
SINT-JOZEFKLINIEK BORNEM & WILLEBROEK	Infectieziekten bij reizigers, nood aan vaccinatie	Artsen, klinisch biologen, apothekers	Interne opleiding

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
INSTITUT JULES BORDET	Prise en charge de la prophylaxie et traitement antimicrobiens en hématologie	Infirmières et médecins de l'unité stérile	Séminaire
	Antibiothérapie en pratique	Médecins en formation	Séminaire
	Neutropénie fébrile	Médecins et étudiants en formation	Séminaire
	Infections chez le patient cancéreux	Infirmière	Cours
HOPITAUX IRIS SUD – IRISZIEKENHUIZEN ZUID	Antibiothérapie empirique	Les post-gradués, en début d'année académique	Séminaire décrivant les syndromes/attitude diagnostique/antibiothérapie empirique selon les directives reprises dans l'antibioguide
	Dépistage IST	Service des urgences	Circulaire et formation face to face à l'appel
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	Recommandations pour le contrôle et la prévention des infections à MRSA et Clostridium difficile dans les MR/MRS	Médecins et personnel infirmier des MR/MRS et de notre service de gériatrie	Séminaire power point + discussions
	Les bactéries et l'infectiologie en 2011 dans un hôpital périphérique	Médecins du CHU TIVOLI (grand tour de médecine)	Séminaire power point + discussion
HEILIG HART ZIEKENHUIS V.Z.W. LIER	Wekelijkse kran inwendige ziekten en medicamenteus beleid (onderwerpen in bijlage).	Specialisten, ASO, ziekenhuisapothekers	Voordrachten. Co-organisatie door interne geneeskunde en de antibioticabeleidsgroep.
H.-HARTZIEKENHUIS ROESELARE - MENEN Vzw	Dosering bij kinderen. Dr. Inge Mathijs	Pediaters	Aanvulling van onze empirische beleidsschema's

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
ONZE LIEVE VROUW ZIEKENHUIS AALST	Respiratoire infecties kinderen	Staf pediatrie	Voordracht
	Beleid op Dialyse : hemoculturen / behandeling	Staf nefrologie	Voordracht
	Antibiotica (algemene begrippen, werking, spectrum en resistentie)	Staf inwendige ziektes	Voordracht
	Jaarlijkse opleiding nieuwe assistenten over het gebruik van de AB-klapper	Nieuwe assistenten (alle disciplines)	Voordracht
ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS DEINZE	Infectious disease in the elderly + prevention strategies	Artsen	Bijscholing georganiseerd door Dr Labit met voordracht gegeven door Prof Flamaing
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	Rationeel voorschrijven van antimycotica	Alle artsen van ziekenhuis + externen	Wetenschappelijke avond, toegankelijk voor alle artsen van het ziekenhuis
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE MOUSCRON	Neutropénie fébrile	Médecine interne, urgences, soins intensifs	Staff
	Colite à Clostridium	Médecine interne, soins intensifs	Staff
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	Het antibioticabeleid in het UZA anno 2011: stand van zaken en toekomst	Ganse ziekenhuis	Informatieavond in het ziekenhuis voor artsen en verpleegkundigen
CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	Infection mycosiques par le docteur Chami de Jolimon	Tous les service	Soirée à thème sur les mycoses invasive
HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA	Antibioprophylaxie en chirurgie	Chirurgiens, anesthésistes, pédiatres travaillant de ces unités, USI, néonatal	Séminaire suivi d'une discussion/débat
	Antibiothérapies empiriques aux urgences	Pédiatres en formation	Discussions de cas cliniques interactive

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
JESSAZIEKENHUIS	Behandeling van infecties met gisten en schimmels	ASO's en Specialisten Anesthesie en Intensieve Zorgen Ziekenhuis vzw	LOK-vergadering Anesthesie en Intensieve Zorgen
	Invasieve Aspergillose, 31 maart 201, Eline Macken, assistent Inwendige ziekten, in samenwerking met R. Cartuyvels.	ASO's en Specialisten van het Jessa Ziekenhuis vzw.	Krans Inwendige Ziekten.
	Basisbegrippen van de Microbiologie, 24 november 2011, R. Cartuyvels.	ASO's en Specialisten van het Jessa Ziekenhuis vzw	Krans Inwendige Ziekten
	Antibioticumbeleid in het Jessa Ziekenhuis vzw, 1 augustus 2011, L. Waumans.	Nieuwe ASO's van het Jessa Ziekenhuis vzw	Toelichting tijdens introductiedag nieuwe assistenten
	Betekenis van Aspergillus in luchtwegen bij (kritisch) zieke patiënten, 1 maart 2011, D. Vogelaers en R. Cartuyvels.	ASO's en Specialisten van de diverse Limburgse Ziekenhuizen.	Mini-symposium
VIVALIA-CLINIQUE DU SUD-LUXEMBOURG	Les bacilles gram-négatifs multi-résistants	Généralistes et spécialistes de la région	Conférence par le Dr Y Van Laethem
	Antibiothérapie au quotidien	Généralistes et spécialistes de la région	Transmed 2011: antibiothérapie au quotidien; réunion transfrontalière (Belgique-France); présentation par différents médecins spécialistes et généralistes;
	Présentation de l'antibioguide	Généralistes et spécialistes de la région	Conférence interactive présentée par le groupe GGA; novembre 2011
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. ELISABETH HERENTALS	Resistentie Anno 2011	Alle artsen	Presentatie voor 50-tal artsen, laboranten, apothekers, ziekenhuishygiënist e.a.

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS GENT	Correct gebruik van antibiotica	Alle GSO van het ziekenhuis	Voordracht; aanleren formularium AZ Sint-Lucas en ondertussen bijscholing antibiotica (bv verbieden gebruik norfloxacin (volledig) en restrictie
	State of the art infectiologie (5e opeenvolgende jaar)	Alle ziekenhuisartsen en huisartsen : in 2011 recordopkomst van meer dan 100 artsen	Voordracht; in 2011 o.a. nieuwe richtlijnen endocarditis-profylaxie met veel restrictiever beleid dan vroeger
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. AUGUSTINUS VEURNE	Opstarten elektronisch medicatiebeheer op de afd. chirurgie A en interne : hierbij werd de nodige aandacht besteed aan het correct voorschrijven van antibiotica, zijnde het beperkt voorschrijven, overschakelen naar oraal, een einddatum vooropstellen.	Afdeling chirurgie A en interne B	Intensieve opleiding van de verpleging om correct voor te schrijven, het attenderen aan de arts om zo vlug als mogelijk over te schakelen van IV naar per os
C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL (CHIREC)	Prise en charge des patientes séropositives VIH	Gynécologues, sage-femmes	Séminaire-débat
	Traitement des infections urinaires	Médecins, infirmières chefs d'unité	Séminaire-débat
	Traitement en cas de rupture prématurée de la poche des eaux	Gynécologues, sage-femmes	Réunion de service
	Problématique des mrsa	Tous les médecins	Séminaire-débat

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	Ziekenhuis hygiëne en antibioticabeleid	Arts-specialist in opleiding	Hoorcolleges en zelfstudielessen; workshops
	Toelichting bij aanpassingen van formularium of beleid	Artsen en verpleegkundigen op afdeling (ICU, zaal, raadpleging-functiemetingen)	Presentatie door staflid of sentinel
	Critically appraised topics en theoretische kranen	ASO microbiologie en interne geneeskunde	Presentaties door ASO of staflid
	Ziekenhuishygiëne en antibioticabeleid	Ziekenhuisapothekers	Hoorcolleges en zelfstudielessen; workshops
C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL (CHIREC)	Prise en charge des patientes séropositives VIH	Gynécologues, sage-femmes	Séminaire-débat
	Traitement des infections urinaires	Médecins, infirmières chefs d'unité	Séminaire-débat
	Traitement en cas de rupture prématurée de la poche des eaux	Gynécologues, sage-femmes	Réunion de service
	Problématique des mrsa	Tous les médecins	Séminaire-débat
CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	Présentation au membres du C.H.H. du rapport global des GGA dans les Hôpitaux belges pour l'année 2009	Membre du C.H.H. (+ l'ensemble du corps médical car les rapports du C.H.H. peuvent être lus par tous les médecins sur l'intranet.	Présentation power point interactive
IMELDA ZIEKENHUIS	EHEC (C. Indevuyt, 25/06/2011)	Huisartsen	iPodium op zaterdagvoormiddag
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. DIMPNA	IV / Oraal switch	Hoofdverpleegkundigen	Presentatie van de ZH apotheker
KLINIK ST.-JOSEF ST-VITH	Entérobactéries productrices de BLSE	Médecins et infirmiers	Exposé

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
CENTRE HOSPITALIER DE TUBIZE - NIVELLES	Le bon usage des antibiotiques en gériatrie	Les médecins gériatres du CHTN	Séminaire d'un soir qui s'est tenu au cours d'une période de sensibilisation des services de gériatrie des deux sites intitulée "Tous ensemble, encore meilleurs"
	L'antibiothérapie aux urgences Séminaire donné par le Dr J-P Chami le 8/12/2011	Les urgentistes du CHTN	Séminaire donné sur l'heure du midi pour les médecins travaillant aux urgences des deux sites, en présence de leur chef de service. Ces médecins contactent régulièrement les infectiologues via la garde téléphonique. Ce séminaire était l'occasion de discuter de sujets fréquemment abordés.
	Les urgences en maladies infectieuses, Séminaire donné par le Dr J-P Chami le 17/6/2011	L'ensemble des médecins prescripteurs du CHTN	Ce séminaire s'est inséré dans le cadre d'une organisation du service de Médecine Interne qui propose des séminaires sur différents thèmes tout au long de l'année.
CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC BRUXELLES	Antibiothérapie en chirurgie orthopédique	Chirurgien en ortho	Séminaire organisé en ortho avec tout le service
	Infections de KT aux SI	Les SI : personnel médical et infirmier	Séminaire mensuel des SI
	Recommandations pour les infections digestives	Les 2 unités de chirurgie digestive + urgences	2 séances interactives avec les équipes
	Antibiothérapie post-opératoire	Anesthésistes	Présentation à un staff
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF MALLE - EMMAÛS	Bespreking sensibiliteitsoverzicht en microbiologische epidemiologische gegevens 2011	Alle artsen	Middagvergadering
	Bespreking antibioticaverbruik	Alle artsen	Middagvergadering

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES HOPITAL ERASME	Formation au bon usage des antibiotiques		Séminaires théoriques et séances d'accueil
	Bon usage des antibiotiques	assistants pharmacie hospitalière	Cours excathedra
	Bon usage du laboratoire et des AB	Infirmières	Modules interactifs dans le cadre du module "qualité et sécurité des soins", 6x/an
	Séminaires de service	Assistants médecins toutes disciplines, assistants Soins intensifs, étudiants en médecine toutes disciplines	7 invitations dans séminaires services médicaux (dont USI, gastro-enterologie, pneumologie, néphrologie)
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE LIEGE	Apport du monitoring thérapeutique des antibiotiques à l'hôpital. Aspects théorique et pratique	Médecins hospitaliers et pharmaciens hospitaliers	Symposium à l'aéroport de Liège le 26 mai 2011
	Antibiogramme, CMI, règles d'équivalence, norme EUCAST : comment les interpréter? (Docteur M. Carpentier)	Médecins hospitaliers et pharmaciens hospitaliers	Réunion de médecine interne du CHR de la Citadelle (22 février 2011)
	Prise en charge des accidents d'exposition professionnel ou non professionnel aux liquides biologiques : points de vue de l'infectiologue, du pédiatre et du gynécologues (Docteurs E. Firre, V. Schmitz zr V. Masson)	Médecins hospitaliers et pharmaciens hospitaliers	Réunions de médecine interne du CHR de la Citadelle (15 mars 2011)
GZA- ZIEKENHUIZEN	Invloed van antibiogram op therapie aanpassing	Alle artsen	Voordracht

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF MALLE - EMMAÛS	Bespreking sensibiliteitsoverzicht en microbiologische epidemiologische gegevens 2011	Alle artsen	Middagvergadering
	Bespreking antibioticaverbruik 2011	Alle artsen	Middagvergadering
ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS SINT-NIKLAAS	Herziene richtlijnen voor profylaxie op intranet	Alle specialismen van operatiekwartier	Presentatie op ok commissie 5-10-2011 dr apotheker Dejongh
	Coördinatie screening CPE	Alle gezondheidswerkers	Presentatie
	CPE in ons ziekenhuis	Artsen en diensthoofden	Presentatie
ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	Antibioticagebruik in KLINA en van de nosocomiale infecties (Dr C. Vael)	Stafleden en ASO interne geneeskunde en anesthesie	Voordracht met PowerPoint
	Beleid bij Staph aureus bacteriëmie en diepe MRSA- infecties (prof dr W. Peetermans, KULeuven)	Alle artsen en ASO	Voordracht met PowerPoint
	Surveillance infectieziekten (P. Van Rossom)	Stafleden en ASO interne geneeskunde	Voordracht met PowerPoint
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN V.Z.W.	AB klassen: Back to basics	Artsen werkzaam in ons ziekenhuis	Voordracht (power-point)
	Resistentie patronen bij urinaire kiemen	Huisartsen	Voordracht (power-point) i.s.m. de urologen van ons ziekenhuis
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NAMUR	Antibioprophylaxie	Anesthésistes	Présentation interactive
	Tigécycline	Médecins, pharmaciens	Présentation
	Utilisation des antibiotiques au CHR	Chefs de service du CHR	Présentation (consommation, résistance, conseil pour bon usage des antibiotiques)

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	Antifungale therapie	Artsen, assistenten, ziekenhuisapothekers	Symposium
	Infectiebeleid in het ziekenhuis	Ziekenhuisapothekers en apotheek-assistenten	Interne opleiding
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	Opleiding Basisbegrippen antibiotica en recente beslissingen ABG	Verpleegkundigen	Ex cathedra
	Opleiding nieuwe arts assistenten chirurgie en interne		Interactieve sessie
	Voorstelling nieuwe Sanford gids		Interactieve sessie
CLINIQUE ANDRE RENARD	Suivi des antibiotiques à délivrance contrôlée	Médecins hospitaliers et infirmières chefs d'unités	Conférence médicale "entretiens médicaux du mardi"
	Sensibilisation à l'importance des prélèvements bactériologiques préalable de la mise en place d'une antibiothérapie	Médecins des urgences	Réunion du GGA
	Recommandation du passage de la forme IV à la forme PO	Médecins hospitaliers et infirmières chefs d'unités	Conférence médicale : 'entretiens médicaux du mardi'
	Recommandation pour le monitoring de l'Amukin et de la Vancomycine	Médecins hospitaliers	Expédition d'un courrier à tous les prestataires de soins et présentation au cours d'une réunion du GGA
RHMS - HOPITAL DE LA MADELEINE	Utilisation du livret	Plusieurs publics première ligne	Participative
	Traitements d'affections particulières : CAP, etc	Première ligne	Participative
RESEAU HOSPITALIER DE MEDECINE SOCIALE	Utilisation du livret	Plusieurs publics première ligne	Participative
	Traitements d'affections particulières : CAP etc	Première ligne	Participative

Hôpital	Sujet	Groupe-cible	Type de formation
CENTRE HOSPITALIER HORNU - FRAMERIES	Utilisation du livret	Plusieurs publics première ligne	Participative
	Situation cliniques de première lignes : infections courantes intrahospitalières	Première ligne	Participative

Rapports annuel 2011 – AUDITS

Le tableau ci-dessous reprend les audits des rapports annuels GGA pour les hôpitaux aigus. Seuls les audits qui répondent aux critères suivants sont exposés:

- Analyse rétrospective d'un échantillon de dossiers médicaux pour mesurer la compliance d'une recommandation, directive ou politique (pas seulement une analyse de la consommation)
- Le sujet doit être prédéterminé et clairement défini en ce qui concerne la gestion des antibiotiques, la microbiologie et / ou l' infectiologie (pas exclusivement l'hygiène hospitalière)
- Les résultats doivent être présentés à l'équipe et une évaluation doit être effectuée au cas où des changements sont nécessaires. En outre afin d'améliorer la qualité des soins, des recommandations doivent être formulées. Ces changements doivent être mis en œuvre.
- L' audit initiale doit être répété afin de déterminer si les recommandations ont réellement améliorer la qualité. Idéalement, une période entre 9 à 12 mois doit séparer les deux audits.

Compte tenu de la contribution des GGA, nous soulignons l'importante participation des hôpitaux belges au « PPS on HCAI's and AB use » et la participation de deux hôpitaux à l'étude ARPEC (analogique, mais pour la pédiatrie). Ceux-ci ne sont pas inclus dans le tableau ci-dessous. Une douzaine d'audits ont été retenus.

Trois hôpitaux aigus ont effectué un audit sur la prophylaxie d'antibiotique dans leur institution. Quatre hôpitaux aigus ont fait un audit sur la prescription des antibiotiques de réserve (méronem, vancomycine, pipéracilline et / ou tazobactam). Vous trouverez un aperçu des autres sujets d'audit dans les tableaux ci-après.

Dans les tableaux, la langue respective de l'institution est respectée.

HOPITAUX CHRONIQUES

Aucun audit n'a été retenu pour les hôpitaux chroniques.

HOPITAUX AIGUS

Hôpital	Quel processus?	Quel standard/quelle recommandation?	Quel indicateur?	Quel échantillon?	Résultats/impact
HOSPITAL ST.- NIKOLAUS	Utilisation de la doxycycline à bon escient en médecine interne	Eviter le traitement d'un MRSA par la doxycycline	Résultats cultures bactério	Tous les patients de médecine interne ayant eu une prescription pour doxycycline en 2010	5 patients sur 15 ont eu de la doxycycline pour MRSA (2 infections, 3 dépistage). Une analyse rapide de la consommation de doxycycline montre une diminution en 2011
ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	Rationaliseren van gebruik van reserveantibiotica meronem, vancocin en piperacilline tazobactam met als doel resistentie te voorkomen en de kost voor het ziekenhuis onder controle te houden	Herevaluatie indicatiestelling. Vernauwen van breed opgestarte empirische therapie op basis van bacteriologische kweekresultaten.	Voorschrijfgedrag ifv. afdeling, empirisch versus gerichte therapie en indicatie	Alle voorschriften ontvangen tijdens de maand november voor alle afdelingen op campus Maria Middelaes	Piptazo wordt quasi 100% empirisch gebruikt, vnl. op IZ en gastro, vnl. voor bronchopulmonaire/abdominale infecties en sepsis. Meronem wordt 57% empirisch gebruikt, vnl. op IZ en abdominale heekunde, vnl. voor bronchopulmonaire infecties, SSTI en sepsis. Vancocin wordt 50% gericht gebruikt en occasioneel profylactisch, vnl. op dialyse, vnl. bij sepsis, botinfectie/ingreep en SSTI. Verbeteracties werden geformuleerd zoals revisie empirische therapie bronchopulmonaire infecties en positionering van Negaban.

Hôpital	Quel processus?	Quel standard/quelle recommandation?	Quel indicateur?	Quel échantillon?	Résultats/impact
CLINIQUES UNIVERSITAIRES (U.C.L.) MONT- GODINNES	Evaluation de la prescription de tazocin dans l'institution sur une période de 7 semaines	Sur base des recommandations interne disponibles en leaflet et sur intranet	Indication de traitement, adéquation de la posologie et adéquation de la durée du traitement	89 traitements évalués sur 7 semaines.	64% adéquats pour les 3 critères-8% discutables et 29% inadéquats. Parmi les inadéquats: 28% durée prolongée (102 extra-doses, 1314 E) et 72% d'indications inappropriées (spectre trop large, pas d'indication de traitement, 515 doses).
	Etude point-prévalence shift iv/po dans l'institution comprenant notamment les anti-infectieux (mars 2011)	Sur base du document interne diffusé en janvier 2011.	Nombre de traitements intra-veineux inadéquats	Toute l'institution, analyse sur une journée dans toutes les unités (non limité aux AB). Les AB ciblés: fluoroquinolones, metronidazole, macrolides, clindamycine, fluconazole, Vfend, Acyclovir, Eusaprim (molecules à bonne biodisponibilité) + augmentin et zinacef	81 traitements antibiotiques dont 28 par voie parentérale (35%). Parmi ceux-ci, 5 pouvaient être délivrés per os (= 82% voie iv appropriées, 18 % inappropriés).

Hôpital	Quel processus?	Quel standard/quelle recommandation?	Quel indicateur?	Quel échantillon?	Résultats/impact
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NAMUR	Analyse des prescriptions de Tazocin	Recommandations émises dans les guidelines d'antibiothérapie disponibles sur l'intranet au CHR	Indication et durée du traitement	Patients hospitalisés de début janvier à fin mars 2011 ayant reçu du Tazocin (71 patients)	Indications relativement bien adaptées. 13 patients sur 71 avaient une durée de traitement supérieure à 10j. Impact : nouvelle procédure instaurée : arrêt automatique de toute prescription de Tazocin au J7
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE A. VESALE/ CHU CHARLEROI	Relevé de prescriptions d'antibiotiques	Vérification de l'adéquation des prescriptions en terme de choix thérapeutique, d'alternative, de coût et d'efficacité pour les antibiotiques suivants : vancomycine, meropenem, pipéracilline/tazobactam	Une comparaison a été faite entre le prescripteur et l'infectiologue, ainsi qu'entre deux infectiologues.	Evaluation de 78 dossiers (prescriptions consécutives durant 3 mois).	Des discordances existent entre le prescripteur et l'infectiologue (spectre souvent plus étroit, absence de traitement). Les différences de choix antibiotiques portent sur des spectres communautaires versus nosocomiaux. Cette étude d'observation a montré la difficulté de désescalade thérapeutique après la première prescription. Une note a été rédigée pour rappeler les indications thérapeutiques de ces molécules ainsi que la durée du traitement. Celle-ci a été insérée dans le livret sur l'Intranet.

Hôpital	Quel processus?	Quel standard/quelle recommandation?	Quel indicateur?	Quel échantillon?	Résultats/impact
CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES HOPITAL ERASME	Audit de la qualité de l'antibioprophylaxie en chirurgie : 16 pts screenés par programme chirurgical	Guidelines internes basées sur recommandations internationales	Choix de l'antibiothérapie, posologie à l'induction en perop, postop et durée	4 x 16	Toute compliance au choix compris entre 75 et 100% - taux de compliance à l'induction : 100% - taux de compliance durée : compris entre 10 et 92% selon les disciplines - feedback en cours
	L' optimisation de l'antibiothérapie : adaptation, posologie des antibiotiques en présence d'insuffisance rénale	Guidelines internes	Adéquation posologique à différents moments du traitement	73 traitements	42% de traitements non adéquats ayant généré des propositions de modifications acceptées dans 50%, des cas
ONZE LIEVE VROUW ZIEKENHUIS AALST	Aan de hand van Infohos (apotheek database) werden alle AB voorgeschreven door de urologen geanalyseerd. We waren met name geïnteresseerd in het gebruik van quinolones als profylaxie bij uretheroscopie.	AB profylaxe bij urologische ingrepen, Volgens de AB klapper bestaat de AB profylaxie bij uretheroscopie uit Tarivid 1 co 400 mg, 1 uur voor de ingreep. De apotheek vermoedde echter dat dit vaker werd doorgegeven		Apotheek gegevens van 2009 gekoppeld aan MKG voor oppikken van uretheroscopie,	Uit de resultaten bleek dat in 80% van de gevallen waarbij tarivid als profylaxe werd gebruikt, het gebruik van tarivid gedurende het verder verblijf verder gezet en dit voor een duur van 5 dagen.

Hôpital	Quel processus?	Quel standard/quelle recommandation?	Quel indicateur?	Quel échantillon?	Résultats/impact
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	Prise en charge des pneumonies sur le site Brien	Réévaluation des traitements pour la pneumonie 6 mois après la diffusion de nouvelles recommandations locales par une étude observationnelle	Evaluation de la prescription antibiotique pour la pneumonie et du respect des recommandations. Relevé de: Sévérité de la pneumonie, étiologie microbiologique, type et durée du traitement, données démographiques	Tout patient hospitalisé, atteint de pneumonie et recevant un traitement antibiotique	Juin 2011: Adaptation de ces recommandations: simplification des schémas thérapeutiques. Diffusion de ces résultats aux soignants concernés lors d'une réunion formative.
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	Implementatie verlengde en continue infusen in het ziekenhuis	Interne richtlijnen	Oplaaddosis, onderhoudsdosis, looptijd, concentratie infuus	Er werden 132 behandelingen met meropenem, ceftazidime en piperacilline-tazobactam geëvalueerd	Zie masterproef Thijs van Audenrode
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ST.PIERRE BRUXELLES	Audit des prescriptions d'antibioprophylaxie chirurgicale en chirurgie digestive	Recommandation de prescrire Cefacidal 4g si chirurgie bariatrique (patient avec BMI>40) à partir de 2011 2/Antibiotiques doivent être administrés entre 30 et 60 minutes avant l'incision de la peau par le chirurgien	Cfr. Welke aanbevelingen	2009: 172 interventions 2011: 286 interventions	2011: 39% des patients ont reçu la dose recommandée 30% en 2009 et 10% en 2011 des patients ont reçu l'antibiotique dans les délais recommandés

*Remerciements aux hôpitaux belges et à
mes deux collègues Erica et Michiel*

