

2nd National Study Day, 15 December 2007

# **“Improving antibiotic prescribing in hospitals”**

## **Workshop V**

**« Tout ce que vous devez savoir pour lancer un programme réussi de gestion d'antibiothérapie hospitalière ».**

**Modérateurs – Présidentes GGA :**

**Dr C. Rossi, infectiologue, CHU Ambroise Paré, Mons**

**Dr C. Potvliege, microbiologiste, CHU Tivoli, La Louvière**

**Pharm. C. Briquet, pharmacienne clinique, spécialisée en antibiotiques,  
Clinique Universitaire Saint-Luc, Bruxelles**

Avant tout:

Etre convaincu du bien-fondé et des objectifs d'un Groupe de Gestion des Antibiotiques (GGA)

✓ 1<sup>er</sup> : Améliorer l'utilisation des antibiotiques (AB)

- indication, choix de la molécule, dose, voie d'administration, durée
- optimiser la prise en charge clinique en diminuant les effets délétaires potentiels des antibiotiques: la toxicité, la sélection de germes pathogènes et l'émergence de germes résistants
- **!!! «Safety»**

✓ 2<sup>ème</sup> Réduire les coûts des soins sans diminuer leur qualité

Puis:

Convaincre sa direction médicale  
du bien-fondé et de son rôle clef dans la réussite  
du projet GGA

- ✓ Un programme de gestion des antibiotiques est démontré financièrement « self-supporting » et améliore la qualité des soins (*A-II*)
- ✓ La direction doit soutenir le clinicien /infectiologue et/ou le pharmacien clinicien
  - ✓ Et lui donner l'autorité et les compensations afin d'atteindre les objectifs établis (*A-III*)
- ✓ La direction doit fournir les outils nécessaires à la surveillance des consommations et du suivi du programme (*A-III*)

# 1<sup>ère</sup> étape: Etablir « état des lieux » de l'institution

- ✓ Etablir la « carte d'identité » de l'hôpital:
  - ✓ Nombre et types de lits
  - ✓ chiffres de séjour
  - ✓ activités principales
  - ✓ Nombre de lits USI, oncologie, hématologie, gériatrie
  - ✓ Lourdeur chirurgie,...
- ✓ Evaluer les ressources humaines nécessaires et disponibles

# 1<sup>ère</sup> étape: Etablir « état des lieux » de l'institution

- ✓ Apport du clinicien/infectiologue et/ou du pharmacien clinicien
  - ✓ Analyser les habitudes de prescription et relever certaines aberrations dans le choix, la durée, la voie d'administration,...
    - ☐ Directement « au lit du patient »
    - ☐ Etude rétrospective de la prescription d'AB à large spectre sur dossier
  - ✓ Vérifier si présence ou pas de schémas d' « antibiothérapie empirique » existants

# 1<sup>ère</sup> étape: Etablir « état des lieux » de l'institution

- ✓ Apport de la pharmacie
  - ✓ Evaluer les données de consommation d'AB
  - ✓ Relever les services ou prescripteurs « consommateurs » en quantité
  - ✓ Relever le type d 'AB consommés par services
  - ✓ Établir le mode de délivrance des AB
  
- ✓ Evaluer la facilité d'accès à ces données, et si nécessité de recours à informatique

# 1<sup>ère</sup> étape: Etablir « état des lieux » de l'institution

- ✓ Apport du laboratoire de microbiologie
  - ✓ Documents ou procédures existants?
    - ☐ Pratique des prélèvements
    - ☐ Interprétation des résultats
    - ☐ AB testés et répondus
    - ☐ Disponibilité des résultats
    - ☐ Épidémiologie

A la fin de cet « état des lieux »,

établir le *cahier de charge*

propre à l'institution



## 2<sup>ème</sup> étape: Réunir et structurer le GGA

### ✓ « Noyau dur »

- ✓ Un clinicien/infectiologue et/ou d'un pharmacien clinique ayant acquis une compétence en maladies infectieuses (A-II) ! « **Safety** »

- ✓ un microbiologiste
- ✓ un médecin hygiéniste
- ✓ un épidémiologiste
- ✓ un informaticien

} (A-III)

## 2<sup>ème</sup> étape: Réunir et structurer le GGA

### ✓ Groupe multidisciplinaire

- ✓ Importance démontrée de l'interaction du GGA avec le CHH, le CMP et les autres groupes thérapeutiques (*A-III*)
- ✓ Importance du support et de la collaboration de la direction de l'hôpital, des médecins chefs et de l'ensemble des dispensateurs de soins: médecins (réanimateurs, pédiatres, urgences,...) et infirmiers (*A-III*)

## 2<sup>ème</sup> étape: Réunir et structurer le GGA

- ✓ Définir le rôle précis de chacun en fonction du cahier des charges
- ✓ Impliquer chaque membre en fonction de ses compétences
- ✓ Etablir des délais d'exécution réalistes du cahier des charges

« Qui fait quoi, pour quand? »

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions de base

### 1. « Face to face »

- ✓ Prospectif, interaction directe entre le prescripteur et le clinicien/infectiologue ou le pharmacien clinique + feedback!!
  - ✓ Désescalade après tir empirique < labo
  - ✓ Ajustement des doses
  - ✓ Relais per os
  - ✓ ....

Efficace ++ dans la réduction de consommation inappropriée des AB (*A-I*)

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions de base

### 2. Formulaire AB

- ✓ = liste des AB disponibles dans l'hôpital
- ✓ Elaborer une liste d' « AB réservés à large spectre» et définir des modalités restrictives de délivrance

Efficace ++ dans la réduction de consommation des AB  
(A-II)

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions du laboratoire (1)

- ✓ Dans l'optimisation de la réalisation des prélèvements:
  - ❑ Pourquoi? (dépistage? Diagnostic?)
  - ❑ Quand? (24h/24 ou heures ouvrables...)
  - ❑ Comment ? Effectuer le prélèvement; le conserver avant de l'apporter au labo, compléter la demande d'analyses
  - ❑ A quelle fréquence?

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions du laboratoire (2)

- ✓ Interprétation des résultats
  - ☐ Qualité de l'échantillon (commentaire, délai d'examen, examen direct)
  - ☐ Pertinence des germes retenus et répondus
  - ☐ Infection? Colonisation? Contamination?
  - ☐ Alertes épidémiologiques

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions du laboratoire (3)

### ✓ Antibiotogrammes

- ☐ Quels AB tester?
- ☐ Quels AB répondre? Dans quelles circonstances?
- ☐ ABiogramme brut versus ABiogramme interprété (ESBL,...)
- ☐ Techniques utilisées
- ☐ S/I/R versus CMI (quand?)



## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions du laboratoire (4)

### ✓ Epidémiologie

- ☐ Fréquence

- ☐ Prélèvements bactériologiques

- ☐ Doublons (globaux/par type de prélèvement; de germe; de durée, d'AB)

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions de la pharmacie (1)

- ✓ Calcul des consommations (en DDA, DDD)  
par service, par département
  - ☐ Mise en tableau analysables par les GGA
  - ☐ Fréquence idéale? Fréquence réaliste?
  - ☐ Intervention « informatique » nécessaire?

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions de la pharmacie (2)

- ✓ Evaluation plus particulière de la consommation de certaines molécules :
  - ☐ Carbapénème – Pip tazo - C3
  - ☐ Quinolone (IV/PO)
  - ☐ Vancomycine -Teicoplanine
  - ☐ Linezolid
  - ☐ Antifongiques

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions de la pharmacie clinique (3)

- ✓ Analyse des consommations
- ✓ Safety
  - ✓ Rédiger des tableaux sur les AB pour un meilleur usage tant médical que pratique
    - ✓ AB et compatibilités
    - ✓ AB et grossesse
    - ✓ AB et conservation
    - ✓ AB en pratique pour les infirmières,...
- ✓ Interactions médicamenteuses

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions éducationnelles (1)

- ✓ Education: essentielle, ↑ acceptation (*A-III*) si associée à intervention active
- ✓ Rédaction de « guidelines » de prise en charges du traitement des infections:
  - ✓ En partenariat avec les différents services de l'institution
  - ✓ Adaptés à épidémiologie locale
- ✓ Rédaction de « guidelines » pour antibioprophylaxie

## 3<sup>ième</sup> étape: Interventions éducationnelles (2)

### « Maintenance »

- ✓ Mises à jour régulière de l'ensemble de ces procédures
- ✓ Suivi et détection des éventuelles dérives (action ponctuelle)
- ✓ Analyse et feed back des données de consommations fournies par la pharmacie et communications aux prescripteurs
- ✓ Analyse et feed back des profils de résistance fournies par le laboratoire et communications aux prescripteurs
- ✓ Favoriser par éducation l'autocritique et indépendance des prescripteurs

# Evaluation

- ✓ Évaluer la compliance aux recommandations
- ✓ Analyser les causes de non - application et proposer des mesures correctives.

# Écueils

- ✓ Diffusion de l'information
- ✓ Communications
- ✓ Disponibilité des données
- ✓ Programmes informatiques non liés
- ✓ Lourdeur des évaluations



# Conclusion

**« Sans cesse sur le métier remettez  
votre ouvrage... »**

- ✓ Importance de construire une crédibilité et une relation de confiance
- ✓ Ne pas vouloir tout démarrer en même temps mais bâtir au fur et à mesure
- ✓ Impliquer au maximum les intervenants (médecins, infirmières, pharmacie...)
- ✓ Coupler les actions du GGA à celle du CHH

# Références

- ✓ Expérience personnelle de chacun des orateurs occupant des fonctions différentes sein de leur GGA
- ✓ Fonctionnement et bilan de 4 années d'activité d'un GGA au sein d'un hôpital général, le RHMS. Nosoinfo, vol IX n°3, 2005
- ✓ Les niveaux d'évidence sont tirés de "*Timothy H. Dellit, and al. IDSA and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship. CID, oct 2006*"