

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee
Note de politique pour la législature 2014-2019

Erica Balligand, Michiel Costers et Evelyne Van Gastel

Synthèse

La résistance antibactérienne représente une grave menace pour la santé publique. Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) estiment que chaque année, 2 millions d'Américains sont victimes d'infections provoquées par une bactérie (multi)résistante et que 23 000 en meurent. L'OMS a donc, déjà à plusieurs reprises, attiré l'attention sur ce problème de santé majeur. Dans le scénario du pire des cas, nous ne disposerons bientôt plus d'antibiotiques efficaces. La chirurgie et le traitement du cancer deviendront alors très dangereux en raison du risque infectieux inhérent à ce type de traitement. Les transplantations (d'organes) deviendront même quasi impossibles du fait que l'immunosuppression nécessaire chez ces patients les rend particulièrement vulnérables aux infections. Certaines infections qu'on traite aujourd'hui sans problème pourront devenir mortelles. Il n'est donc pas impensable que les maladies infectieuses redeviennent la principale cause de mortalité comme c'était le cas au début du 20^e siècle.

Les infections liées aux soins imposent, elles aussi, un lourd tribut. Il ressort d'une étude menée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) qu'en Belgique, dans les hôpitaux aigus, chaque année, 103 000 patients sont victimes d'une infection nosocomiale. Ces infections sont responsables de 720 757 journées d'hospitalisation supplémentaires, de 384,3 millions d'euros de dépenses supplémentaires et de 2 625 décès supplémentaires.

La politique antibiotique et la maîtrise des infections représentent les piliers de la qualité des soins et contribuent aussi à la sécurité du patient. Dans de nombreux pays, la gestion de la qualité et la sécurité des patients sont stimulées par le biais du financement des soins de santé: c'est ce que l'on appelle le "pay for quality". En Belgique aussi, il nous faut d'urgence revoir le mode de financement des soins de santé pour stimuler les initiatives en matière de gestion de la qualité et de sécurité des patients.

En ce qui concerne la problématique de la résistance antibactérienne, la médecine humaine et la médecine vétérinaire sont indissociablement liées. **Une approche ferme de la résistance antibactérienne exige donc une approche intégrale des deux écosystèmes sur la base du concept 'One Health'.** Le concept 'One Health' implique aussi que, dans la sphère de la médecine humaine, on soit attentif tant à la pratique ambulatoire qu'aux établissements de soins, et plus particulièrement aux hôpitaux et aux centres d'hébergement et de soins.

Données épidémiologiques

Par rapport à 1999-2000, la **consommation d'antibiotiques en médecine ambulatoire** exprimée en nombre d'unités de paquets a baissé de plus de 36 %. Pourtant, malgré cette réduction, la Belgique enregistre toujours une consommation d'antibiotiques en médecine ambulatoire élevée par rapport à celle enregistrée dans les autres pays européens. Qui plus est, cette consommation est stable depuis 2006-2007 et la Belgique se distingue surtout par une consommation particulièrement élevée de quinolones.

Entre 2007 et 2013, la **consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux** a augmenté de 5,6 %. Les chiffres de 2012 montrent, qu'en Belgique, la **consommation d'antibiotiques en médecine vétérinaire** est plus élevée que dans les pays voisins. Sur la période de 2007 à 2013, la consommation de produits

pharmaceutiques antimicrobiens a toutefois baissé de 33 % et la consommation des aliments antimicrobiens pour animaux a augmenté de 73 %.

En ce qui concerne les pneumocoques et les MRSA, une évolution favorable au niveau de la **résistance** a été notée au cours de la dernière décennie au cours de laquelle on a, par contre, noté une forte progression des bactéries Gram négatif multirésistantes.

En Belgique, la **résistance** de la flore commensale *E.coli* d'origine aviaire, porcine et bovine est plus élevée que la moyenne enregistrée dans les autres États membres.

Une étude récente a montré que 7,2 % des patients admis dans les hôpitaux aigus et 3,1 % des résidents des centres d'hébergement et de soins avaient une **infection liée aux soins** le jour de l'enquête.

Plan stratégique national de lutte contre les MDRO

Le protocole d'accord prévoit : **1) la création d'un Comité technique de surveillance des MDRO** (TC-MDRO) pour évaluer les risques (risk assessment) liés aux MDRO et optimiser (la coordination des) surveillances relative aux MDRO ; **2) la création d'une Commission nationale pour la lutte contre le MDRO** (CNL-MDRO) pour optimiser la coordination de la lutte contre les MDRO (risk management) ; **et 3) la création d'une Outbreak Support Team** (OST) pour aider les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins confrontés à une épidémie d'infections liées aux soins (dues aux MDRO) dans leurs établissements. Le protocole d'accord stipule aussi que les centres d'hébergement et de soins doivent développer une politique précise de lutte contre les infections liées aux soins. Enfin, le protocole d'accord souligne également l'importance de poursuivre, voire répéter, certaines initiatives mises en œuvre par la BAPCOC.

Indicateurs et valeurs cibles

Hôpitaux	
Indicateurs	Choix des antibiotiques thérapeutiques Mention de l'indication de l'antibiothérapie dans le dossier médical Choix de l'antibioprophylaxie chirurgicale Durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales
Source des données	Études de prévalence ponctuelles (baseline) et audits internes réguliers (échantillonnage de dossiers médicaux) effectués par les groupes de gestion de l'antibiothérapie
Actions	Action des groupes de gestion de l'antibiothérapie et coordination par le GT Médecine hospitalière (e.a. thèmes nationaux)
Pratique ambulatoire	
Indicateurs	Consommation totale d'antibiotiques Consommation de quinolones Rapport entre l'amoxicilline et l'amoxicilline-acide clavulanique
Source des données	Consommation d'antibiotiques en ambulatoire (données de l'AIM et de l'Inami)
Actions	Campagnes de promotion pour une utilisation rationnelle des antibiotiques ; Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire ; délégués locaux à la gestion des antibiotiques dans les

	GLEM ; renforcement des contrôles prévus dans la législation (par exemple l'instauration de conditions de prescription pour certains antibiotiques (certaines classes d'antibiotiques), le contrôle a posteriori des 'outliers')
Médecine vétérinaire	
Indicateurs	Consommation totale d'antibiotiques Consommation des principaux antibiotiques critiques Consommation de prémélanges médicamenteux contenant des antibiotiques
Source des données	Consommation vétérinaire d'antibiotiques (données de BelVet-SAC et Sanitel-Med)
Actions	Voir plan stratégique AMCRA 2020

Pour les hôpitaux (d'ici 2019):

- **Choix des antibiotiques thérapeutiques conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas ;
- **Mention de l'indication de l'antibiothérapie dans le dossier médical** dans au moins 90 % des cas;
- **Choix de l'antibioprophylaxie chirurgicale, conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas; et
- **Durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas.

Pour la pratique ambulatoire :

- **une diminution de la consommation totale d'antibiotiques** qui représente aujourd'hui plus de 800 prescriptions par 1 000 habitants par an à 600 prescriptions d'ici 2020 et 400 prescriptions d'ici 2025;
- **une diminution de la consommation des quinolones** qui représente aujourd'hui environ 10 % de la consommation totale d'antibiotiques à 5 % d'ici 2018 ; et
- **une augmentation du rapport entre l'amoxicilline versus l'amoxicilline-acide clavulanique** qui est aujourd'hui d'environ 50/50 à 80/20 d'ici 2018.

En médecine vétérinaire (le plan stratégique de l'AMCRA 2020 a été approuvé par le GT Médecine vétérinaire de la BAPCOC):

- **diminution de 50% de la consommation d'antibiotiques d'ici 2020;**
- **diminution de 75% des principaux antibiotiques les plus critiques d'ici 2020;** et
- **diminution de 50% des prémélanges médicamenteux contenant des antibiotiques d'ici 2017.**

Plans des groupes de travail

Le **GT Médecine hospitalière** aimerait reproduire l'initiative écossaise de suivi continu de quatre indicateurs de qualité (voir indicateurs et valeurs cibles pour les hôpitaux) à l'aide d'une étude de prévalence ponctuelle et d'audits internes. Les groupes de gestion de l'antibiothérapie (GGA) vont devoir travailler sur de grands thèmes nationaux conformément au principe du cycle PDCA et sont suivis sur la base d'un rapport d'activité annuelle succinct. La formation interuniversitaire de 'délégué à la gestion de l'antibiothérapie' et les journées d'étude nationales sont poursuivies. La fonction de surveillance de la consommation d'antibiotiques par l'ISP

doit encore être élargie pour permettre d'établir des comparaisons sensées entre les différents hôpitaux (benchmarking). Il est, en outre, également souhaitable que ces données soient couplées à d'autres sources de données et notamment au Résumé Clinique Minimum pour obtenir une image plus précise de la consommation d'antibiotiques par code APR-DRG. Il est indispensable de mettre au point un guide électronique des antibiotiques pour les hôpitaux en collaboration avec la SBIMC. En ce qui concerne les thèmes spécifiques de la politique antibiotique, il convient d'élaborer des directives nationales ou d'émettre des avis.

La **plateforme fédérale de maîtrise des infections** veut mettre plus particulièrement l'accent sur les thèmes nationaux. Dans le contexte d'un cycle, tous les hôpitaux (et les centres d'hébergement et de soins) seront stimulés à mettre sur pied des actions concrètes d'amélioration et à évaluer l'impact des actions mises en place. Toutes les instances qui interviennent dans la maîtrise des infections auront un rôle à jouer dans le développement/l'organisation/la réalisation des directives ; symposiums, ateliers et formations ; surveillance, études de prévalence ponctuelles et audits internes; projet d'amélioration nationaux (p. ex. les faisceaux de soins, campagnes); et la recherche. Cette plateforme fédérale veut formuler une nouvelle vision d'avenir en matière de maîtrise des infections dans les hôpitaux aigus et veut favoriser la maîtrise des infections en dehors des hôpitaux aigus. Les campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains seront répétées tous les deux ans.

Le **GT Pratique ambulatoire** développera une version électronique du 'Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire' et aimerait l'intégrer dans les dossiers médicaux électroniques. Les données disponibles concernant l'utilisation ambulatoire des antibiotiques devraient idéalement être couplées aux indications. Pour se faire une idée des germes à l'origine des infections contractées en dehors de l'hôpital et de leurs profils de résistance des études doivent être mises sur pied dans lesquelles les médecins généralistes devront prélever des échantillons pour la mise en culture chez chacun de leurs patients. Dans ce type d'étude, on peut aussi envisager de prélever des échantillons en vue d'un dépistage pour déterminer la prévalence du portage des MDRO dans la communauté. Il faut également augmenter le couplage entre les données relatives à la consommation d'antibiotiques et les données relatives à la résistance aux antibiotiques dans la pratique ambulatoire au niveau des médecins généralistes. Le groupe de travail souhaite, par ailleurs, également s'intéresser à de nouveaux groupes cibles (dentistes, médecins urgentistes, infirmières à domicile) et mettre en place une concertation avec l'industrie pharmaceutique. Si les interventions citées plus haut ne donnent pas les résultats souhaités, il conviendra alors d'analyser l'option de contrôle et de réglementation. Des pistes potentielles sont p. ex. la subordination de la prescription de certains antibiotiques (ou certaines classes d'antibiotiques) à certaines conditions et le contrôle a posteriori des 'outliers' qui prescrivent nettement plus d'antibiotiques que leurs collègues.

Aussi bien le **GT Médecine hospitalière** que le **GT Pratique ambulatoire** demandent qu'on accorde une attention accrue à la politique antibiotique dans la formation de base, les formations spécialisées (et ceci plus spécialement encore dans la compétence particulière en Infectiologie et Microbiologie médicale) et la formation continue (délégués locaux à la gestion de l'antibiothérapie dans les GLEM)

des médecins. Les deux groupes de travail désirent collecter les informations disponibles concernant les profils de résistance au niveau national.

Le **GT Sensibilisation** poursuivra les campagnes annuelles de promotion de l'usage rationnel des antibiotiques sur la base d'un nouveau concept. Pour soutenir les médecins généralistes dans l'amélioration de leur comportement prescripteur, le groupe de travail prévoit une intervention qui sera développée au sein du projet de recherche européen GRACE (formation de communication en ligne et brochure d'information interactive pour les patients). Il y aura aussi une bande dessinée de "Bob et Bobette" consacrée à l'utilisation rationnelle des antibiotiques.

Le **GT Médecine vétérinaire** veut mettre en place une collaboration constructive avec l'AMCRA et toutes les instances publiques compétentes dans le cadre du groupe de travail Stratégie vétérinaire politique antibiotique (SVPA) (Strategie Veterinair Antibiotiquesbeleid (SVAB)). Le groupe de travail veut aussi formuler ses propres avis et prendre ses propres initiatives.

Enfin, tous les groupes de travail ont souligné la nécessité d'une recherche plus importante sur la consommation d'antibiotiques et la résistance antibactérienne.

Résistance antibactérienne et infections liées aux soins
en tant que menaces graves pour la santé publique

La résistance antibactérienne représente une menace grave pour la santé publique. Les patients victimes d'infections provoquées par des bactéries (multi)résistantes ont un risque plus élevé de pronostic défavorable et même de décès et consomment plus de moyens en soins de santé que les patients victimes d'infections dues à des souches sensibles des mêmes bactéries. Plusieurs études ont montré une augmentation significative de la mortalité infectieuse due à *E.coli* résistant aux céphalosporines de 3^e génération ou aux quinolones, de la mortalité due à *K. pneumoniae* résistant aux céphalosporines ou aux carbapénèmes de 3^e génération et de la mortalité celle due aux MRSA. Une étude américaine a conclu que le coût médian des séjours hospitaliers des patients infectés par des souches Gram négatif résistantes est de 38 000 dollars plus élevé que celui des patients infectés par des souches sensibles. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estiment que chaque année, 2 millions d'Américains sont victimes d'une infection provoquée par une bactérie (multi)résistante et que 23 000 d'entre eux en meurent. Aux États-Unis, les frais annuels supplémentaires occasionnés par la résistance antibactérienne sont estimés à plus de 20 milliards de dollars en frais directement liés aux soins et à 35 milliards de dollars en productivité perdue.

Dans son **Global Risk Reports 2013**, le **Forum économique mondial (FEM) (World Economic Forum (WEF))** fait expressément référence à la résistance antibactérienne en termes de menace mondiale : *“Arguably, one of the most effective and common means to protect human life – the use of antibacterial and antimicrobial compounds (antibiotics) – may no longer be readily available in the near future”*. Déjà bien avant ce rapport, le Dr Margaret Chan, directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait déjà également mis en garde face à cette évolution dangereuse : *“A post-antibiotic era means, in effect, an end to modern medicine as we know it. Things as common as strep throat or a child's scratched knee could once again kill.”* Dans un récent **rapport de l'OMS intitulé “Antimicrobial resistance: Global report on surveillance”**, cet avertissement est une fois de plus répété : *“Antimicrobial resistance within a wide range of infectious agents is a growing public health threat of broad concern to countries and multiple sectors.”* Et enfin, au niveau européen, l'European Centre for Disease prevention and Control (ECDC) a également, à plusieurs reprises, demandé qu'on se penche sur cette problématique majeure.

Dans le scénario du pire des cas, on nous prédit que nous ne disposerons bientôt plus d'antibiotiques efficaces. La chirurgie et le traitement du cancer deviendront alors très dangereux en raison du risque infectieux inhérent à ce type de traitement. Les transplantations (d'organes) deviendront même quasi impossibles du fait que l'immunosuppression nécessaire chez ces patients les rend particulièrement vulnérables aux infections. Certaines infections qu'on traite aujourd'hui sans problème pourront devenir mortelles. Il n'est donc pas impensable que les maladies infectieuses redeviennent la principale cause de mortalité comme c'était le cas au début du 20^e siècle.

Les infections liées aux soins imposent, elles aussi, un lourd tribut. Il ressort d'une étude menée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) que dans les hôpitaux aigus belges, chaque année, 103 000 patients sont victimes d'une infection nosocomiale. Ces infections sont responsables de 720 757 journées d'hospitalisation supplémentaires, de 384,3 millions d'euros de dépenses supplémentaires et de 2 625 décès supplémentaires

Au niveau international, plusieurs initiatives ont déjà été prises pour faire face à ces menaces. Les ministres de la Santé publique de l'Union européenne ont approuvé deux recommandations relatives à la résistance antibactérienne et aux infections liées aux soins : la "Recommandation du Conseil, du 15 novembre 2001, relative à l'utilisation prudente des agents antimicrobiens en médecine humaine" (novembre 2001) et la "Recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci" (juin 2009). En 2001, l'OMS a publié un document intitulé « Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens ». L'ECDC qui a débuté ses activités en 2005 consacre l'un de ses programmes à l'"Antimicrobial Resistance and Healthcare-associated Infections". Depuis 2008 l'ECDC organise aussi chaque année, le 18 novembre, une journée de sensibilisation aux antibiotiques baptisée European Antibiotic Awareness Day (EAAD). Étant donné l'énorme tribut en vies humaines et les frais astronomiques liés à ce problème, le gouvernement américain estime que la lutte contre la résistance antibactérienne doit être mise au rang des priorités absolues en matière de santé publique et de sécurité nationale. À l'automne 2014, le président Obama a émis un 'Executive Order' qui ordonne à plusieurs agences et départements fédéraux de mettre en œuvre le 'National Strategy on Combating Antibiotic-Resistant Bacteria'.

La politique antibiotique et la maîtrise des infections en tant que piliers de la qualité des soins

La publication du rapport “To err is human: Building a safer health system” par l’Institute of Medicine (IOM) en 1999 a constitué un jalon dans le développement d’une politique de qualité dans les soins de santé et depuis lors la sécurité du patient et la qualité de soins n’ont cessé de faire l’objet d’une préoccupation croissante. Pour reconnaître les efforts consentis par les hôpitaux belges en matière de gestion de la qualité et de la sécurité des patients, les autorités fédérales ont mis en place les contrats annuels ‘Coordination qualité et sécurité des patients’.

La politique antibiotique et la maîtrise des infections constituent les piliers de la qualité des soins et contribuent aussi à la sécurité des patients. La politique antibiotique garantit que le patient n’est pas inutilement traité avec des antibiotiques et n’est dès lors pas exposé inutilement aux effets indésirables de ces produits. Lorsque le patient a réellement besoin d’un traitement antibiotique, elle veille aussi à ce qu’il reçoive le bon antibiotique, à la bonne dose et pendant la durée nécessaire. À long terme, la politique antibiotique contribue à réduire la pression sur la sélection bactérienne et donc à faire baisser la résistance antibactérienne. La maîtrise des infections permet d’éviter les surinfections nosocomiales. Étant donné que dans ce cas des traitements antibiotiques seront nécessaires, la maîtrise des infections permettra également à long terme, de contribuer à réduire la pression sur la sélection bactérienne et la résistance antibactérienne.

Dans de nombreux pays, la gestion de la qualité et la sécurité des patients sont stimulées par le biais du financement des soins de santé : c’est ce que l’on appelle le “pay for quality”. En Belgique toutefois, le financement reste purement orienté sur le nombre des prestations fournies. Ce système a des conséquences perfides dans le domaine de la maîtrise des infections. Comme on l’a déjà mentionné, les infections liées aux soins exigent un lourd tribut en vies humaines ainsi qu’un lourd tribut social. Étant donné que ces infections donnent cependant lieu à des diagnostics et à des traitements supplémentaires, elles sont aussi synonymes de revenus supplémentaires pour les médecins et l’hôpital. **Il faut d’urgence revoir le mode de financement des soins de santé pour stimuler les initiatives en matière de gestion de la qualité et de sécurité des patients, ceci à l’instar de ce qui est déjà le cas dans de nombreux autres pays.**

Le concept 'One Health'

En ce qui concerne la problématique de la résistance antibactérienne, la médecine humaine et la médecine vétérinaire sont indissociablement liées. La surconsommation d'antimicrobiens dans un secteur mène non seulement à une augmentation de la résistance au sein de ce propre écosystème, mais également à une augmentation de la résistance dans l'autre écosystème. La résistance croissante en médecine humaine et en médecine vétérinaire va par ailleurs de pair avec une augmentation de la résistance des bactéries dans la nature. Les bactéries animales résistantes peuvent se transmettre à l'homme par l'alimentation (p. ex. *Salmonella*, *Campylobacter*) ou par contact direct (p. ex. les MRSA associées à l'élevage). On sait également pertinemment que les bactéries résistantes d'origine humaine peuvent également se transmettre à l'animal (de compagnie) et qu'il peut aussi y avoir des transferts de gènes résistants entre les bactéries des deux écosystèmes.

Une approche ferme de la résistance antibactérienne exige donc une approche intégrale des deux écosystèmes sur la base du concept 'One Health'. Le 'Plan d'action de lutte contre les menaces croissantes que représente la résistance aux antimicrobiens' de la Commission européenne lance également un appel exprès à une approche holistique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)) et l'Organisation mondiale de la santé animale (World Organisation for Animal Health (OIE)) ont formé une alliance formelle pour promouvoir la collaboration entre ces deux secteurs.

Plusieurs initiatives internationales sont sciemment axées sur la médecine vétérinaire. L'Agence européenne des médicaments (European Medicines Agency - EMA) et l'Autorité européenne de sécurité des aliments (European Food Safety Agency (EFSA)) rassemblent les données des différents États membres respectivement sur la surconsommation d'antibiotiques et sur la résistance antibactérienne chez les animaux. L'EMA déclare que le recours aux antibiotiques à des fins exclusivement préventives en médecine vétérinaire n'est plus acceptable. Les dirigeants des Agences des médicaments estiment que les vétérinaires et les éleveurs doivent être inclus dans la stratégie de communication sur l'usage rationnel des substances antimicrobiennes. La Commission européenne a demandé à l'ECDC, l'EFSA, l'EMA et le SCENIHR de rédiger un rapport sur la résistance antibactérienne qui mette l'accent sur les infections provoquées par des organismes zoonotiques.

Le concept 'One Health' implique aussi que dans la sphère de la médecine humaine, on soit attentif tant à la pratique ambulatoire qu'aux établissements de soins, et plus particulièrement aux hôpitaux et aux centres d'hébergement et de soins. Les patients et les résidents y sont en effet régulièrement en contact avec les différents maillons des soins de santé et lors de leurs transferts entre les centres d'hébergement et de soins et les établissements de soins il y a également transfert de germes (multi)résistants et d'infections (liées aux soins).

Données épidémiologiques

La consommation d'antibiotiques

Malgré une réduction (voir ci-dessous), comparativement aux autres pays européens, en Belgique, la consommation d'antibiotiques reste élevée (Figure 1; données 2011). En Belgique, on note surtout une consommation étonnamment élevée des quinolones et plus particulièrement des quinolones de 3^e génération (Figure 2).

Figure 1

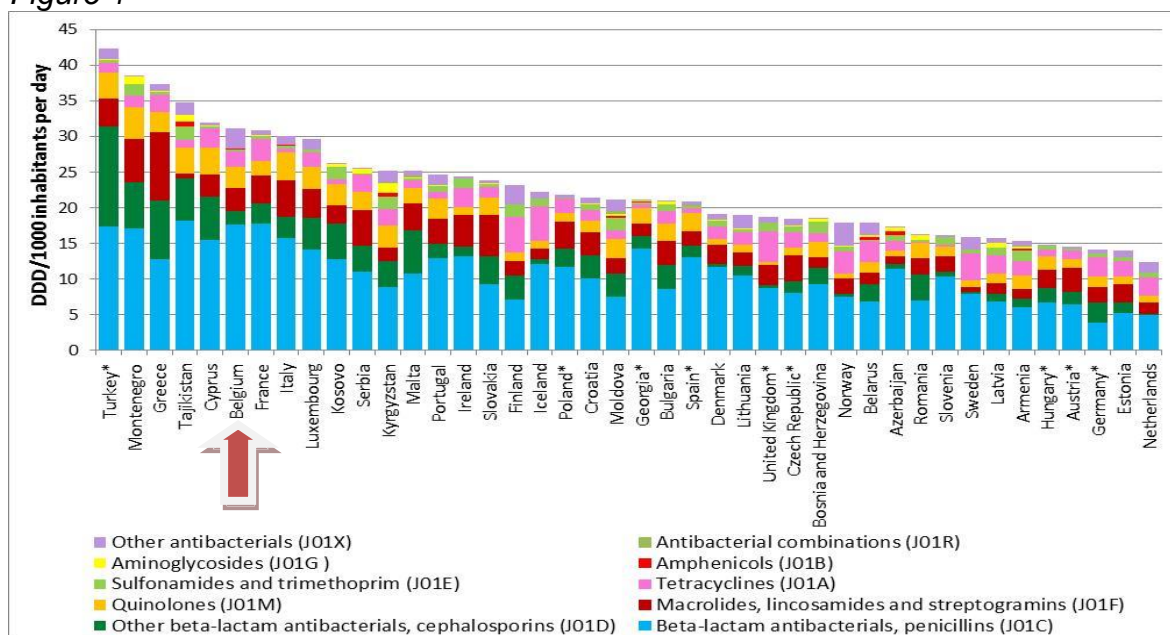
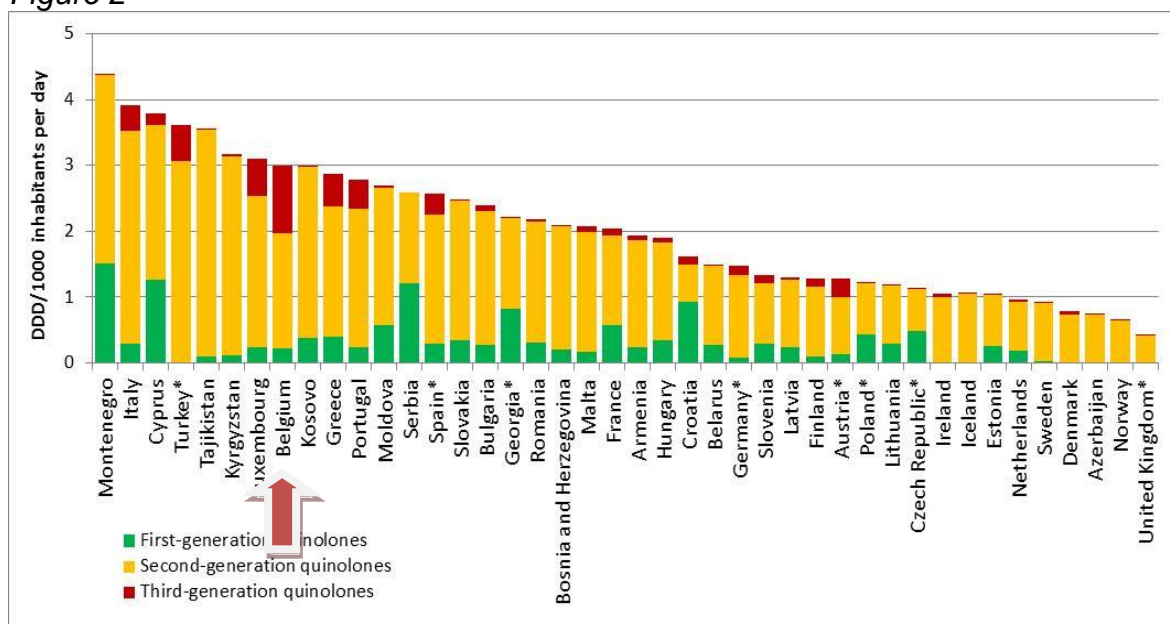


Figure 2



- La consommation d'antibiotiques dans la pratique ambulatoire

On note des disparités marquantes entre l'évolution exprimée en DDD et l'évolution exprimée en paquets. Alors que la consommation exprimée en paquets a baissé de plus de 36 % entre la période de 1999-2000 et la période **2011-2012 en passant de 3,6 à 2,3 paquets/1000 habitants/jour**, la consommation en nombre de DDD est, elle, restée stable (Figures 3 et 4).

Figure 3

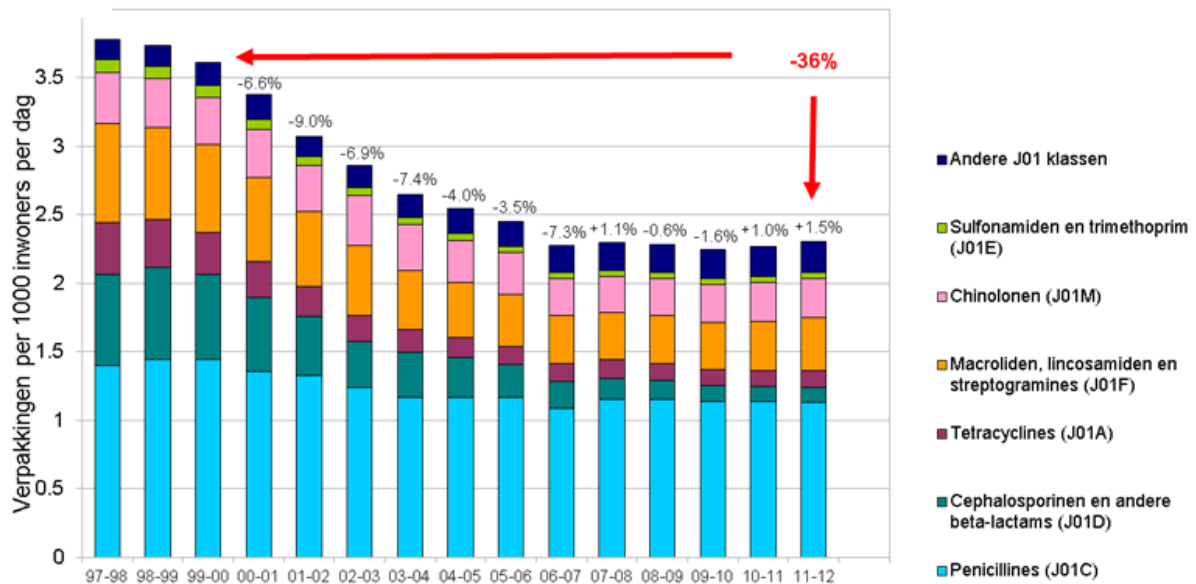
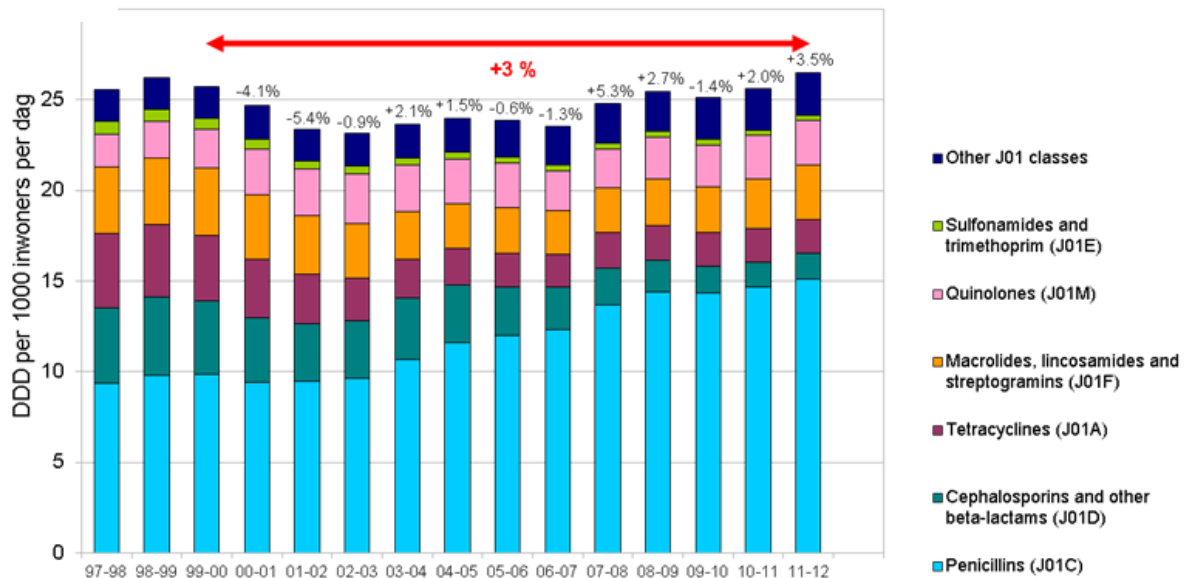


Figure 4



À la demande de la BAPCOC, le groupe de recherche VAXINFECTIO et l'Agence InterMutualiste (AIM) ont effectué une étude très détaillée sur la consommation ambulatoire d'antibiotiques (voir Annexe 1). La disparité citée plus haut semble uniquement attribuable aux pénicillines et liée au fait que sur la période considérée,

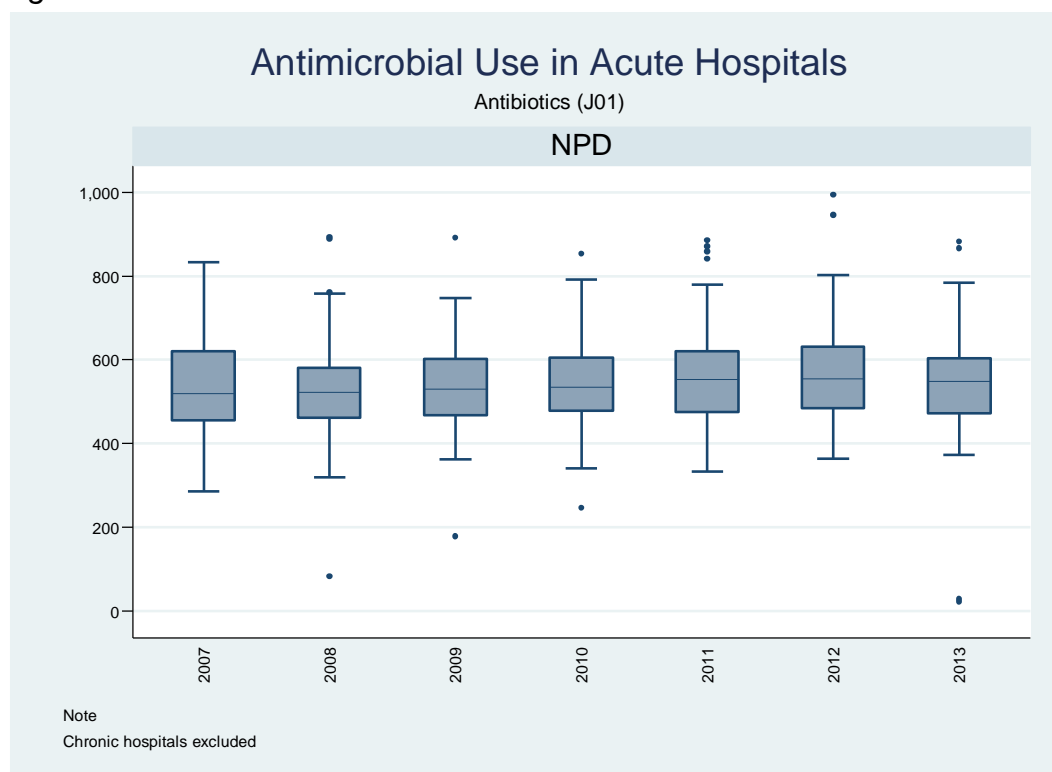
le nombre de DDD par paquet a augmenté pour l'amoxicilline (de 50%) et pour l'amoxicilline-acide clavulanique (de 70%). **Les chercheurs ont conclu que la consommation ambulatoire d'antibiotiques en Belgique a donc effectivement diminué étant donné que moins de personnes se sont vues prescrire des traitements antibiotiques, même si les doses prescrites ont été plus élevées.** Les chercheurs ont également constaté que sur la période de l'étude, la part de l'amoxicilline, l'antibiotique préconisé par les recommandations belges comme le traitement de premier choix de la majorité des infections des voies respiratoires, a augmenté par rapport à celle de l'amoxicilline-acide clavulanique. **Le coût total des remboursements pour les antibiotiques a également baissé de 21 millions d'euros (-16.7%) entre 2002-03 et 2008-09.**

Depuis 2006-2007, la consommation reste très stable même si elle reste élevée comparativement aux autres pays européens. En Belgique, on note surtout une consommation particulièrement élevée des quinolones.

- La consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux

La consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux a augmenté. Elle est passée de 518,9 DDD/1000 journées-patients en 2007 à 548,2 en 2013 (Figure 5).

Figure 5



DDD/1000 journées-patients	2007	2013
Combinaisons de pénicillines et d'inhibiteurs de la β -lactamase	203,2	204,6
Céphalosporines de 3 ^e génération	22,0	24,9
Céphalosporines de 4 ^e génération	9,1	4,0
Carbapénèmes	14,2	16,7
Quinolones	72,4	72,4
Vancomycine	6,1	6,4
Colistine	0,6	1,3

À l'automne 2011, 45 hôpitaux aigus belges ont participé à la première étude de prévalence ponctuelle européenne de l'ECDC, la Point Prevalence Survey on Health Care Associated Infections and Antibiotic Use. **Il est ressorti de cette étude, que 29 % des patients hospitalisés prenaient un antibiotique le jour de l'enquête.**

- La consommation d'antibiotiques dans les centres d'hébergement et de soins

Au niveau européen, deux études ont déjà été réalisées auxquelles ont chaque fois participé une centaine de centres d'hébergement et de soins belges : l'étude European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) nursing home en 2009 et l'étude Healthcare Associated infections in European Long Term care facilities (HALT) de l'ECDC en 2010. **Le premier volet de ces études avait pour objectif de déterminer la prévalence de l'utilisation de produits antimicrobiens dans les centres d'hébergement et de soins : dans les centres d'hébergement et de soins belges, ce pourcentage s'est élevé à 5,9 % dans l'étude ESAC et à 4,7 % dans l'étude HALT.** Les indications ayant donné lieu à la prescription d'antibiotiques ont également été analysées (les infections des voies urinaires et les infections des voies respiratoires représentaient plus de 80 % des indications) ainsi que les classes d'antibiotiques utilisées (nitrofuranes 30%, pénicillines 30% et quinolones 20%).

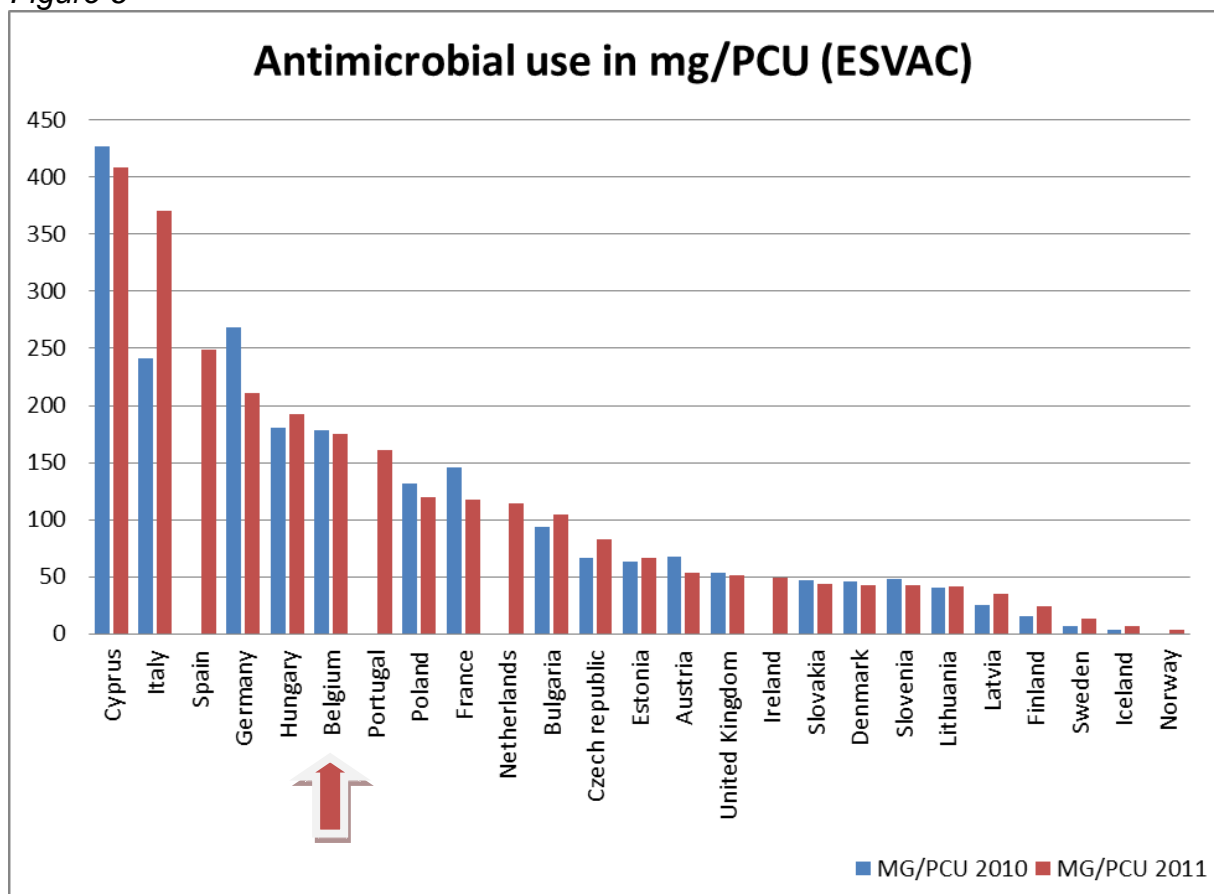
Une étude belge menée dans 60 centres d'hébergement et de soins en 2011 a fourni des chiffres comparables : 4,2 % des résidents prenaient un antibiotique au moment de l'enquête et 21 % des résidents avaient pris un antibiotique au cours des trois derniers mois.

- La consommation d'antibiotiques dans le secteur vétérinaire

Depuis 2009, la **Belgian Veterinary Surveillance of Antimicrobial Consumption (BeIVet-SAC)** rassemble les chiffres des ventes des produits pharmaceutiques antimicrobiens (via les grossistes-distributeurs) et des prémélanges antimicrobiens (via les fabricants de prémélanges antimicrobiens) à usage vétérinaire. **Sur la période de 2007 à 2013, la consommation de produits pharmaceutiques antimicrobiens a baissé de 154,1 à 102,7 mg de substance active par kg de biomasse. La consommation des prémélanges médicamenteux a néanmoins augmenté de 14,6 à 25,3 mg de substance active par kg de biomasse.**

Depuis 2009, dans le cadre de son projet baptisé **European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption (ESVAC)**, l'Agence européenne des médicaments (EMA) rassemble des données relatives à la consommation d'antibiotiques chez les animaux dans les différents États membres. **Les chiffres pour 2012 montrent que la consommation d'antibiotiques en Belgique est supérieure de 161 mg/PCU à celle enregistrée dans les états membres voisins** comme le Danemark (44 mg/PCU), le Royaume-Uni (66 mg/PCU), les Pays-Bas (75 mg/PCU) et la France (103 mg/PCU) (Figure 6). Seule l'Allemagne (205 mg/PCU) a une consommation plus élevée que la Belgique. Mais il convient de faire remarquer à cet égard que la composition du cheptel peut fortement varier entre les différents pays européens.

Figure 6



La consommation d'antibiotiques en pratique ambulatoire

Cette consommation a baissé de plus de 36 % par rapport à la période de 1999-2000.

Depuis 2006-2007 la consommation reste stable, mais à un niveau néanmoins élevé comparativement à celui enregistré dans les autres pays européens. En Belgique, on note surtout une consommation étonnamment élevée des quinolones.

La consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux

La consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux a augmenté de 5,6 % entre 2007 et 2013. Il ressort de l'étude de prévalence ponctuelle européenne, menée par

l'ECDC en 2011, que 29 % des patients hospitalisés prenaient un antibiotique le jour de l'enquête.

La consommation d'antibiotiques dans les centres d'hébergement et de soins

Trois études de prévalence ponctuelles (2009, 2010 et 2011) ont montré que 4 à 6 % des résidents des centres d'hébergement et de soins prenaient un antibiotique le jour de l'enquête.

La consommation d'antibiotiques dans le secteur vétérinaire

Sur la période de 2007 à 2013, la consommation des produits pharmaceutiques antimicrobiens a baissé de 33 %, mais la consommation des prémélanges médicamenteux a augmenté de 73 %.

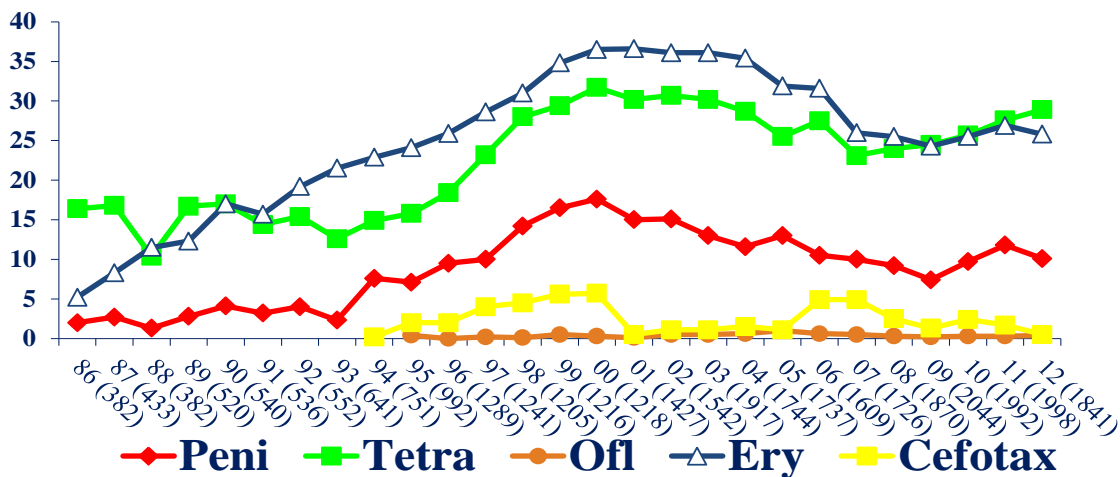
Les chiffres de 2011 montrent que la consommation d'antibiotiques en Belgique est plus élevée que celle enregistrée chez ses voisins.

RÉSISTANCE ANTIBACTÉRIENNE

- La résistance antibactérienne dans le secteur humain

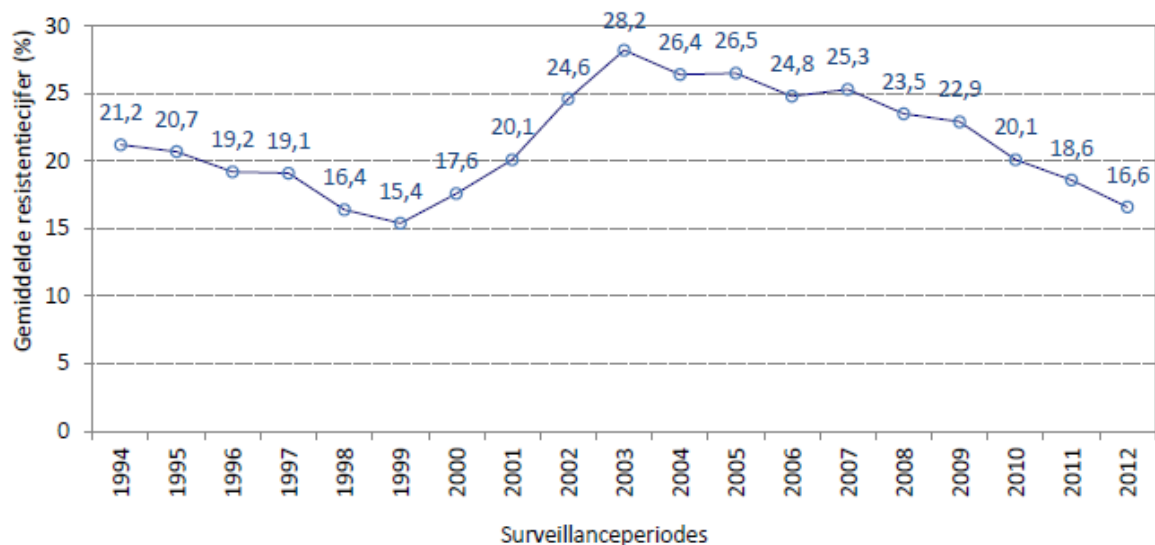
Après avoir enregistré une forte augmentation pendant de nombreuses années, la part des souches pneumococciques (*Streptococcus pneumoniae*) à sensibilité réduite à la pénicilline a enregistré une baisse de 17,6 % en 2000 à 10,1% en 2012 (Figure 7).

Figure 7



On constate également une évolution favorable dans les hôpitaux pour le *Staphylococcus aureus* (MRSA) résistant à la méthicilline. **Le chiffre de la résistance** – la part des souches résistantes à la méthicilline par rapport à l'ensemble des souches de *S. aureus* – a baissé de 28,2 % en 2003 à 16,6 % en 2012 (Figure 8).

Figure 8



Le rapport de l'OMS, “Antimicrobial resistance: Global report on surveillance”, contient également quelques données belges pour l'année 2011.

	Céphalosporines de 3 ^e génération	Quinolones	Carbapénèmes
<i>E. coli</i>	6%	21,5%	-
<i>K. pneumoniae</i>	13,6%	-	0,3%

Actuellement, ce sont principalement les bactéries Gram négatif qui posent le plus de problèmes en matière de multirésistance et l'ampleur de ce problème n'a fait qu'augmenter au cours de cette dernière décennie. Nous pensons dans ce cadre avant tout aux bactéries Gram négatif productrices d'ESBL ou de carbapénémases.

- La résistance antibactérienne dans le secteur vétérinaire

Depuis 2011, le **CERVA** procède, à la demande de l'**AFSCA**, à des tests de sensibilité sur un nombre représentatif d'isolats de *S. aureus*, *E. coli*, *Enterococcus* et *Salmonella* provenant de volailles, de bovins et de porcs.

Sur une période de trois ans (2011-2013) la prévalence des **MRSA** a été étudiée sur la volaille, les bovins et les porcs. **La prévalence la plus élevée a été celle enregistrée chez les porcs (64%), suivis des veaux de boucherie (48%), du bétail de boucherie (11%), des vaches laitières (10%), des poulets à rôti (6,5%) et des poules pondeuses (0,7%).**

En 2013, 41% des carcasses de volaille étaient porteuses d'*E.coli* productrices d'ESBL, ce qui représente une baisse par rapport à 2012 (52,5%).

Depuis 2004, l'**Agence de sécurité alimentaire européenne (European Food Safety Agency (EFSA))** rassemble des données sur la résistance des organismes zoonotiques et des germes indicateurs chez les animaux dans différents États membres.

Résistance de la bactérie commensale E. coli provenant de différentes espèces animales en Belgique en 2012 (comparée à la moyenne dans les autres États membres)

	Ampicilline	Cefotaxim	Tétracyclines	Ciprofloxacine
volaille	79,7% (52,7%)	28,0% (10,2%)	68,3% (44,9%)	79,7% (57,6%)
Porcs	48,3% (29,5%)	2,9% (1,4%)	61,5% (54,7%)	16,6% (7,5%)
Bovins¹	56,0% (24,5%)	8,8% (2,4%)	58,2% (30,6%)	33,8% (12,2%)

Résistance de la bactérie commensale E. faecium provenant de différentes espèces animales en Belgique en 2012

	Ampicilline	Gentamicine HLR	Vancomycine
--	-------------	-----------------	-------------

¹ La part du bétail laitier, du bétail de boucherie et du veau de boucherie est différente dans les différents pays qui ont rapporté leurs chiffres.

Volaille	38,9%	1,9%	0%
porcs	17,4%	1,7%	4,1%
bovins	6,9%	0%	1,7%

Résistance de Salmonella (tous les sérotypes) provenant des produits alimentaires d'origine animale en Belgique en 2012 (comparée à la moyenne dans les autres États membres)

	Ampicilline	Ciprofloxacine	Tétracyclines
Poulets à rôti	34,9% (19,9%)	39,5% (63,1%)	0% (48,9%)
Porcs	60,7% (47,5%)	1,1% (7,6%)	45,4% (49,2%)

Plusieurs études sur la résistance ont également été réalisées par le passé sur des isolats d'origine animale dans notre pays. Une étude de la faculté de médecine vétérinaire de l'UGent sur les poulets à rôti (Abrisk) a, par exemple, montré que plus de 40% des souches *E. coli* étaient résistantes aux céphalosporines. Une étude menée en 2007 sur 50 fermes d'élevage porcin a montré que 44% des porcs étaient porteurs de MRSA ST398 (MRSA associée à l'élevage).

Une étude récente montre qu'il existe une forte corrélation internationale entre la consommation de certains antibiotiques spécifiques en médecine vétérinaire et la résistance microbienne à ces antibiotiques dans les isolats commensaux d'*E. coli* chez les porcs, la volaille et les bovins.

La résistance antibactérienne dans le secteur humain

Au cours de la dernière décennie, on a noté une évolution favorable pour les pneumocoques et les MRSA.

Les bactéries Gram négatif multirésistantes (production d'ESBL et de carbapénémases) ont toutefois fortement progressé au cours des dix dernières années.

La résistance antibactérienne dans le secteur vétérinaire

La prévalence des MRSA est élevée chez les porcs et chez les veaux de boucherie. La prévalence d' *E. coli* productrice d'ESBL est également élevée dans les carcasses de volaille.

En Belgique, la résistance de la bactérie commensale *E.coli* provenant de la volaille, des porcs et des bovins est supérieure à la moyenne enregistrée dans les autres États membres.

LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS

- Les infections liées aux soins dans les hôpitaux

La surveillance des infections nosocomiales (NSIH) par l'ISP fournit de nombreuses informations sur l'incidence de ces infections dans les hôpitaux aigus belges.

MRSA (Figure 9)	L'incidence a baissé de 3,3 cas /1000 admissions en 2003 à 1,1 cas /1000 admissions en 2012.
<i>E. coli</i> ESBL+ (Figure 10)	L'incidence a augmenté de 2,3 cas/1000 admissions en 2005 à 4,9 cas/1000 admissions en 2012.
<i>K. pneumoniae</i> ESBL+ (Figure 11)	L'incidence a augmenté de 0,6 cas/1000 admissions en 2005 à 1.4 cas/1000 admissions en 2012.
CPE	En 2012 459 patients CPE-positifs ont été rapportés contre 197 sur le premier semestre de 2013.

Figure 9

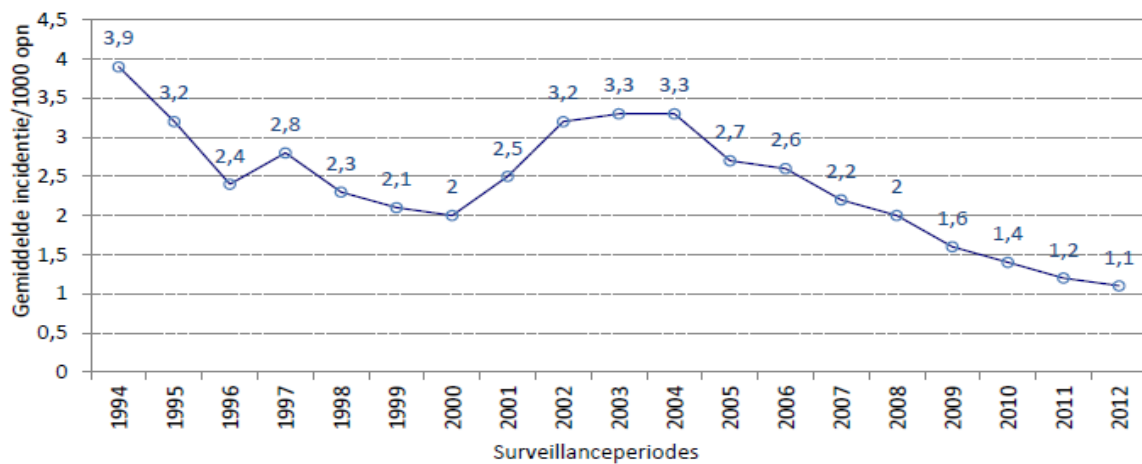


Figure 10

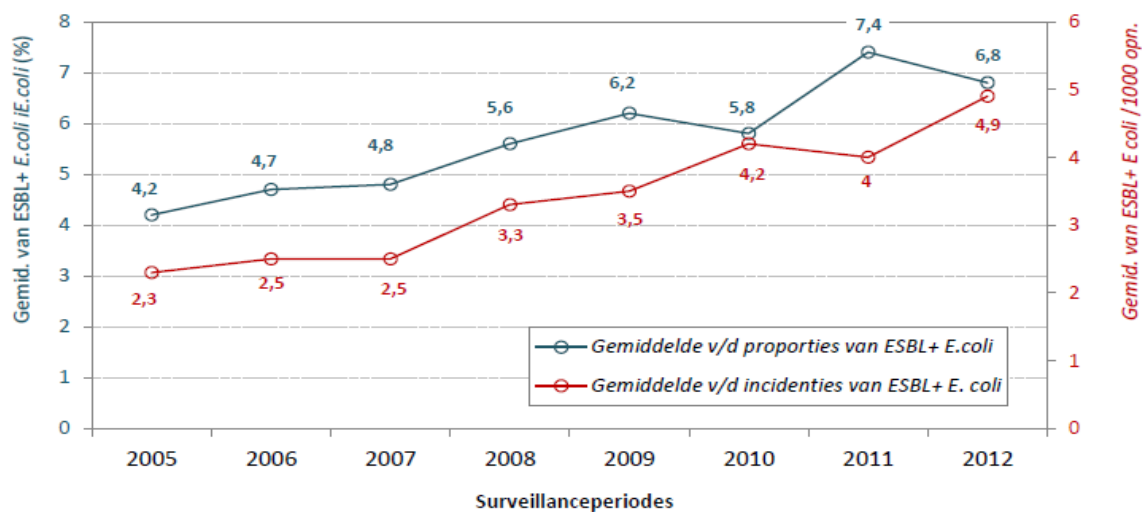
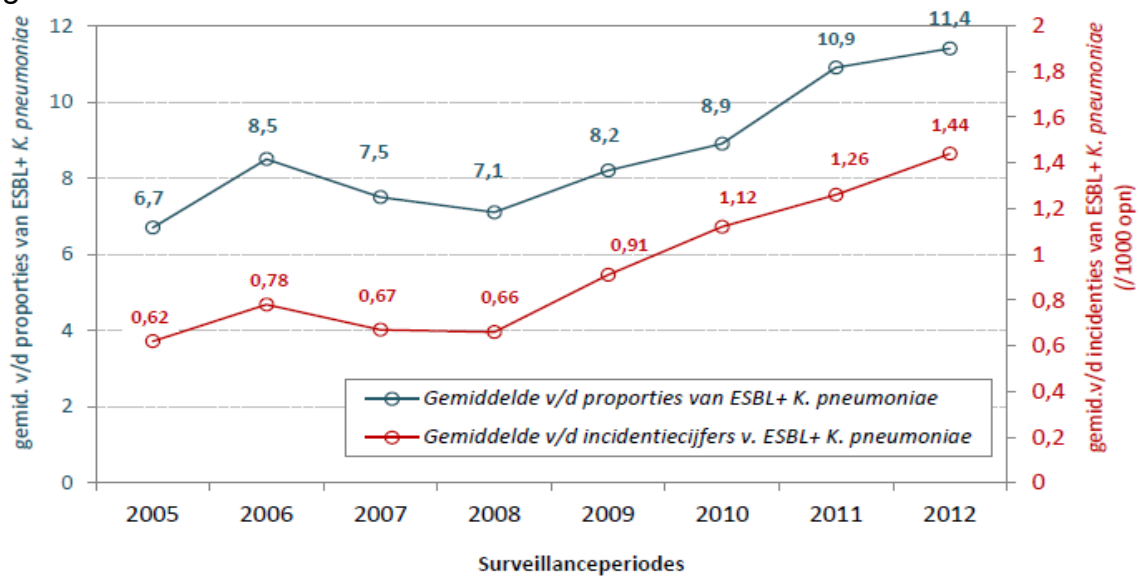


Figure 11



Comme on l'a déjà mentionné, 54 hôpitaux aigus belges ont participé à la première étude de prévalence ponctuelle européenne menée par l'ECDC. **Il est ressorti de cette étude que 7,2% des patients avaient une infection liée aux soins au moment de l'enquête.**

- Les infections nosocomiales dans les centres d'hébergement et de soins

Dans l'étude HALT citée plus haut, la prévalence moyenne des infections liées aux soins enregistrée dans les centres d'hébergement et de soins belges a été de 3,1%. Cette étude a aussi analysé le type d'infection; près de la moitié de ces infections étaient des infections des voies respiratoires.

Dans quelques centres d'hébergement et de soins belges, des prévalences de portage des MRSA de 3,8% en 2000 et de 4,9 % en 2001 ont été rapportées. En 2005 une étude menée par l'ISP et le CNR sur le *Staphylococcus aureus* dans 60 centres d'hébergement et de soins a montré que le portage des MRSA était monté à 19,0%. **Une étude similaire menée en 2011** (cette fois aussi avec le CNR pour ESBL ou le CNR pour *Enterobacteriaceae* productrices de carbapénémases et le CNR pour *Enterococci*) **dans 60 centres d'hébergement et de soins a montré que le portage des MRSA était redescendu à 12,2%. La même étude a aussi montré que 6,2% des résidents étaient porteurs de bactéries Gram négatif productrices d'ESBL.** Aucun résident n'était porteur de bactéries VRE.

Les infections liées aux soins dans les hôpitaux

Au cours de cette dernière décennie, on a noté une évolution favorable au niveau des MRSA. Les bactéries Gram négatif multirésistantes (productrices d'ESBL ou de carbapénémases) ont toutefois beaucoup progressé au cours de ces dix dernières années.

Une étude de prévalence ponctuelle européenne menée par l'ECDC en 2011 a montré que 7,2% des patients avaient une infection liée aux soins le jour de l'enquête.

Les infections nosocomiales dans les centres d'hébergement et de soins

L'étude HALT réalisée en 2010 a montré que 3,1% des résidents avaient une

infection liée aux soins le jour de l'enquête.

Une étude de 2011 a montré que 12,2% des résidents étaient porteurs de MRSA et que 6,2% étaient porteurs de bactéries Gram négatif productrices d'ESBL le jour de l'enquête.

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC)

- Création et objectif de la BAPCOC

La BAPCOC a été créée en 1999 par arrêté royal (AR du 26 avril 1999) et s'est vue attribuer les tâches spécifiques suivantes : 1) collecter toutes les informations disponibles concernant l'utilisation d'antibiotiques et la résistance aux antibiotiques; 2) publier des rapports relatifs à l'évolution de l'antibiorésistance et à l'utilisation d'antibiotiques; 3) informer et sensibiliser toutes les parties concernées en ce qui concerne l'évolution de l'antibiorésistance et les dangers d'une utilisation inadéquate des antibiotiques; 4) émettre des recommandations en rapport avec la détection et le suivi de la résistance aux antibiotiques chez les microorganismes, l'utilisation d'antibiotiques, les indications relatives à une utilisation prophylactique et thérapeutique des antibiotiques, l'évaluation et le suivi de l'utilisation des antibiotiques chez l'homme et les animaux, et les applications des recommandations internationales relatives à l'utilisation des antibiotiques chez l'homme et les animaux; et 5) élaborer des recommandations de recherche plus avant en ce qui concerne le développement et la diffusion de la résistance.

L'objectif premier de la BAPCOC est de stimuler l'utilisation justifiée des antibiotiques, aussi bien au niveau des indications de leur utilisation qu'au niveau du choix de l'antibiotique. Une consommation élevée d'antibiotiques est d'ailleurs généralement considérée comme le principal facteur d'augmentation de la résistance antibactérienne.

L'approche de la BAPCOC englobe aussi bien le secteur humain que le secteur vétérinaire.

En ce qui concerne la médecine humaine, cette approche vise aussi bien la pratique ambulatoire que les établissements de soins (hôpitaux et centres d'hébergement et de soins).

La promotion de l'hygiène hospitalière fait partie intégrante de l'approche de la BAPCOC.

- Composition et fonctionnement de la BAPCOC

Depuis sa création la BAPCOC peut faire appel à cinq groupes de travail multidisciplinaires composés d'experts scientifiques – Pratique ambulatoire, Médecine hospitalière, Plateforme fédérale pour l'hygiène des mains, Sensibilisation et Médecine vétérinaire. Les groupes de travail développent de nouvelles initiatives et accompagnent les projets en cours.

Le **secrétariat scientifique** (deux collaborateurs, 1,4 ETP) garantit la continuité et le bon déroulement des nombreux projets et initiatives. Le **bureau scientifique** (président et vice-président de la BAPCOC, présidents des groupes de travail, secrétariat scientifique et représentants de l'ISP et du CERVA) est responsable des décisions opérationnelles et de l'encadrement des différents groupes de travail. Enfin, la **réunion plénière**, rassemble autour de la table toutes les parties concernées – tant au sein des pouvoirs publics que parmi les établissements scientifiques – et fait surtout office de forum destiné à la circulation de l'information, à la collaboration et au dialogue.

Dans le cadre du “Plan stratégique national de lutte contre les MDRO (multidrug resistant organisms)”, depuis 2014, la BAPCOC prend également en charge la coordination de la **Commission nationale de lutte contre les MDRO (CNL-MDRO)**. **La BAPCOC travaille en étroite collaboration avec de nombreux partenaires en Belgique**, qu’il s’agisse d’autres institutions publiques comme le SPF SPSCA², l’AFMPS³, l’AFSCA⁴, l’Inami⁵, l’ISP⁶, le CERVA⁷ et le KCE⁸ ou d’associations scientifiques comme l’AMCRA⁹, la SBIMC¹⁰, la BICS¹¹ et l’APB¹². **Enfin, la BAPCOC participe aussi activement aux études et aux projets européens** et notamment à la Journée européenne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques (European Antibiotic Awareness Day (EAAD)) et à l’étude de prévalence ponctuelle sur les infections liées aux soins et à l’usage des antibiotiques dans les hôpitaux aigus menée par l’ECDC.

² Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

³ Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

⁴ Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire

⁵ Institut national d’assurance maladie-invalidité

⁶ Institut scientifique de santé publique

⁷ Centre d’étude et de recherches vétérinaires et agrochimiques

⁸ Centre fédéral d’expertise des soins de santé

⁹ Centre of Expertise on Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals

¹⁰ Société belge d’infectiologie et de microbiologie clinique

¹¹ Belgian Infection Control Society

¹² Association pharmaceutique belge

Plan stratégique national de lutte contre les MDRO

En 2012, la ministre Onkelinx a chargé l'ISP et la BAPCOC de créer une Task Force MDRO qui s'est vue confier la mission d'élaborer un 'Plan stratégique national de lutte contre les MDRO'. Un texte de consensus a ensuite été rédigé en tenant compte des remarques du Conseil Supérieur de la Santé (CSS). Après une concertation supplémentaire entre les experts du CCSS et les représentants de la Task Force MDRO, le texte de consensus retravaillé a été validé par le CSS. Au cours de la réunion du groupe de travail Intercabinets Maladies contagieuses, plusieurs modifications ont encore été apportées à la demande des cabinets pour finalement aboutir à un protocole d'accord définitif qui a été approuvé par le ministre fédéral et les ministres des régions et des communautés le 30 septembre 2013 et publié au *Moniteur belge* le 21 novembre 2013.

Ce protocole d'accord contient, entre autres, trois éléments novateurs:

- 1) la création d'un Comité technique pour la surveillance des MDRO (TC-MDRO) au sein de l'ISP ;**
- 2) la création d'une Commission nationale de lutte contre les MDRO (CNL-MDRO) au sein de la BAPCOC; et**
- 3) la création d'une Outbreak Support Team (OST).**

Le TC-MDRO se compose de l'ISP (NSIH) et des centres nationaux de référence pertinents sur le plan de la microbiologie humaine (CNR), et notamment le CNR pour le staphylocoque doré, le CNR pour le streptocoque pulmonaire invasif, le CNR pour les entérocoques, le CNR ESBL ou CNR pour entérobactéries productrices de carbapénémases, le CNR pour *Pseudomonas* et *Acinetobacter* résistants aux antibiotiques. Cette commission fait aussi appel à quelques experts de la BAPCOC, de la Belgian Infection Control Society (BICS) et de la Société belge d'infectiologie et de microbiologie clinique (SBIMC).

Pour optimiser l'évaluation des risques (risk assessment) relative aux MDRO et (la coordination de) la surveillance des MDRO, les missions suivantes ont été confiées au TC-MDRO:

- l'évaluation des risques liés tant à la manifestation de nouveaux MDRO qu'à l'évolution de MDRO déjà connus;
- le contrôle et l'optimisation des actions de surveillance existantes, ainsi que l'élaboration et l'implémentation de nouvelles actions de surveillance et études épidémiologiques/microbiologiques;
- l'analyse des résultats de ces actions de surveillance et études épidémiologiques/microbiologiques, et la supervision du feed-back et du rapportage de ces résultats;
- la formulation de conclusions, recommandations et propositions

Les conclusions, directives et propositions du TC-MDRO sont transmises aux ministres compétents, aux instances publiques concernées, à la CNL-MDRO et au collège du Conseil supérieur de la santé (pour avis).

Dans la **CNL-MDRO** siègent des représentants de la BAPCOC, de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), des inspections d'hygiène et des services de lutte contre les maladies infectieuses des entités fédérées, des

entités fédérées, de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) et des membres du TC-MDRO. Le cas échéant, la CNL-MDRO peut aussi faire appel à des experts externes.

Pour optimiser la coordination de la lutte contre les MDRO (risk management), la CNL-MDRO est chargée :

- de valider les conclusions du CTS-MDRO et de mettre en œuvre les propositions et recommandations du CTS-MDRO;
- de coordonner et de suivre les initiatives de ses membres dans la lutte contre les MDRO;
- de communiquer au sujet de la prise en charge des MDRO en Belgique.

La CNL-MDRO fait rapport de ses activités et des résultats de ses initiatives aux ministres compétents. Les propositions et recommandations qui dépassent les compétences et/ou les possibilités (financières) des membres de la CNL-MDRO sont soumises à la décision des ministres compétents par le biais de la Conférence interministérielle Santé publique.

L'OST est composée des inspections d'hygiène et des services de lutte contre les infections des entités fédérées et de l'ISP, le cas échéant assistés par des experts externes. **L'OST doit aider les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins confrontés à une épidémie d'infections liées aux soins (dus aux MDRO) dans leurs établissements.**

Le protocole d'accord mentionne également que les centres d'hébergement et de soins doivent développer une politique précise en matière d'infections liées aux soins. Dans ce cadre, les expériences accumulées lors des deux projets pilotes menés dans des centres d'hébergement et de soins pourront servir de fil conducteur.

Le protocole d'accord parle également de l'importance de poursuivre ou de répéter certaines initiatives plus anciennes, parmi lesquelles plusieurs initiatives mises en place par la BAPCOC, et notamment : 1) campagne de promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux ; 2) campagne de promotion de l'usage rationnel des antibiotiques ; 3) groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux ; 4) plateformes régionales et fédérales d'hygiène hospitalière ; et 5) Guide des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire.

Le protocole d'accord prévoit enfin qu'il faut implémenter le jeu d'indicateurs de qualité pour l'hygiène hospitalière et recommande que les protocoles de la « Surveillance des infections nosocomiales » soient adaptés aux avis récents de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière.

Plan stratégique national de lutte contre les MDRO

Le protocole d'accord prévoit :

- 1) la création d'un Comité technique pour la surveillance des MDRO (TC-MDRO) pour optimiser l'évaluation des risques (risk assessment) relatifs aux MDRO et (la coordination de) la surveillance des MDRO ;
- 2) la création d'une Commission nationale de lutte contre les MDRO (CNL-MDRO) pour optimiser la coordination de la lutte contre les MDRO (risk management) ; et

3) la création d'une Outbreak Support Team (OST) pour aider les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins confrontés à une épidémie d'infections liées aux soins (dues aux MDRO) dans leurs établissements.

Le protocole d'accord mentionne aussi que les centres d'hébergement et de soins doivent élaborer une politique précise en matière d'infections liées aux soins.

Enfin, le protocole souligne également l'importance de poursuivre ou de répéter certaines initiatives plus anciennes de la BAPCOC.

Groupe de travail Médecine hospitalière

Réalisations

1. Création de groupes de gestion de l'antibiothérapie dans les hôpitaux

Le 1/10/2002 un projet pilote a démarré un projet pilote dans lequel des groupes de gestion de l'antibiothérapie (GGA) ont été mis en place dans 36 hôpitaux de différentes tailles. Le GGA dépend du Comité médico-pharmaceutique et fait office d'organe consultatif au sein de l'hôpital en ce qui concerne l'usage rationnel des médicaments anti-infectieux et la maîtrise des germes résistants. Sur la base des résultats favorables du projet pilote, depuis le 1/07/2006, le financement a été majoré et 24 nouveaux hôpitaux ont été ajoutés au projet. Une deuxième augmentation du budget (au total 3,6 millions d'euros) intervenue le 1/07/2007 a finalement permis d'élargir le projet à tous les hôpitaux généraux et aux hôpitaux Sp et G isolés comptant minimum 150 lits. La composition et les missions des GGA ont été fixées dans les normes d'agrément des hôpitaux.

Chaque année, les GGA doivent rédiger un rapport d'activité destiné à permettre l'évaluation de leur fonctionnement sur la base d'indicateurs de qualité. Tous les deux ans, la BAPCOC donne un feed-back aux hôpitaux et les résultats de l'année de fonctionnement 2007 sont publiés dans le Journal of Antimicrobial Chemotherapy. Depuis 2007, les GGA ont mis sur pied de nombreuses activités : développement d'un formulaire des médicaments anti-infectieux; développement de directives thérapeutiques et prophylactiques en matière d'infections ; conseils aux cliniciens sur le traitement des infections ; élaboration d'une liste des antibiotiques dont l'usage exige un choix justifié ; promotion de la révision de l'antibiothérapie en fonction de la microbiologie et de l'évolution clinique du patient; surveillance de l'antibiothérapie par un membre du GGA ; promotion des traitements séquentiels (switch d'un traitement IV à un traitement PO). Les hôpitaux ont également analysé leur propre consommation d'antibiotiques et leurs propres chiffres de résistance. En 2011, on a également pu constater que les hôpitaux aigus qui ne participaient au projet que depuis 2007 avaient rattrapé le niveau des autres hôpitaux.

Pour soutenir cette initiative, tous les deux ans, une formation interuniversitaire de 'délégué à la gestion de l'antibiothérapie' est proposée. L'autre année, une journée d'étude nationale est organisée pour soutenir les GGA.

Fin 2013, les GGA ont été invités à effectuer un audit médical interne de l'antibioprophylaxie peropératoire. L'objectif était d'inciter les GGA à plus régulièrement organiser des audits et de les stimuler à réaliser des améliorations de la qualité dans leurs hôpitaux. Plus de 75 hôpitaux aigus (71,4%) ont volontairement participé à ce projet. Le 16 janvier, les résultats ont été présentés au cours d'un atelier. Par la suite, quatre thèmes relatifs à l'antibioprophylaxie peropératoire ont été traités de manière interactive en petits groupes.

2. Surveillance de la consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux

Un « Programme de surveillance pour l'usage systémique et gastro-intestinal de médicaments anti-infectieux » coordonné par l'ISP (NSIH) est en cours depuis 2008 dans les hôpitaux aigus belges. Les données sont fournies à l'ISP par les GGA.

3. Stimuler et faciliter la participation à des études (internationales)

Un bel exemple en est la première Étude de prévalence ponctuelle européenne de l'ECDC, la Point Prevalence Survey on Health Care Associated Infections and Antibiotic Use, effectuée en automne 2011 à laquelle ont volontairement participé 54 hôpitaux aigus belges.

4. Publication de recommandations de bonne pratique et d'avis

Deux recommandations de bonne pratique ont été élaborées : 1) Antibiothérapie de la pyélonéphrite aiguë acquise dans la communauté chez l'adulte immunocompétent hospitalisé. Ce type de recommandations représentent une aide décisionnelle pour les médecins dans le cadre des interventions diagnostiques et thérapeutiques les plus adaptées et les plus efficaces pour leurs patients.

À l'occasion de la récente émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (CPE), en collaboration avec la SBIMC, la BAPCOC a rédigé, un avis sur le traitement des infections dues aux CPE. À cette occasion, elle a, une fois de plus, lancé un appel à l'usage rationnel des antibiotiques dans les hôpitaux. Cet avis a été transmis aux hôpitaux.

Planning 2014-2019

Par analogie à l'Ecosse, le groupe de travail propose aux hôpitaux d'utiliser d'ici 2019 des **valeurs cibles explicites** pour **quatre indicateurs de qualité**:

- **le choix des antibiotiques thérapeutiques conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas;
- **la mention de l'indication de l'antibiothérapie dans le dossier médical** dans au moins 90 % des cas;
- **le choix de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas;
- **la durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas.

1. Optimiser le fonctionnement du groupe de travail

La **composition du groupe de travail** a récemment été refondue pour en rendre le fonctionnement plus transparent. Aujourd'hui, toutes les universités et toutes les associations scientifiques et organisations professionnelles pertinentes (BICS, SBIMC, VZA, AFPHB) sont représentées dans le groupe de travail. Cette nouvelle composition devrait mener à une **collaboration plus étroite entre les différents partenaires** mais il faudra aussi améliorer la collaboration avec les autres protagonistes (centre national de référence de microbiologie humaine, ISP, Inami, ...).

Une fois par an **des inspecteurs de la santé des régions et des communautés sont invités** pour être informés sur les projets du groupe de travail. Ce partage de l'information est utile dans le cadre du respect de la surveillance dans les hôpitaux.

Une **meilleure intégration entre la pratique hospitalière et la pratique ambulatoire** est également souhaitable.

2. Renforcer l'accompagnement des groupes de gestion de l'antibiothérapie: indicateurs de qualité, thèmes nationaux et audits internes

Étant donné que les hôpitaux aigus ont encore un niveau très élevé, le groupe de travail a choisi de désormais demander aux groupes de gestion de l'antibiothérapie (GGA) de rédiger **un rapport d'activité annuel succinct**.

Le groupe de travail a décidé, à partir de l'année prochaine, de reproduire une initiative écossaise couronnée de succès et de mettre en place dans les hôpitaux belges un processus de suivi à l'aide d'**indicateurs de qualité**. Les indicateurs de qualité choisis sont : 1) le choix des antibiotiques thérapeutiques conformément aux directives locales ; 2) la mention de l'indication de l'antibiothérapie dans le dossier médical ; 3) le choix de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales ; et 4) la durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales. L'idée consiste à procéder à une mesure de départ sous la forme d'une étude de prévalence ponctuelle et de suivre des indicateurs de qualité en se basant sur le prélèvement interne régulier d'échantillons au niveau des dossiers médicaux.

Le groupe de travail fera obligatoirement travailler les GGA des hôpitaux aigus sur des **thèmes nationaux** (p. ex. les PAC) qui font l'objet d'un tel consensus dans la littérature qu'ils sont importants pour une bonne politique antibiotique. Chaque thème sera développé sur deux ans selon les principes du cycle PDCA. Pour commencer, il y aura un audit interne (mesure de base) destiné à évaluer la situation existante. Ensuite, les hôpitaux disposeront de temps pour mettre en place des actions d'amélioration. Un deuxième audit réalisé l'année suivante servira à évaluer l'impact de ces actions d'amélioration. Des valeurs cibles quantitatives nationales seront attachées à ces thèmes. Le groupe de travail soutiendra les hôpitaux en élaborant une méthodologie, en leur proposant des instruments (de mesure) et en organisant des ateliers pour leur permettre d'échanger leurs expériences respectives. Les résultats nationaux des audits seront discutés avec les inspecteurs de la santé des régions et des communautés à une réunion du groupe de travail. En 2015, le premier cycle PDCA sur le thème 'l'antibioprophylaxie chirurgicale' sera clôturé.

Les hôpitaux chroniques doivent continuer à rédiger leur rapport d'activité annuel dans sa forme actuelle. Ils ne disposent pas des mêmes moyens que les hôpitaux aigus, mais seront également encouragés et soutenus pour participer volontairement aux audits nationaux et aux ateliers.

3. Renforcer la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de l'antibiorésistance dans les hôpitaux

La **fonction de surveillance de la consommation d'antibiotiques** par l'ISP doit encore être **élargie** pour en augmenter la facilité d'utilisation et permettre des comparaisons sensées entre les différents hôpitaux (benchmarking). Les chiffres de la consommation d'antibiotiques doivent être discutés et analysés tous les ans aussi bien au sein des GGA individuels qu'au sein du groupe de travail Médecine hospitalière en vue de la mise en place des actions d'amélioration nécessaires tant au niveau local qu'au niveau national (p. ex. passage d'un traitement parentéral à un traitement oral, usage correct et diminution du recours aux antibiotiques à large spectre). L'ISP doit aussi régulièrement rédiger des rapports sur la base de ces données.

Il est également souhaitable que ces **données soient couplées à d'autres sources de données comme le Résumé Clinique Minimum** pour donner une meilleure image de la consommation d'antibiotiques par code APR-DRG. Actuellement, seules les directions ont accès à ces données alors que le terrain devrait également pouvoir y avoir accès.

Les informations belges disponibles sur les profils de résistance doivent être centralisées. Il serait également utile de rassembler, outre les données des laboratoires hospitaliers, les données des laboratoires privés étant donné que ces dernières sont pertinentes pour l'étude du secteur ambulatoire. Il est donc recommandé d'instaurer une collaboration avec le groupe de travail Pratique ambulatoire. Les **centres nationaux de référence de microbiologie humaine (CNR)** pourraient jouer un rôle important à ce niveau. Les résultats des **tests de sensibilité** doivent toutefois être comparables entre les différents laboratoires et doivent donc pour cette raison **être testés et interprétés conformément à des normes nationales**. Ces directives doivent être élaborées par la **Commission Nationale Antibiotiques Nationale Antibiotica Commissie (NAC)**.

Le groupe de travail Médecine hospitalière est **représenté au Comité Technique de surveillance des Multi Drug Resistent Organisms (TC-MDRO)** par un biologiste clinique et un infectiologue.

4. Guide des antibiotiques pour les hôpitaux, recommandations et avis

Il faut développer un **Guide électronique des antibiotiques pour les hôpitaux** en collaboration avec la SBIMC. Lors des audits nationaux, ce guide servira de référence nationale.

En ce qui concerne les thèmes spécifiques en matière de politique antibiotique, il faut élaborer des **recommandations nationales ou avis**. Ces recommandations/avis peuvent être élaborés par un groupe de travail (p. ex. la borréliose de Lyme) ou développés dans le cadre d'ateliers et/ou de journées d'étude. Les recommandations peuvent être intégrées dans le guide des antibiotiques et être mises à disposition sur le site Web de la BAPCOC.

5. Accorder une plus grande attention à la politique antibiotique dans la formation de base, spécialisée et continue

La **formation interuniversitaire de 'délégué à la gestion de l'antibiothérapie'** et la **journée d'étude nationale** seront poursuivies.

Pendant la formation de base et la formation spécialisée, l'antibiothérapie doit être intégrée dans le cursus obligatoire. La BAPCOC doit stimuler les **facultés de médecine** des différentes universités à **promouvoir l'usage rationnel des antibiotiques** tant dans les cours magistraux que dans les travaux pratiques, p. ex. à l'aide du Guide des antibiotiques pour les hôpitaux). Dans ce cadre, une collaboration peut être mise en place avec le groupe de travail Pratique ambulatoire. La reconnaissance de **l'infectiologie et de la microbiologie médicale comme des titres professionnels particuliers** reste un point d'attention important en vue de l'organisation d'une bonne formation au niveau de la politique antibiotique. Cela permettrait, qui plus est, une harmonisation entre la situation belge et la situation européenne.

6. Stimuler et faciliter la participation à des études (internationales)

Le groupe de travail continuera à encourager les GGA à participer à des études internationales intéressantes et les soutiendra financièrement dans les limites des possibilités.

Groupe de travail Médecine hospitalière : valeurs cibles

1. **le choix des antibiotiques thérapeutiques conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas;
2. **la mention de l'indication de l'antibiothérapie dans le dossier médical** dans au moins 90 % des cas;
3. **le choix de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas;
4. **la durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux directives locales** dans au moins 90 % des cas.

Groupe de travail Médecine hospitalière : planning 2014-2019

1. *Optimiser le fonctionnement du groupe de travail*
2. *Renforcer l'accompagnement des groupes de gestion de l'antibiothérapie: indicateurs de qualité, thèmes nationaux et audits internes: rapport d'activité annuel, suivi d'indicateurs de qualité à l'aide d'études de prévalence ponctuelles et d'audits internes, développement de thèmes nationaux à l'aide des audits internes et d'ateliers*
3. *Renforcer la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de l'antibiorésistance dans les hôpitaux : élargir la fonctionnalité de la surveillance de la consommation d'antibiotiques, coupler les données de consommation à d'autres sources de données comme p. ex. le Résumé Clinique Minimum, rassembler les données de résistance au niveau national*
4. *Guide des antibiotiques pour les hôpitaux, directives et avis*
5. *Accorder une plus grande attention à la politique en matière d'antibiotiques dans la formation de base, spécialisée et continue : formation interuniversitaire de 'délégué à la gestion de l'antibiothérapie', journée nationale d'étude, titre professionnel particulier en infectiologie ou en microbiologie médicale*
6. *Stimuler et faciliter la participation à des études (internationales)*

Plateforme fédérale de maîtrise des infections

Réalisations

1. Soutien de la politique en matière de maîtrise des infections

Il y a une dizaine d'années, neuf plateformes régionales de collaboration en matière de maîtrise des infections ont été créées ; elles rassemblent, au niveau local, les différentes équipes de maîtrise des infections des hôpitaux aigus, chroniques et psychiatriques et stimulent ainsi l'échange de leurs expériences respectives et l'élaboration de projets communs. Une plateforme fédérale qui coordonne les plateformes régionales de maîtrise des infections a été créée au sein de la BAPCOC. Elle se compose de représentants des plateformes régionales.

La création de ces plateformes a de toute évidence été synonyme d'une dynamique supplémentaire dans le domaine de la maîtrise des infections. Ces plateformes constituent les canaux idéaux d'une communication rapide des informations entre les instances publiques et le terrain et cela, dans les deux sens. Elles favorisent aussi la réalisation et la coordination des initiatives ; c'est ainsi que la mobilisation des équipes de maîtrise des infections via les plateformes régionales a sans aucun doute contribué aux chiffres de participation très élevés aux campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains et à l'étude de prévalence ponctuelle européenne sur les infections liées aux soins et la consommation d'antibiotiques.

2. Adaptation des normes d'agrément et financement dans le domaine de la maîtrise des infections

En 2004, la plateforme fédérale a transmis au ministre son '*Plan stratégique relatif à la réorganisation de l'hygiène hospitalière dans les établissements belges*'. En 2007, les propositions ont été transposées en nouvelles normes d'agrément et le financement de la maîtrise des infections dans les hôpitaux aigus et chroniques a été majoré d'au moins 150 lits Sp et /ou G.

En 2007, la plateforme fédérale a également soumis au ministre une '*Proposition d'occupation minimale des équipes d'hygiène hospitalière dans les hôpitaux spécialisés, gériatriques et psychiatriques*'. Trois ans plus tard, le financement de la maîtrise des infections dans les petits hôpitaux chroniques a également été revu à la hausse.

3. Adaptation de la surveillance des infections liées aux soins

En 2007, la participation à la surveillance des infections liées aux soins coordonnée par l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP) a été rendue obligatoire pour les hôpitaux aigus et les hôpitaux chroniques comptant au moins 150 lits Sp et /ou G. À l'époque, les protocoles proposés ont aussi été élargis. Dans sa forme actuelle, la surveillance est obligatoire pour les MRSA et *Clostridium difficile* et, au choix pour un des protocoles suivants : pneumonies et bactériémies dans les unités de soins intensifs ; septicémies dans l'ensemble de l'hôpital ; infections des plaies opératoires ; ou entérobactéries multirésistantes. En 2012, la plateforme fédérale a transmis un avis au ministre dans lequel elle propose d'obliger les hôpitaux aigus à participer aux protocoles MRSA, septicémies dans l'ensemble de l'hôpital, bactéries

Gram négatif multirésistantes et, au choix, à un des protocoles suivants : *Clostridium difficile*; VRE; pneumonies et bactériémies dans les unités de soins intensifs ; ou infections des plaies opératoires.

4. Développement d'un jeu d'indicateurs de qualité en matière de maîtrise des infections

Sous la coordination de l'ISP, un groupe de travail de la plateforme fédérale a développé un jeu d'indicateurs de qualité. Cette proposition a été soumise à tous les hygiénistes hospitaliers via les plateformes régionales et ensuite transmise au ministre en 2012, après validation par la plateforme fédérale. En 2014, le jeu a été implémenté dans les hôpitaux aigus.

5. Campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains

Sur la période entre 2005 et 2013, cinq campagnes de promotion de l'hygiène des mains ont été menées dans les hôpitaux aigus, chroniques et psychiatriques. Il est de notoriété que l'hygiène des mains constitue la principale mesure de prévention de la transmission de microorganismes entre les patients, les prestataires de soins et l'environnement hospitalier. Ces campagnes s'adressaient non seulement aux prestataires de soins mais aussi aux patients hospitalisés par le truchement de la sensibilisation des prestataires de soins. Ce sont les équipes de maîtrise des infections des hôpitaux qui participent aux campagnes qui décident directement de l'utilisation du matériel promotionnel mis à leur disposition et qui mesurent le respect des prescriptions en matière d'hygiène des mains (observance) par l'observation directe sur le terrain avant et après la période de sensibilisation.

Malgré le caractère volontaire des campagnes, les chiffres de participation ont été excellents : plus de 90% des hôpitaux aigus, 2/3 des hôpitaux chroniques et 2/3 des hôpitaux psychiatriques ont participé à ces campagnes. À chaque nouvelle campagne, l'observance a augmenté (moyenne nationale) de 11% à 19%. L'observance avant la campagne avait déjà augmenté au fil des ans, de 49,6% avant la première campagne à 64,1% avant la cinquième campagne (+14,5%) et l'observance post-campagne a, quant à elle, évolué de 68,6% après la première campagne à 75,8% après la cinquième campagne (+7.2%). Nous pouvons donc parler d'un effet positif durable. Les résultats des quatre premières campagnes ont été publiés dans Eurosurveillance.

6. Promouvoir la maîtrise des infections dans les centres d'hébergement et de soins

À terme, les centres d'hébergement et de soins devront disposer chacun des fonctions/structures, de l'expertise et du financement nécessaires à la réalisation de la maîtrise des infections dans leur établissement. Pour stimuler cette évolution, la plateforme fédérale a élaboré la '*Proposition d'initiative législative pour la maîtrise des infections liées aux soins dans les maisons de repos et de soins (MRS) et les maisons de repos (MR)*'. Dans cette proposition, les instances suivantes sont chargées de la politique en matière d'infections liées aux soins : médecin conseil coordinateur (MCC), personnel infirmier en matière de maîtrise des infections et comité de maîtrise des infections liées aux soins. Ensemble, le MCC et l'infirmier chargé de la politique en matière des infections liées aux soins forment une équipe et sont responsables des aspects quotidiens de la politique en matière des infections

liées aux soins. Les missions suivantes leur ont été confiées : l'implémentation et le contrôle des mesures de prévention, la formation du personnel en matière de maîtrise des infections, l'enregistrement/la surveillance des infections liées aux soins, la politique épidémiologique, antibiotique (formulaire et recommandations) et de vaccination, le développement d'initiatives de promotion continue de la qualité et la communication avec d'autres institutions et prestataires de soins. Le **comité de politique en matière d'infections liées aux soins** est chargé du bon fonctionnement de la politique en matière d'infections liées aux soins à long terme et endosse le rôle de plateforme de concertation entre les différentes instances concernées.

La faisabilité de cette proposition a été évaluée entre janvier 2010 et juillet 2011 dans le cadre d'une étude pilote à laquelle ont participé 4 consortiums (composé chacun d'un hôpital coordinateur et de plusieurs centres d'hébergement et de soins). En 2014, l'étude pilote a été poursuivie avec six consortiums et des objectifs précis ont été formulés : optimiser la collaboration avec les médecins généralistes, mettre en place un système d'enregistrement des infections liées aux soins dues à des germes résistants, développer un jeu d'indicateurs de qualité et proposer une méthodologie et un instrument d'audit interne.

Deux études du même type avaient déjà été réalisées en 2005 et en 2011 auprès des résidents de 60 MRS sur le portage des MDRO (MRSA, bactéries Gram négatif productrices d'ESBL et VRE).

7. Stimuler et faciliter la participation à des études (internationales)

Un bel exemple en est la première étude de prévalence ponctuelle européenne de l'ECDC, la Point Prevalence Survey on Health Care Associated Infections and Antibiotic Use, menée à l'automne 2011 à laquelle ont volontairement participé 54 hôpitaux belges.

Planning 2014-2019

1. Travailler sur de grands thèmes

Désormais, chaque thème spécifique choisi fera l'objet d'une attention particulière pendant une certaine durée. Ce thème devra revêtir une pertinence particulière, par exemple en raison du nombre élevé d'infections liées aux soins, de son incidence dans les différents types d'établissements de soins, de la difficulté de la problématique, d'un lien avec la politique antibiotique, etc. **Pour les cinq prochaines années, deux thèmes pertinents ont été choisis par les plateformes régionales.**

Avec de très nombreux partenaires (voir ci-dessous), la plateforme fédérale coordonnera des actions axées sur la thématique choisie. **Dans le contexte d'un cycle PDCA, tous les hôpitaux (et les centres d'hébergement et de soins) seront stimulés à mettre en place des actions d'amélioration concrètes et à évaluer l'impact. L'évaluation se fera sur la base d'indicateurs qui seront liés à des valeurs cibles nationales.** Les hôpitaux seront soutenus par des recommandations, des symposiums, des ateliers et une formation ainsi qu'une surveillance, une étude de prévalence ponctuelle et des audits internes, des projets nationaux d'amélioration (p. ex. des faisceaux de soins, des campagnes) et la recherche.

2. Renforcer la collaboration entre toutes les instances pertinentes

Toutes les instances qui jouent un rôle dans la maîtrise des infections sont prêtes à renforcer la coordination et la collaboration mutuelles. Cette collaboration renforcée sera centrée sur les grands thèmes. **Chaque instance endossera un rôle dans le cadre du travail sur le thème principal et ses activités seront coordonnées par la plateforme fédérale.**

La Conseil supérieur de la santé reverra les directives existantes ou élaborera de nouvelles directives sur le thème choisi. Les associations scientifiques (BICS), les organisations professionnelles (NVKVV et ABIHH) et le TC-MDRO pourront fournir des experts et le contenu des directives proposées pourra être évalué. Grâce à la mobilisation des équipes de maîtrise des infections via les plateformes régionales, la faisabilité de ces directives pourra aussi être testée dans la pratique.

Les associations scientifiques et les organisations professionnelles pourront aussi endosser un rôle didactique en organisant des symposiums scientifiques sur le thème choisi. La plateforme fédérale pourra se servir du format des ateliers pour fournir des explications sur son projet national d'amélioration et demander aux équipes de maîtrise des infections de partager leurs expériences respectives.

En ce qui concerne la surveillance, les études de prévalence ponctuelles et les audits internes, l'ISP et le TC-MDRO sont les partenaires idéaux. Ces mêmes partenaires sont également bien placés en ce qui concerne la recherche, mais les plateformes régionales et le BICS ont également déjà réalisé des enquêtes et des études utiles.

Les inspecteurs de la santé des entités fédérées doivent être étroitement impliqués dans les projets pour garantir la bonne coordination entre les différentes autorités. Ils sont également investis d'un rôle important de diffusion de l'information aux travailleurs de la santé et ils surveillent les maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

Avec l'aide de tous ces partenaires, la plateforme fédérale pourra mettre sur pied un projet national d'amélioration dans lequel des instruments (p. ex. des faisceaux de soins, des campagnes) pourront être proposés aux hôpitaux pour leur permettre de mener des actions concrètes sur le terrain.

3. Nouvelle vision d'avenir sur la maîtrise des infections dans les hôpitaux aigus

Dix ans après la formulation d'une vision d'avenir sur la maîtrise des infections par la plateforme fédérale, il est opportun de faire un bilan de la situation et de dresser la liste des réussites et des points faibles ainsi que de décider d'une orientation pour les prochaines années. La demande d'un nouveau mode de financement des hôpitaux peut offrir l'opportunité de faire de la maîtrise des infections, un pilier de la qualité des soins et de lui consacrer l'attention et les moyens qu'elle mérite.

4. Campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains

Ces campagnes seront aussi répétées tous les deux ans à l'avenir. Chacune d'elles abordera un aspect bien précis. Pour l'édition 2014-2015, l'accent sera mis sur l'empowerment du patient et plus précisément encore sur la participation du patient en tant que facteur de motivation de l'application correcte des mesures d'hygiène des mains par les prestataires de soins.

5. Promouvoir la maîtrise des infections en dehors des hôpitaux aigus

Les infections liées aux soins à tous les échelons de la chaîne des soins, non seulement dans les hôpitaux aigus, mais aussi dans les autres types d'hôpitaux, les autres établissements de soins et dans l'environnement ambulatoire. Pour arriver à une réduction permanente du nombre des infections liées aux soins il faut que la lutte soit menée à tous ces niveaux étant donné les transferts continus des patients entre les différents maillons de la chaîne des soins. **Une politique en matière de maîtrise des infections est nécessaire dans chacun de ces différents environnements et elle doit prévoir les structures, l'expertise et les moyens (financiers) nécessaires en fonction des possibilités et des défis spécifiques de chaque environnement.** Au cours de l'atelier du 19 septembre 2014, une réflexion a déjà démarré sur les hôpitaux psychiatriques et les centres d'hébergement et de soins.

6. Optimisation du fonctionnement des plateformes

Il faut optimiser le fonctionnement des plateformes régionales et de la plateforme fédérale. L'amélioration de la collaboration et de l'échange des informations (p. ex. site Web, atelier annuel) entre les différentes plateformes constitue un point important dans ce cadre.

Plateforme fédérale Hygiène hospitalière : planning 2014-2019

1. *Travailler sur de grands thèmes* : élaborer un thème national dans le domaine de/sur la base de directives ; symposiums, ateliers et formation ; surveillance, études de prévalence ponctuelles et audits internes; projets nationaux d'amélioration (p. ex. des faisceaux de soins, des campagnes); et la recherche.
2. *Renforcer la collaboration entre toutes les instances pertinentes* : chaque instance endossera un rôle dans le cadre du travail sur le thème principal et ses activités seront coordonnées par la plateforme fédérale.
3. *Nouvelle vision d'avenir sur la maîtrise des infections dans les hôpitaux aigus*
4. *Campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains*
5. *Promouvoir la maîtrise des infections en dehors des hôpitaux aigus*
6. *Optimisation du fonctionnement des plateformes*

Groupe de travail Pratique ambulatoire

Réalisations

1. Publication de recommandations de bonne pratique

Sept recommandations de bonne pratique ont déjà été élaborées : 1) Maux de gorge aigus; 2) Cystite aiguë chez la femme ; 3) Otite moyenne aiguë ; 4) Rhinosinusite aiguë; 5) Infection aiguë des voies respiratoires inférieures chez l'adulte ; 6) Exacerbations aiguës de BPCO et 7) Gastro-entérite aiguë. Ces recommandations aident les médecins à prendre des décisions concernant les interventions diagnostiques et thérapeutiques les plus appropriées et les plus efficaces pour leurs patients.

2. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire

Ce guide sert de fil conducteur dans le choix du traitement des infections auxquelles les médecins généralistes et les médecins spécialistes sont fréquemment confrontés en pratique ambulatoire. Tout comme les recommandations de bonne pratique, ce guide contribue à améliorer l'utilisation des antibiotiques. En 2013, la troisième édition de ce guide a été distribuée gratuitement aux médecins généralistes, aux pédiatres et aux pneumologues.

Planning 2014-2019

Par analogie avec plusieurs autres pays européens, le groupe de travail **a fixé trois objectifs liés à des valeurs cibles explicites** pour la pratique ambulatoire :

- **une diminution de la consommation totale d'antibiotiques** qui représente aujourd'hui plus de 800 prescriptions par 1000 habitants par an à 600 prescriptions d'ici 2020 et 400 prescriptions d'ici 2025;
- **une diminution de la consommation des quinolones** qui représente aujourd'hui environ 10 % de la consommation totale d'antibiotiques à 5 % d'ici 2018 ; et
- **une augmentation du rapport entre l'amoxicilline versus l'amoxicilline-acide clavulanique** qui est aujourd'hui d'environ 50/50 à 80/20 d'ici 2018.

1. Accorder une plus grande attention à la politique antibiotique dans la formation de base, la formation spécialisée et la formation continue

Pendant la formation de base, l'antibiothérapie doit bénéficier de l'attention nécessaire dans le cadre du cursus obligatoire. La BAPCOC doit **stimuler les facultés de médecine** des différentes universités à **promouvoir l'usage rationnel des antibiotiques** tant dans les cours magistraux que dans les travaux pratiques (p. ex. à l'aide du Guide des antibiotiques pour les hôpitaux). Dans ce cadre, une collaboration peut être mise en place avec le groupe de travail Médecine hospitalière. La recherche internationale (**GRACE INTRO**) a montré que la proposition d'une **formation en ligne sur la communication aux médecins généralistes et la mise à leur disposition d'un matériel interactif d'information**

du patient permettaient de réduire de manière significative et rentable la prescription d'antibiotiques dans le cadre des infections des voies respiratoires chez les adultes. La BAPCOC veut **mettre cette intervention en œuvre en Belgique** et l'a inscrite au programme des futures campagnes de promotion de l'usage rationnel des antibiotiques du groupe de travail Sensibilisation. À terme, notre objectif est aussi d'élargir cette intervention à l'usage d'autres antibiotiques utilisés dans le traitement d'autres maladies infectieuses et chez les enfants.

Un projet pilote peut être mis en place dans lequel un médecin peut endosser le rôle de **délégué local aux antibiotiques** dans le cadre d'un **GLEM**. Ce médecin sera formé aux différents aspects de la politique en matière d'usage des antibiotiques (indications, choix, recommandations, communication avec le patient). Sur la base d'une **analyse annuelle du comportement prescripteur du GLEM** il pourra informer le groupe du comportement prescripteur correct, encourager un changement au niveau du comportement prescripteur des membres du GLEM et expliquer comment faire. Idéalement, chaque GLEM devrait, à son niveau et de façon autonome, fixer des objectifs réalistes et définir une stratégie pour les atteindre. La réalisation des objectifs pourrait ensuite les motiver à poursuivre sur la voie engagée. La BAPCOC peut soutenir l'ensemble de ce processus, en collaboration avec l'Inami.

2. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire

Ce guide sera **régulièrement actualisé**. L'objectif est de mettre à disposition, en plus de sa version papier, également une **version électronique** conviviale. Notre objectif est aussi d'**intégrer les informations de ce guide dans les dossiers médicaux électroniques** dans le cadre de l'EBM Practice Net.

3. Renforcer la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de la résistance aux antibiotiques en pratique ambulatoire

Nous disposons, grâce à l'**Atlas de l'IMA** (<http://atlas.ima-aim.be>) de données actualisées annuellement sur la **consommation totale d'antibiotiques en pratique ambulatoire** en Belgique sur la base de différents critères d'évaluation pertinents ainsi que sur **l'usage (proportionnel) de certains antibiotiques (classes d'antibiotiques)**, par exemple les quinolones. Ces informations sont disponibles pour différentes catégories d'âge, mais elles ne sont pas liées à l'indication (diagnostic).

Bien que cela représente un défi important, le fait de disposer de **données relatives à la consommation d'antibiotiques liées aux diagnostics** pourrait fournir des informations pertinentes pour le développement des interventions. Actuellement, la Flandre dispose de ce type de données via **Intego** (www.intego.be) pour un échantillon de 1% des médecins généralistes flamands. Ces données devraient être rendues disponibles à plus grande échelle via les données enregistrées dans les **postes de garde de médecine générale** (www.icaredata.eu). À ce niveau, il faut explorer un maximum d'autres sources de données permettant de se faire une meilleure idée des indications de prescription d'antibiotiques.

Les informations belges disponibles sur les profils de résistance doivent être centralisées. Il serait également utile de rassembler, outre les données des laboratoires hospitaliers, les données des laboratoires privés étant donné que ces

dernières sont pertinentes pour l'étude du secteur ambulatoire. Il est donc recommandé d'instaurer une collaboration avec le groupe de travail Pratique ambulatoire. Les **centres nationaux de référence de microbiologie humaine** (CNR) pourraient jouer un rôle important à ce niveau. Les résultats des **tests de sensibilité** doivent toutefois être comparables entre les différents laboratoires et doivent donc pour cette raison **être testés et interprétés conformément à des normes nationales**. Ces directives doivent être élaborées par la **Commission Nationale Antibiotiques Nationale Antibiotica Commissie (NAC)**.

En ce qui concerne la surveillance citée plus haut, il faut toutefois tenir compte du fait qu'en pratique ambulatoire on ne fait pas systématiquement de prélèvements pour une mise en culture. Cela reste souvent limité aux cas qui posent des problèmes en termes de traitement et de ce fait, ces données peuvent être biaisées. Dans son récent rapport intitulé "Antimicrobial resistance: Global report on surveillance", l'OMS le pointe d'ailleurs : "*Community-acquired infections are almost certainly underrepresented among samples.*" Pour valider les données des laboratoires et se faire une idée des pathogènes responsables des infections (et de leurs profils de résistance) pour lesquelles on fait peu de frottis et de cultures, on peut mettre sur pied des **études dans lesquelles les médecins généralistes** (p. ex. via les pratiques vigies) prélèveraient pendant un certain temps **un échantillon pour mise en culture chez tous leurs patients infectés**. Dans le cadre de ce type d'étude on peut aussi prélever des échantillons de dépistage chez les patients qui ne sont pas infectés pour déterminer la **prévalence du portage des MDRO dans la communauté**.

Nous devons renforcer nos efforts pour **coupler les données** relatives à la consommation d'antibiotiques et la résistance aux antibiotiques en pratique ambulatoire **au niveau des médecins généralistes** et des autres médecins ayant une pratique ambulatoire.

4. Aborder de nouveaux groupes cibles et organiser une concertation avec l'industrie pharmaceutique

Les **dentistes** aussi prescrivent des antibiotiques **et les services des urgences des hôpitaux** sont des ponts entre la pratique ambulatoire et les hôpitaux. Jusqu'à présent, ils ne sont pas intégrés dans le groupe cible des actions de sensibilisation et d'intervention. En ce qui concerne les urgences, il est recommandé de mettre en place une collaboration avec le groupe de travail Médecine hospitalière.

Les patients qui souffrent de maladies chroniques font souvent appel aux soins à domicile et aux soins hospitaliers. L'utilisation de ces différents environnements favorise le transfert des infections liées aux soins entre la communauté et l'hôpital. Des recommandations en matière de soins à domicile pourraient permettre de diminuer le risque de prolifération des bactéries (nosocomiales) dans la communauté.

Nous espérons que la concertation avec l'**industrie pharmaceutique** pourra mener à des **accords en matière de publicité et de marketing des antibiotiques**.

5. Contrôle et réglementation

Si les interventions reprises ci-dessus ne donnent pas les résultats escomptés, il faudra examiner l'option du **contrôle et de la réglementation**. Parmi les pistes possibles, nous citerons **la subordination de la prescription de certains antibiotiques (classes d'antibiotiques) à certaines conditions** ou encore le contrôle a posteriori des '**outliers**' qui prescrivent nettement plus d'antibiotiques que leurs collègues. Cela suppose bien sûr que l'Inami prenne des initiatives en ce sens.

6. Recherche

Parmi les sujets d'étude potentiels on trouve entre autres l'étude des raisons pour lesquelles la consommation ambulatoire d'antibiotiques ne continue pas à baisser et le lien entre l'utilisation de certains antibiotiques (classes d'antibiotiques) et l'incidence de certaines infections (p. ex. les quinolones et les infections à *C. difficile*).

Groupe de travail pratique ambulatoire : valeurs cibles

1. une **diminution de la consommation totale d'antibiotiques** qui représente aujourd'hui plus de 800 prescriptions par 1000 habitants parents à 600 prescriptions d'ici 2020 et 400 prescriptions d'ici 2025;
2. une **diminution de la consommation des quinolones** qui représente aujourd'hui environ 10 % de la consommation totale d'antibiotiques à 5 % d'ici 2018 ; et
3. une **augmentation du rapport entre l'amoxicilline versus l'amoxicilline-acide clavulanique** qui est aujourd'hui d'environ 50/50 à 80/20 d'ici 2018.

Groupe de travail pratique ambulatoire : planning 2014-2019

1. *Accorder une plus grande attention à la politique en matière d'usage des antibiotiques dans la formation de base, la formation spécialisée et la formation continue : formation en ligne sur la communication relative à l'utilisation d'antibiotiques dans les infections des voies respiratoires; délégués locaux à la gestion des antibiotiques dans les GLEM*
2. *Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire : développement d'une version électronique, intégration dans le dossier médical électronique*
3. *Renforcer la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de la résistance aux antibiotiques en pratique ambulatoire : coupler les données de consommation aux indications, rassembler les données sur la résistance au niveau national, coupler les données de consommation et de résistance avec les médecins généralistes, mener des études auprès des médecins généralistes pour se faire une idée des pathogènes responsables de certaines infections et de leurs profils de résistance, mener des études auprès des médecins généralistes pour déterminer la prévalence du portage des MDRO dans la communauté*
4. *Aborder de nouveaux groupes cibles (dentistes, médecins urgentistes, infirmières à domicile) et organiser une concertation avec l'industrie pharmaceutique*
5. *Contrôle et réglementation : subordonner la prescription de certains antibiotiques (classes d'antibiotiques) à des conditions, contrôle des 'outliers'*
6. *Recherche*

Réalisations

1. Campagnes de promotion de l'usage rationnel des antibiotiques

Treize campagnes multimédias ont déjà été organisées depuis l'hiver 2000-01. Ces campagnes sont destinées à sensibiliser aussi bien les médecins que les pharmaciens ou encore la population à l'usage rationnel des antibiotiques.

Les trois premières campagnes (hivers 2000-01, 2001-02 et 2002-03) ont été placées sous le slogan 'Les antibiotiques moins souvent et mieux'. Les quatre campagnes suivantes (hivers 2004-05, 2005-06, 2006-07 et 2007-08) ont été placées sous un autre slogan : 'Les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe, le rhume ou la bronchite aiguë'. Les six dernières campagnes (hivers 2008-09, 2009-10, 2010-11, 2011-12, 2012-13 et 2013-14) ont gardé le même slogan mais le matériel utilisé a été « relooké ».

Depuis l'introduction de la Journée européenne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques (European Antibiotic Awareness Day (EAAD)) organisée par l'ECDC en 2008, la campagne s'articule autour de deux moments : l'EAAD le 18 novembre et ensuite au moment de l'épidémie de grippe. Des spots grand public sont alors diffusés à la télévision pour attirer l'attention sur le fait que les antibiotiques ne doivent être utilisés que s'ils sont vraiment nécessaires. Le téléspectateur est aussi invité à parler avec son médecin ou avec son pharmacien de l'utilité d'un traitement antibiotique. Des brochures destinées aux patients et une affiche à placer dans les salles d'attente des médecins ou dans les pharmacies aident les médecins généralistes, les pédiatres et les pharmaciens à fournir des informations correctes à leurs patients. Tant la population que les médecins et les pharmaciens peuvent trouver de plus amples informations sur les campagnes et le matériel utilisé lors de celles-ci à l'adresse www.usagecorrectantibiotiques.be. Les intéressés peuvent également y commander une brochure d'information gratuite plus détaillée sur les infections, les antibiotiques, la résistance microbienne et l'usage rationnel des antibiotiques. La campagne comprend aussi une action menée dans les pharmacies destinée à collecter les antibiotiques non utilisés pour éviter qu'ils restent dans les armoires à pharmacie des particuliers et soient utilisés en automédication. La campagne fait aussi référence au e-Bug, un projet européen auquel participe la Belgique et destiné à familiariser de manière pédagogique les élèves de l'enseignement primaire et secondaire e.a. au monde des microbes et à l'importance d'une bonne hygiène des mains.

La volonté de la BAPCOC de rester pionnière dans ce domaine a mené à l'organisation du 'Workshop on educational campaigns regarding antibiotic resistance' à Bruxelles, en septembre 2004. L'expérience belge dans ce type de campagne a d'ailleurs trouvé écho dans plusieurs pays européens et notamment en France. Dans ce domaine, la Belgique reste une source d'inspiration; dans le cadre des projets de l'OMS de stimuler les campagnes sur l'usage rationnel des antibiotiques en Europe de l'Est et en Asie centrale, les campagnes belges sont présentées comme un exemple à suivre. Les campagnes de promotion de l'usage rationnel des antibiotiques ont constitué le thème central de la première édition de l'EAAD le 18/11/2008.

Les résultats des deux premières campagnes – à savoir une diminution de la consommation d'antibiotiques – ont été publiés dans The Journal of the American Medical Association.

Planning 2014-2019

1. Poursuivre les campagnes de promotion de l'usage rationnel des antibiotiques

Pour la prochaine édition de cette campagne, nous voulons développer un nouveau concept. Nous envisageons déjà d'utiliser les médias suivants :

- un spot radio (au lieu d'un spot TV);
- un site Web spécialement consacré à la campagne ;
- des dépliants pour les patients et des affiches pour les médecins (généralistes) et les pharmaciens ;
- une action dans les pharmacies pour que les clients ramènent les antibiotiques non utilisés ;
- des annonces dans les journaux et/ou revues ; et
- des réseaux sociaux et autres canaux de communication en ligne (p. ex. bannières sur certains sites Web).

En outre, nous avons également l'intention de mettre sur pied deux projets complémentaires. Pour soutenir les médecins généralistes dans l'amélioration de leur comportement prescripteur, la BAPCOC **implémentera une intervention développée au sein du projet de recherche européen GRACE** (Genomics to combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired LRTI in Europe; www.grace-lrti.org). Cette intervention comprend une formation en ligne sur la communication (l'Inami est d'accord pour proposer ces séquences vidéo de formation sur sa plateforme d'e-learning) et sera complétée d'une brochure d'information interactive pour les patients à utiliser pendant la consultation. Cette intervention a été évaluée dans le cadre du projet de recherche européen : les médecins du groupe d'intervention (formation de communication et utilisation de la brochure d'information pour les patients) ont prescrit moins d'antibiotiques que leurs collègues du groupe de contrôle. L'implémentation en Belgique se fera progressivement pour permettre d'étudier son impact, cette fois à l'échelle nationale. Le deuxième projet concerne la **publication d'une bande dessinée d'information «Bob et Bobette » sur le thème de la bonne utilisation des antibiotiques** en collaboration avec Standaard Uitgeverij. La version électronique de la bande dessinée peut être proposée gratuitement via le site consacré à la campagne. Les exemplaires imprimés (tirage : 50 000 exemplaires) seront proposés dans les bibliothèques et serviront de prix à un concours (p. ex. quizz sur les connaissances sur les antibiotiques).

Groupe de travail Sensibilisation: valeurs cibles

Voir groupe de travail Pratique ambulatoire

Groupe de travail sensibilisation: planning 2014-2019

1. Poursuivre les campagnes de promotion de l'usage rationnel des antibiotiques : implémentation du concept de la campagne GRACE Intro en Belgique, bande

dessinée d'information "Bob et Bobette » sur le bon usage des antibiotiques

Groupe de travail Médecine vétérinaire

Réalisations

1. Financement d'études et de projets

Un bel exemple de ce type de financement est celui de l'étude belge menée sur la prévalence des MRSA (liés à l'élevage) chez les porcs et les éleveurs porcins en 2007, à l'occasion de la découverte de MRSA chez un éleveur porcin aux Pays-Bas.

2. Validation des propositions et directives développées par l'AMCRA

En 2012, la création du Centre of Expertise on Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals (vzw AMCRA) a doté la Belgique d'une nouvelle instance de coordination qui formule des avis de soutien de la politique antibiotique en médecine vétérinaire. Les organisations agricoles, les fabricants d'aliments composés pour animaux, les organisations de vétérinaires et l'industrie pharmaceutique font partie de l'AMCRA. Cette composition garantit que tous les partenaires s'engagent et que les avis formulés par l'AMCRA bénéficient d'une large portée. La BAPCOC, comme l'AFMPS et l'AFSCA, fait aussi partie du groupe de pilotage de l'AMCRA et vise une collaboration constructive entre les deux instances. La BAPCOC commente et/ou valide aussi les propositions et les directives développées au sein de l'AMCRA.

Planning 2014-2019

Le groupe de travail Médecine vétérinaire **a validé le plan stratégique AMCRA 2020**, y compris aux **valeurs cibles explicites** qui y sont formulées :

- **diminution de 50% de la consommation d'antibiotiques d'ici 2020;**
- **diminution de 75% des principaux antibiotiques les plus critiques d'ici 2020;** et
- **diminution de 50% des prémélanges médicamenteux contenant des antibiotiques d'ici 2017.**

1. Collaboration avec l'AMCRA

En tant que membre du groupe de pilotage de l'AMCRA, en collaboration avec l'AFMPS et l'AFSCA, chaque année, la BAPCOC **définira des objectifs stratégiques pour l'AMCRA**. Le groupe de travail Médecine vétérinaire de la BAPCOC continuera aussi à **commenter et/ou valider les propositions et les directives** développées au sein de l'AMCRA. En mai 2014, la BAPCOC a d'ailleurs validé le **plan stratégique 2020 de l'AMCRA** (voir annexe). La BAPCOC **suivra étroitement le développement opérationnel** de ce plan stratégique.

2. Collaboration dans le cadre du groupe de travail Stratégie vétérinaire politique antibiotique (SVPA)

En 2013, les instances publiques compétentes AFMPS, AFSCA, SPF SPSCAE et la BAPCOC ont créé le groupe de travail SVPA. Depuis l'automne 2014, le CERVA fait également partie de ce groupe de travail qui a pour tâche de proposer et si possible

d'implémenter des initiatives qui stimulent l'usage rationnel des antibiotiques en médecine vétérinaire. C'est ainsi qu'une concertation a déjà été organisée avec les CVO du Benelux et que des expériences ont pu être échangées avec les Pays-Bas sur l'approche de cette problématique dans les deux pays. Un point d'attention de ce groupe de travail est celui de la **base légale** nécessaire pour mettre en place certaines initiatives (p. ex. un système de collecte de données sur l'utilisation des médicaments vétérinaires).

L'AFSCA a élaboré une “**note de politique sur la résistance antimicrobienne 2014-2018**” dans laquelle elle formule six objectifs :

- Lancer une structure de concertation entre l'ensemble des instances publiques et des secteurs ;
- Développer la surveillance de la résistance antimicrobienne chez l'homme et l'animal et dans l'environnement ainsi qu'échanger les résultats/les données et organiser des analyses transversales ?? **overkoepelende analyses** pour accroître les connaissances sur le transfert et l'augmentation de la résistance antimicrobienne ;
- Développer la surveillance de l'utilisation d'antibiotiques;
- Sensibiliser et si nécessaire imposer des mesures aux différents secteurs pour limiter la consommation d'antibiotiques et leur diffusion dans l'environnement et stimuler les solutions alternatives ;
- Promouvoir la recherche sur l'apparition, l'augmentation et la prévention de la résistance antimicrobienne ; et
- Renforcer la collaboration internationale.

L'AFSCA a aussi traduit ses objectifs en chiffres concrets et estime que d'ici 2018 la consommation totale des antibiotiques dans le secteur vétérinaire et l'utilisation des antibiotiques, très importante pour la santé humaine, doit être ramenée sous la valeur médiane de l'UE .

3. Formuler ses propres avis et prendre ses propres initiatives

En dehors du contexte du groupe de pilotage de l'AMCRA, le groupe de travail Médecine vétérinaire et le groupe de travail SVPA formulent aussi leurs propres avis et propositions. L'objectif est de publier ces avis sur le site Web de la BAPCOC et de les transmettre aux ministres compétents.

Les organisations sectorielles ne sont pas représentées dans le groupe de travail Médecine vétérinaire. Les points de vue du groupe de travail sont le résultat de la pollinisation croisée entre l'expertise scientifique des instances scientifiques (facultés de médecine vétérinaire, ISP, CERVA, ...) et de la vision stratégique des instances publiques (AFMPS, AFSCA, SPF SPSCAE). L'intégration du groupe de travail au sein de la BAPCOC lui permet d'être idéalement placé pour jeter un pont entre la médecine humaine et la médecine vétérinaire et mettre en pratique le principe 'One Health'.

Les moyens financiers dont bénéficie la BAPCOC par le biais de l'Inami ne sont, en principe, pas destinés à des initiatives purement vétérinaires mais pourraient néanmoins peut-être affectés à des actions où les intérêts de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire se rejoignent.

L'objectif est, en tout cas, que le groupe de travail Médecine vétérinaire **formule déjà des avis sur les sujets suivants** :

- La collaboration entre la médecine vétérinaire et la médecine humaine (via un groupe de travail conjoint);
- Un système de collecte des données sur l'utilisation des médicaments vétérinaires, Sanitel-MED;
- La surveillance de la résistance des bactéries chez l'animal et dans les denrées alimentaires d'origine animale ;
- L'émergence des bactéries résistantes (p. ex. *Clostridium difficile*) et les mécanismes de résistance (p. ex. les carbapénémases) et leur impact sur la médecine vétérinaire et la médecine humaine ;
- La surveillance de la qualité et l'harmonisation des tests de sensibilité sur les isolats d'origine animale ;
- Les critères d'application du système en cascade ;
- La limitation des traitements collectifs oraux préventifs et métaphylactiques ;
- La limitation de l'utilisation des prémélanges médicamenteux ;
- L'imposition de conditions supplémentaire au droit de dépôt des vétérinaires et au droit de détention d'un stock de médicaments des éleveurs ;
- La subordination des tâches du vétérinaire de guidance à une surveillance épidémiologique ;
- La vaccination et certaines mesures de biosécurité dans les exploitations agricoles ;
- La création d'un conseil scientifique et de commissions régionales qui déterminent et évaluent les règles de bonne pratique vétérinaire en matière de prescription et de délivrance des médicaments vétérinaires.

4. Stimuler et financer la recherche scientifique

Dans ce cadre, l'accent sera mis sur la **recherche axée sur l'interaction entre la médecine humaine et la médecine vétérinaire au niveau de la consommation d'antibiotiques et de la résistance microbienne** (p. ex. l'émergence de bactéries résistantes et les mécanismes de résistance et leur impact sur les deux écosystèmes).

Groupe de travail Médecine vétérinaire: valeurs cibles (cf. plan stratégique AMCRA 2020)

1. 50% de diminution de la consommation d'antibiotiques d'ici 2020;
2. 75% de diminution des principaux antibiotiques les plus critiques d'ici 2020; et
3. 50% de diminution des fourrages médicalisés contenant des antibiotiques d'ici 2017.

Groupe de travail Médecine vétérinaire: planning 2014-2019

1. *Collaboration avec l'AMCRA*: définir des objectifs stratégiques, commenter et/ou valider des propositions et des directives, suivre l'élaboration opérationnelle du plan stratégique 2020 de l'AMCRA
2. *Collaboration dans le cadre du groupe de travail Stratégie vétérinaire politique antibiotique (SVPA)*
3. *Formuler ses propres avis et prendre ses propres initiatives*
4. *Stimuler et financer la recherche scientifique*

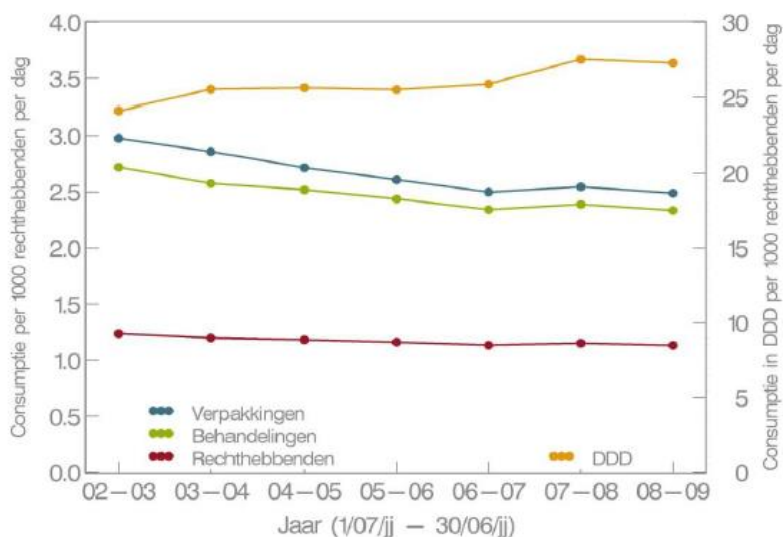
Annexe 1: Étude de VAXINFECTIO et de l'AIM

À la demande de la BAPCOC, le groupe de recherche VAXINFECTIO et l'Agence InterMutualiste (AIM) ont effectué une étude très détaillée sur la consommation d'antibiotiques en ambulatoire.

Cette étude a confirmé une disparité entre d'une part l'évolution de la consommation d'antibiotiques exprimée en nombre de DDD remboursées et le nombre de paquets d'antibiotiques remboursés et d'autre part entre le nombre d'antibiothérapies remboursées¹³ et le nombre d'assurés ayant bénéficié d'un remboursement pour des antibiotiques (Figure 1). Un examen plus approfondi montre que cette disparité est exclusivement liée aux pénicillines parce que sur la période considérée, le nombre de DDD par paquet a augmenté pour l'amoxicilline (de 50%) et pour la combinaison amoxicilline-acide clavulanique (de 70%) (Figure 2).

Figure 1

Consumptie van antibiotica in de ambulante praktijk in België van 2002 tot 2009 in juli-juni jaren uitgedrukt in terugbetaalde Defined Daily Doses (DDD: standaard dagdosissen), verpakkingen, behandelingen, individuele rechthebbenden per 1000 rechthebbenden per dag.

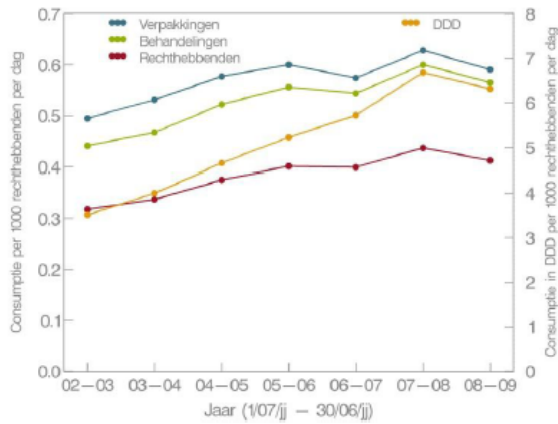


¹³ Un ou plusieurs paquets d'antibiotiques ayant un code CNK identique prescrits par le même prescripteur et remboursés à un ayant droit le même jour.

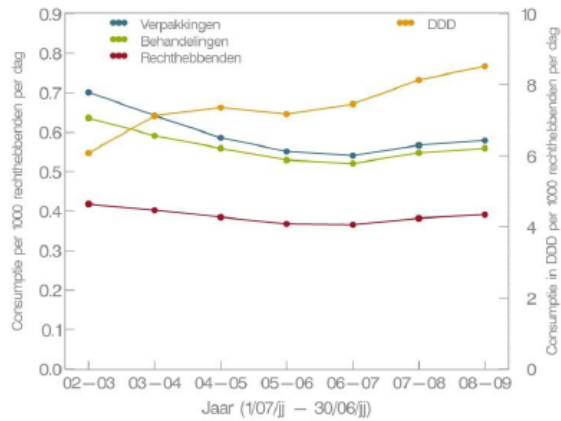
Figure 2

Consumptie in de ambulante praktijk in België van 2002 tot 2009 in juli-juni jaren uitgedrukt in terugbetaalde Defined Daily Doses (DDD), verpakkingen, behandelingen en rechthebbenden per 1000 rechthebbenden per dag van (A) Amoxicilline (J01CA04), (B) Amoxicilline met clavulaanzuur (J01CR02).

(A) Amoxicilline (J01CA04)



(B) Amoxicillines met clavulaanzuur (J01CR02)



Les chercheurs ont conclu qu'en Belgique, la consommation d'antibiotiques en pratique ambulatoire a bel et bien diminué puisque le nombre de personnes ayant reçu une antibiothérapie a diminué, même si les doses prescrites ont, quant à elles, été supérieures. Ils ont aussi constaté que sur la période de l'étude, la part de l'amoxicilline, l'antibiotique donné comme traitement de premier choix dans les directives belges pour la majorité des infections des voies respiratoires, a augmenté par rapport à la combinaison amoxicilline-acide clavulanique.

Le coût total des remboursements des antibiotiques a également baissé de 21 millions d'euros (-16,7%) et est passé de 125 555 454 euros en 2002-03 à 104 529 213 euros en 2008-09 (Figure 3).

Figure 3

consumptie van antibiotica (J01) in de ambulante praktijk België van 2002 tot 2009 in juli-juni jaren uitgedrukt in terugbetaalde euro per dag per 1000 rechthebbenden; per 1000 inwoners; per 1000 contacten; per 1000 huisartscontacten

