

RAPPORT D'ÉVALUATION DU PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT LE PLAN NATIONAL **MULTIDRUG RESISTANT ORGANISMS (MDRO)**

PUBLIÉ EN 2013

Table des matières

Liste des abréviations.....	3
Introduction	4
1. Une meilleure coordination de la lutte contre les MDRO	5
1.1. Commission nationale de lutte contre les MDRO (CNL-MDRO)	5
1.2. Outbreak support team (OST).....	6
2. Renforcement de la surveillance épidémiologique et microbiologique : TC-MDRO	8
3. Maîtrise des infections.....	12
3.1. A l'hôpital	12
3.2. En maison de repos et de soins (MRS)	13
4. Politique antibiotique	14
4.1. A l'hôpital	14
4.2. En ambulatoire.....	16
Messages-clés	18
Recommandations	19
Annexes.....	21
Evaluation du protocole d'accord concernant le Plan national Multidrug Resistant Organisms (MDRO) du 21/11/2013	22

Liste des abréviations

AB	Antibiotiques
AMR	Antimicrobial Resistance
AR	Arrêté Royal
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
BAPCOG	Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee
BeH-SAC	Belgian Hospitals - Surveillance of Antimicrobial Consumption
COCOM	Commission Communautaire Commune
CNL	Commission Nationale de Lutte
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
GGA	Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie
GGC	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
GLEM	Groupe Local d'Évaluation Médicale
GT	Groupe de Travail
GT-AMR de la CIM	Groupe de Travail – Résistance aux antimicrobiens de la Conférence interministérielle
HCAI	Healthcare associated infections
HH	Hygiène Hospitalière
IBRI	Service Relations Internationales
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IPC	Infection and Prevention Control
MCC	Médecin Coordinateur et Conseiller
MDRO	MultiDrug Resistant Organisms
MG	Médecin Généraliste
MR	Maison de Repos
MRS	Maison de Repos et de Soins
NAC	Comité National pour les Antimicrobiens
NSIH	Healthcare associated infections & Antimicrobial Resistance
OST	Outbreak Support Team
PA	Protocole d'Accord
PAR	Participatory Action Research
PLASUR	Plateforme d'épidémiosurveillance PlaSur
PHE	Public Health Emergencies
PV	Procès Verbal
RAG	Risk Assessment Group
SPF SPSCAE	SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
TATFAR	TransAtlantic TaskForce on Antimicrobial Resistance
TC-MDRO	Technical Committee - MDRO



Introduction

En 2013, la Conférence interministérielle Santé a validé le « Plan national stratégique de lutte contre les MDRO¹ ». Ce protocole a pour objectif de prévenir toute nouvelle propagation des MDRO et de réduire l'incidence des contaminations aux MDRO. Les modalités de cet accord sont consignées dans un protocole d'accord qui a été publié le 21/11/2013 au Moniteur belge. Cet accord a conduit notamment à la création de l'« Outbreak Support team » (OST) et du comité technique MDRO (TC-MDRO).

Près de 5 années après sa publication, une évaluation de la mise en œuvre de ce protocole a été proposée par le GT-AMR de la CIM afin de pouvoir déterminer les axes d'amélioration nécessaires et d'orienter les évolutions à venir. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre du développement d'un plan d'action national *One Health* pour la lutte contre la résistance aux antimicrobiens qui doit être établi d'ici à décembre 2019, sans se limiter à cet exercice.

A cette fin, le Service Public Fédéral (SPF SPSCAE) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement a consulté les partenaires institutionnels de la lutte contre les MDRO quant à l'implémentation, la mise en œuvre, l'intérêt, les difficultés associées, et les éventuelles recommandations pour l'avenir des différents éléments prévus dans ce protocole d'accord, sur base d'un questionnaire (Cf. annexe 1). Les personnes consultées ont pu s'inspirer notamment des recommandations récentes de l'ECDC, l'European Center for Disease Prevention and Control, et de la DG Santé de la Commission européenne émises dans le cadre d'une visite conjointe en Belgique.

Cette évaluation a donc été limitée aux partenaires institutionnels de la lutte contre les MDRO : Agentschap Zorg en Gezondheid, AVIQ, Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (dont le service PHE et la Direction générale Soins de Santé (DGGs)), laboratoires de référence pour les MDRO, présidents et vice-présidents de BAPCOC et de ses groupes de travail, COCOM/GGC, Communauté germanophone, Président et secrétaire du TC-MDRO (Sciensano), INAMI, CSS et Sciensano. De plus, des acteurs du monde vétérinaire ont également été consultés : l'AMCRA, Sciensano, l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé (AFMPS) et l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire (AFSCA). Enfin, tous les centres nationaux de recherche pour les MDRO ont été consultés.

Un questionnaire destiné spécifiquement à évaluer le fonctionnement et les interactions entre l'OST et les hôpitaux ou structures d'hébergement et de soins pourra être développé dans un deuxième temps, si nécessaire et souhaité.

Treize réponses ont été reçues, dont 3 du secteur animal, couvrant presque 75 % des institutions interrogées.

Les avis des répondants ont été collectés et les idées qui s'en dégagent ont été synthétisées par le SPF SPSCAE et rapportées ci-dessous. Sur la base de celles-ci, des recommandations ont été proposées et validées avec les parties prenantes consultées dans le cadre de cette évaluation lors d'une réunion (réunion du 4/6/2019). Ce rapport sera transmis aux membres de la CIM santé et servira d'outil de travail

¹ La Liste des abréviations utilisées se trouve en page 3



pour toutes les institutions concernées. En particulier, ce rapport sera utilisé dans le cadre du développement du futur Plan National d'Action.

1. Une meilleure coordination de la lutte contre les MDRO

1.1. Commission nationale de lutte contre les MDRO (CNL-MDRO)

« Le protocole prévoit la création d'une Commission nationale pour la lutte contre les MDRO (CNL-MDRO), qui sera créée au sein du Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCO) et qui regroupe des représentants BAPCO, de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS), des inspections d'hygiène ou services de lutte contre les maladies infectieuses des Entités fédérées, des représentants pertinents des Entités fédérées, de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), et les membres pertinents de la TC-MDRO (NRC et WIV-ISP). La CNL-MDRO peut, le cas échéant, faire appel à des experts externes. »

L'**absence** d'une structure de coordination nationale de lutte contre les MDRO, telle qu'établie dans le protocole d'accord, a été identifiée à l'unanimité.

La commission nationale de lutte (CNL) possède en théorie trois missions clé : valider et mettre en œuvre les conclusions et recommandations du TC-MDRO, coordonner et suivre les initiatives des autres structures impliquées dans la lutte contre les MDRO et communiquer via sa cellule de communication à propos de la prise en charge des MDRO. Ces missions apparaissent comme pertinentes pour la plupart des parties et ont été partiellement réalisées par différentes instances, comme BAPCO.

Néanmoins, la place de la CNL dans la lutte contre la résistance aux AB nécessiterait d'être clarifiée puisque la commission vise entre autres à coordonner les activités/initiatives mises en œuvre par ses membres. Le nombre élevé de structures différentes déjà existantes autour de la thématique AMR, et le manque de coordination entre elles, ont notamment été soulevés par les répondants. Il est donc essentiel d'améliorer la communication entre toutes les structures existantes.

Par ailleurs, une personne estime que l'OST, le TC-MDRO et les CNR ont produit des résultats très satisfaisants et questionne dès lors l'utilité de la mise sur pied de la CNL *in fine*. Il transparaît de l'avis d'une autre personne qu'il sera nécessaire de travailler sur la visibilité de la CNL lors de sa création, le cas échéant.

Ensuite, il est demandé que la lutte AMR s'ouvre davantage aux perspectives *One Health*, par exemple, en élargissant la CNL au contexte extrahospitalier, voire extra-humain.

Plusieurs personnes souhaitent que la CNL soit une structure de soutien pour la validation ainsi que l'implémentation des conclusions scientifiques émises par des organes tel que le TC-MDRO. La validation scientifique est nécessaire et pourrait suivre une des pistes proposées : par Sciensano², par PLASUR² ou

² Projet en vue de la rédaction d'un protocole entre les partenaires publics, privés et les organisations sectorielles concernés par l'épidémiologie vétérinaire et la Santé Publique (pour ce qui concerne les zoonoses), coordonné par l'AFSCA



BAPCOC. Une personne de référence, responsable de la structure, devrait être nommée et un financement des initiatives prévu. Finalement, une personne note qu'il faudrait octroyer davantage de moyens pour concrétiser ces rôles de manière efficace.

1.2. Outbreak support team (OST)

« Les établissements de soins (hôpitaux et structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées) confrontés à une épidémie d'infections liées aux soins (due aux MDRO) peuvent faire appel aux inspections d'hygiène et services de lutte contre les infections des Entités fédérées. Le protocole prévoit que les Entités fédérées prennent les mesures nécessaires en vue d'élaborer et d'opérationnaliser un fonctionnement OST au sein de leurs services d'inspection d'hygiène et services de lutte contre les infections. »

« L'OST doit contribuer à la maîtrise des foyers de MDRO dans les établissements de soins par un appui judicieux aux établissements concernés, un pilotage de ceux-ci, une intervention sur place et un contrôle si nécessaire. »

« La coordination de l'OST sera assurée par la Communauté compétente, qui réalisera aussi l'enquête sur place avec l'appui du WIV-ISP (Sciensano). Un avis supplémentaire pourra être obtenu sur demande auprès d'experts externes pertinents. »

« La responsabilité principale et finale de l'épidémie incombe à l'hôpital ou structure d'hébergement et de soins pour personnes âgées concerné (constat, prise en charge, suivi et notification d'une épidémie dans l'établissement). L'OST peut toutefois contribuer à ce que la direction mette en œuvre tous les moyens (financiers) nécessaires et prenne toutes les mesures requises, même si celles-ci peuvent être très radicales (p. ex. fermeture temporaire de certaines unités de soins, cohortage de patients infectés). »

L'OST est constituée des entités fédérées (COCOM, GGC, AVIQ ou Zorg en Gezondheid), du service NSIH de Sciensano, des CNR et d'éventuels experts externes. En situation de crise, elle collabore notamment avec les équipes d'hygiène hospitalière et les directions des hôpitaux.

L'OST peut induire une double action sur un hôpital : i) mettre à sa disposition une expertise spécifique aux MDRO en collaboration avec Sciensano et ii) contraindre l'hôpital à libérer des moyens ou prendre les mesures nécessaires pour venir à bout de la crise. Certaines réponses nuancent ce fait en proposant de **renforcer le pouvoir de contrainte de l'OST** et, comme dit ci-dessus, son mandat permettant des interventions parfois contraignantes ou coûteuses pour l'hôpital.

De plus, l'intérêt de l'OST est d'apporter l'information scientifique et l'expertise de terrain pour la gestion d'une épidémie de MDRO. Certains répondants relatent leur satisfaction du travail de l'OST. Il est cependant conseillé de continuer à renforcer l'OST (par exemple, un répondant propose que cela se fasse de manière formelle via un processus rétrospectif d'analyse des causes de survenue d'une épidémie, cela permettrait notamment le cumul et le développement d'une expertise différente, complémentaire à celle des hygiénistes, et aiderait également à détecter les situations à risque ; cette expertise peut aussi être renforcée lors de l'évaluation des mesures et interventions post-épidémie, comme le suggère une autre personne).



L'OST s'appuie sur les recommandations d'autres institutions (CSS, BAPCOC) et sur les surveillances épidémiologiques (qui doivent être améliorées). Ces recommandations sont utiles mais pas assez fréquentes et elles ne couvrent pas tous les secteurs (MRS..). En outre, le manque de visibilité de l'OST auprès des MRS a été soulevé par une personne ainsi que le besoin de continuer à stimuler les interactions MRS-hôpitaux/OST via les plateformes régionales.

Il est donc essentiel que chacun comprenne et assume son rôle et ses responsabilités.

Il est également demandé de s'ouvrir au secteur animal dans une perspective *One Health*. Un répondant suggère de créer une structure équivalente pour le secteur vétérinaire. Cela nécessiterait une expertise en médecine vétérinaire au sein de l'OST, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Une personne considère qu'il y a **peu de données objectives sur le bénéfice et l'efficacité de l'OST**. Par exemple, aucun rapport n'a été publié ces dernières années au sujet des activités de l'OST ou de la situation belge des épidémies à MDRO. Deux personnes amènent des propositions concrètes : une évaluation de l'efficacité des interventions (actuellement en cours de réflexion au sein de l'OST) ainsi que l'évaluation rétrospective de la gestion de l'épidémie par l'OST. Ce dernier revient plusieurs fois dans les réponses obtenues.

En ce qui concerne la notification des épidémies à MDRO, elle est obligatoire en Belgique, mais le recours à l'OST pour la gestion de celles-ci ne l'est pas. Plusieurs répondants supposent un sous-rapportage ou un rapportage trop tardif de ces dernières, une amélioration du système de notification des cas est dès lors perçue comme indispensable. La capacité du système actuel à conscientiser et à encourager la notification des situations d'épidémie est également remise en question. Il est proposé de comparer la situation belge avec celle d'autres pays (quel système de notification est implémenté localement, ...) et de mettre en place un système de notification informatisé qui permettrait l'automatisation des alertes, une surveillance en temps réel et une réaction appropriée dans les plus brefs délais.

Finalement, le manque de moyens en matière de personnel et de finances est soulevé par plusieurs personnes. L'appel à des experts externes est difficile, d'autant plus si aucune rémunération n'est possible. Une personne demande qu'un soutien financier supplémentaire soit accordé à l'hôpital qui fait face à une épidémie.

En conclusion, l'OST formalise le cadre de la réponse à apporter en cas d'épidémie, même si des points peuvent être clarifiés, tels que le rôle de chaque intervenant hôpital/OST/CNR (lien avec MTAB, chapitre 3.1 du PA), la contribution financière, un système de notification plus performant, etc. Le secteur extrahospitalier, qui est inclus dans le mandat de l'OST, doit avoir une meilleure visibilité de ce dernier. Le cadre de travail de l'OST pourrait par contre être élargi au secteur animal. En tout cas, son rôle facilitateur de l'intervention est bien apprécié par les répondants.

2. Renforcement de la surveillance épidémiologique et microbiologique : TC-MDRO

« Le protocole prévoit la création du TC-MDRO (secrétariat assuré par Sciensano) et l'organisation de réunions régulières, auxquelles sont conviées Sciensano, les CNR pertinents (comme p. ex. 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* résistant aux antibiotiques) et le cas échéant, d'autres instances et experts. »

La grande majorité des répondants ont mentionné qu'ils trouvaient le TC-MDRO bien implémenté, sauf deux qui relatent une mise en œuvre partielle de cet élément du protocole.

Cette structure et ses réunions ont été mises en place très tôt après la signature du PA. Elle permet de soutenir les Autorités sanitaires et Sciensano pour le renforcement du système national de surveillance des MDRO. De plus, des accords techniques entre CNR peuvent être mis en place grâce à ce comité technique MDRO. L'utilité de cet organe est bien reconnue par les répondants.

Cependant, en l'absence d'une CNL-MDRO, **les tâches exactes du TC-MDRO ne sont pas claires** pour plusieurs répondants. En effet, par rapport aux autres structures (BAPCOC : plateformes fédérale et régionales d'HH, GT médecine hospitalière ; CSS ; OST ; RAG ; NAC ; CNR-MDRO), le positionnement du TC-MDRO n'est soit pas évident, soit les interactions ne sont pas assez fortes. Plusieurs personnes souhaitent dès lors que les missions du TC-MDRO soit clarifiées, ainsi que sa composition (quelles institutions, participation des experts à titre personnel ou représentation d'une institution),...

Plusieurs répondants mentionnent que le flux d'information, dont les conclusions et les recommandations scientifiques, ne circulent pas avec les autres organes de lutte, comme le CSS ou BAPCOC.

Finalement, les recommandations devraient être validées à un autre niveau (CNL ou équivalent) afin qu'elles profitent aux communautés et acteurs impliqués. Il est donc attendu que le flux de l'information soit également clarifié, formalisé et que les duplications soient évitées.

Il est également demandé de s'ouvrir au secteur animal dans une perspective *One Health*. Un répondant apprécie que des experts du secteur vétérinaire soient invités pour les MDRO « importantes » et souhaite que cela continue. Un autre propose que le secteur humain non hospitalier soit également représenté dans le TC-MDRO. Une ouverture vers les communautés et le secteur extrahospitalier est aussi demandée par une personne.

Une personne souhaite une meilleure adéquation entre les surveillances nationales et le monitoring nécessaire au sein des hôpitaux. Selon elle, l'aspect IPC peut être accentué. Par ailleurs, un répondant suggère que les surveillances soient repensées en termes de réseaux (hôpital, MRS, communauté, avec la contribution de l'OST).

Finalement, une personne propose que dans le cadre budgétaire du MTAB, les CNR dédiés aux MDRO soient détachés des autres CNR (non MDRO) et d'adapter les budgets des CNR-MDRO à l'évolution de la situation épidémiologique qui les concerne.



« Les missions du TC-MDRO impliquent notamment la surveillance des MDRO dans les établissements de soins aigus et chroniques et en médecine ambulatoire, la consommation d'antibiotiques susceptible de donner lieu à une résistance et la prévalence des infections liées aux soins en général, c'est-à-dire à chaque niveau de soins. »

Pour la majorité des répondants, cet élément du protocole a été partiellement réalisé.

Il apparaît pour plusieurs répondants que l'implication et les activités du TC-MDRO et des Communautés dans le milieu ambulatoire est très limité. Il est suggéré par plusieurs personnes d'élargir les missions de surveillance à l'extrahospitalier ainsi que de se diriger vers une surveillance intégrée (avec tous secteurs), éventuellement en incluant les laboratoires privés d'analyse microbiologique, comme le propose un répondant. Une personne ajoute qu'il faudrait définir légalement les responsabilités du TC-MDRO, des CNR et de Sciensano ainsi que leur budgétisation.

Deux répondants précisent que les données belges de résistance pour la médecine ambulatoire (1^{ère} ligne et MRS) sont rares et ne circulent pas. Il manque aussi des données, issues par exemple d'études de prévalence, pour le secteur extrahospitalier. De plus, les délais de rapportage devraient être raccourcis pour deux personnes.

Une personne note que **l'attention est trop dirigée sur la collecte de manière exhaustive des données** et considère que la priorité devrait être donnée à la prévention (les moyens d'IPC dans les hôpitaux étant déjà considérés comme insuffisants face aux standards internationaux). Une plus grande adéquation des surveillances entre le monitoring local et national est souhaité par plusieurs personnes. La charge de travail est perçue comme importante pour, au final, peu d'utilité opérationnelle. De plus, plusieurs répondants mentionnent le manque de ressources financières et humaines dans les hôpitaux.

Les utilisateurs des surveillances informent que les interactions avec Sciensano sont compliquées, même si ce dernier estime que le système fonctionne de manière satisfaisante. Une personne conseille d'impliquer la plateforme fédérale dans les échanges entre les hôpitaux et Sciensano.

Certains demandent que tous les CNR soient davantage impliqués dans le TC-MDRO afin d'améliorer les surveillances. Les rôles et les interactions entre eux et avec les comités de pilotage des surveillances ne sont pas clairs pour tous les répondants et une personne demande que les missions de chacun soient redéfinies.

Finalement, la validation et le suivi des recommandations faites par le TC-MDRO par une structure extérieure (normalement, il avait été défini dans le PA que la CNL était responsable de cette tâche) sont encore à mettre en place (canaux standard de la prise de décision).

« Afin de mener à bien les actions de surveillance et études en milieu ambulatoire, il est indiqué de mettre sur pied une surveillance, par le TC-MDRO, de la résistance en dehors des hôpitaux, accompagnée ou non d'un réseau de laboratoires vigies privés et/ou d'un CNR MDRO en dehors de l'hôpital. Ce réseau de laboratoires vigies privés ou CNR MDRO en dehors de l'hôpital participera également aux réunions du TC-MDRO. »



La plupart des parties répondantes s'accordent globalement sur le fait que cette tâche n'a **pas été réalisée** jusqu'à présent. Cette surveillance devrait se mettre en place selon un plan réaliste, en concertation avec toutes les parties prenantes (secteur extrahospitalier).

Tous les participants sauf un ignoraient l'existence des données en ambulatoire, plus de visibilité devrait donc leur être attribuée. En outre, elles devraient être intégrées dans le futur plan de surveillance ambulatoire.

Pour un répondant, le TC-MDRO ainsi que les CNR déjà actifs dans la surveillance (pour l'ambulatoire) devraient être davantage impliqués dans celle-ci, sans préciser le moyen de mettre cela en place. Des laboratoires privés de microbiologie humaine peuvent être associés à cette surveillance en ambulatoire. Une autre personne propose au contraire que cela s'établisse par la création d'un nouveau CNR extrahospitalier (Cf. ONERBA en France). Du point de vue du secteur vétérinaire, les laboratoires liés à la médecine vétérinaire peuvent y être intégrés également.

Sciensano a démarré le projet EARS-BE en 2018, qui a une visée plus large que EARS-NET puisqu'il inclut des échantillons urinaires et la collaboration des laboratoires privés. En effet, le projet EARS-BE recueille des données sur l'occurrence de MDRO détectés par des laboratoires extrahospitaliers depuis 2018. Cette extension du projet européen EARS-NET a été présentée et discutée lors d'une réunion du TC-MDRO en février 2018, les résultats de cette collecte de données (échantillons prélevés en 2017) ont été publiés par Sciensano fin 2018, mais n'ont pas encore été présentés en dehors du TC-MDRO.

« Le protocole prévoit que les conclusions, recommandations et propositions du TC-MDRO sont transmises aux ministres compétents, aux pouvoirs publics concernés, à la Commission nationale de lutte contre les MDRO (CNL-MDRO) et au CSS. »

Cet élément du protocole est surtout mentionné comme n'étant **pas réalisé** à l'heure actuelle.

Un manque de communication notamment par la transmission des conclusions, des recommandations, des propositions du TC-MDRO est mis en évidence plusieurs fois.

Un répondant souligne que les PVs ont été envoyés aux experts participant au TC-MDRO et estime que l'information a dès lors circulé mais plusieurs autres affirment que la communication n'est pas formalisée et circule difficilement entre structures de lutte contre les MDRO. Une personne suggère que cette communication soit formalisée et que les échanges soient davantage structurés, afin de garantir la circulation du flux d'informations même en l'absence de CNL. De plus, une confusion apparaît chez ce répondant entre les rapports de surveillance coordonnés par Sciensano et les conclusions et/ou propositions et/ou recommandations du TC-MDRO. Les rôles du TC-MDRO, des CNR, des commanditaires et des groupes de pilotage des surveillances mériteraient d'être clarifiés. Une personne propose également d'harmoniser ces rôles pour éviter la surcharge des experts.

« Dans le cadre de ses obligations internationales, la Belgique dispose d'un Risk Assessment Group (RAG), dont la coordination est assurée par le WIV-ISP (Sciensano). Le protocole recommande que le RAG fasse appel à l'analyse et à l'expertise du TC-MDRO concernant l'émergence de (nouveaux) MDRO afin d'évaluer l'impact de la menace aigüe pour la santé publique, de la catégoriser en fonction de son niveau de risque



et d'en évaluer le risque de dispersion. Si un RAG a été organisé dans le cadre des MDRO, a-t-il fait appel aux experts du TC-MDRO? »

La majorité des répondants s'accordent sur le fait que cet élément du PA a été réalisé entièrement ou partiellement.

Le RAG est actif et s'adresse aux experts concernés pour leur expertise personnelle. Cependant, il ne s'appuie pas formellement sur le TC-MDRO et, selon deux répondants, pas assez sur le CSS. Les représentants de l'Autorité sanitaire doivent formaliser les demandes du RAG au TC-MDRO.

Plusieurs personnes souhaitent que les liens entre le RAG, Sciensano, IBRI et DGGS soient clarifiés et renforcés (surtout en cas de situation de crise).

Finalement, une personne suggère que les experts vétérinaires soient consultés pour l'évaluation de l'importance des MDRO en médecine vétérinaire pour la santé publique (et vice versa).

« Le protocole recommande d'adapter les protocoles de la "Surveillance des infections nosocomiales" conformément à l'avis récent de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière. Selon cet avis, les hôpitaux aigus devraient obligatoirement dorénavant participer aux protocoles suivants : Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (MRSA), septicémies au niveau de tout l'hôpital et à la surveillance des bactéries à Gram négatif multirésistantes. À côté de cela, ils en choisissent encore un parmi les protocoles suivants : Clostridium difficile, entérocoques résistant à la vancomycine (VRE), pneumonies et bactériémies en unités de soins intensifs, ou infections des plaies opératoires. »

La majorité des participants ont répondu que cette partie du PA avait été réalisée.

En ce qui concerne les rapports de surveillance, une réflexion est en cours au sein du TC-MDRO quant à la nécessité de revoir et d'améliorer les surveillances existantes (renforcement de la collaboration entre Sciensano, CNR MDRO et les secteurs de soins via la Plate-forme fédérale d'hygiène hospitalière).

Un répondant a mentionné que les activités de surveillance de la résistance des MDRO représentent une charge de travail trop importante pour les équipes locales par rapport aux missions prioritaires centrées sur l'IPC. Une bonne adéquation entre les besoins opérationnels locaux (dans les hôpitaux) et le monitoring national mis en place est donc nécessaire.

En outre, deux personnes relèvent que le financement octroyé aux activités de surveillance des MDRO est insuffisant et que plus de transparence pourrait y être apportée (actuellement, rétrocession de plus de 75 % du montant prévu vers l'équipe NSIH de Sciensano). Une revalorisation de ce financement pourrait être envisagée en ce qui concerne les surveillances obligatoires. Les hôpitaux participent effectivement aux surveillances obligatoires, mais la qualité et l'exhaustivité des réponses sont très variables d'un établissement à l'autre. Un répondant suggère que ces surveillances soient moins exhaustives, **plus standardisées** et que les feedbacks soient envoyés plus rapidement (actuellement 18-24 mois).

En ce qui concerne les surveillances non-obligatoires des cas d'infections liées aux soins, un participant note qu'un sous-rapportage a probablement lieu, ce qui est handicapant pour avoir une vision claire de la situation réelle.



Un répondant s'interroge sur la nécessité du caractère obligatoire ou non des surveillances. L'intérêt de la surveillance nationale en plus des monitorings européens pourrait également être précisé. Une personne propose de nouvelles modalités de participation pour les hôpitaux (échantillons d'hôpitaux représentatifs de la situation belge, participation à tour de rôle à toutes les surveillances, au moins une fois sur 3-4 ans). A propos des critères qui rendent une surveillance obligatoire ou non, un répondant admet avoir des réserves sur le fait de préciser dans un AR les sujets de surveillance car la situation peut évoluer au cours du temps. Nous pouvons nous demander comment rendre obligatoire une surveillance spécifique (via une directive, par exemple). Par ailleurs, un répondant propose d'établir la priorité des sujets de surveillance en fonction du contexte épidémiologique (illustré par exemple via des études de prévalence PPS).

Finalement, un répondant propose une mise en place de programmes de surveillance hors du contexte hospitalier (MR/MRS, médecine généraliste).

3. Maîtrise des infections

3.1. A l'hôpital

« Il est recommandé de poursuivre les activités des plateformes régionales d'hygiène hospitalière et de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière, et d'implémenter le jeu d'indicateurs de qualité pour l'hygiène hospitalière. »

Toutes les parties s'accordent pour dire que ce point du PA **a été réalisé**.

Deux personnes mentionnent que les activités de ces plateformes sont reconnues comme participant activement à la lutte contre les épidémies de MDRO et l'une d'elle informe qu'une plateforme pour l'hygiène hospitalière en établissements de soins psychiatriques a été créée.

Il est cependant mentionné par plusieurs répondants que ces activités devraient être révisées et renforcées et que les objectifs et le fonctionnement des plateformes devraient être redéfinis. En ce qui concerne les indicateurs de qualité pour l'hygiène hospitalière, une mise à jour et une validation externe de ceux-ci est demandée par plusieurs répondants. Une personne propose que la surveillance des indicateurs de qualité soit renforcée notamment via une méthodologie *benchmarking*, d'autres suggèrent que ces indicateurs soient développés en collaboration avec d'autres initiatives, telles que Healthdata.

D'autre part, une personne recommande que l'implémentation des programmes IPC dans les hôpitaux soit évaluée, en adéquation avec les moyens disponibles.

Une personne demande que ces plateformes soient supprimées et qu'une intégration au niveau régional soit mise en place.

Finalement, deux personnes proposent d'inclure l'IPC dans le NAP de façon consistante.



« Il est recommandé de réitérer la campagne de promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux tous les deux ans. »

Toutes les parties s'accordent sur le fait que ce point du PA **a été réalisé**.

Plusieurs personnes soulignent la bonne participation des hôpitaux aux campagnes de promotion de l'hygiène des mains et souhaitent qu'elles soient maintenues. Une personne demande qu'elles soient répétées surtout auprès des médecins (que ceux-ci soient davantage visés). Une réactualisation régulière est nécessaire pour plusieurs répondants.

Il est toutefois demandé par une personne qu'une évaluation approfondie des campagnes d'hygiène des mains soit mise en place et que l'impact à long terme de celles-ci sur les indicateurs de résultat soit étudié. Pour une autre, les observations obligatoires pourraient être élargies (en termes de nombre et d'unités de soins, mais aussi entre les campagnes), et les données devraient être validées de manière externe afin que les résultats obtenus puissent aider à pérenniser les bénéfices des campagnes entre celles-ci.

Par ailleurs, une personne propose d'inclure également le secteur ambulatoire (MR/MRS, centres de soins chroniques et de réhabilitation, ...). Une autre souhaite un élargissement des campagnes de promotion de l'hygiène des mains vers le secteur vétérinaire.

Finalement, un répondant précise que les effets à court et à long termes, après évaluation, devraient permettre de guider toute décision concernant l'octroi de financement supplémentaire à une institution.

3.2. En maison de repos et de soins (MRS)

« Il est recommandé que les structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées, ainsi que les maisons de repos et de soins (MRS) et, à terme, les maisons de repos (MRP) disposent d'un Médecin Coordinateur et Conseiller (MCC) et développent une politique précise pour les infections liées aux soins. »

Les avis des répondants sont partagés sur cette recommandation du protocole d'accord, entre une réalisation entière et partielle, bien qu'une personne pense que cet aspect n'a pas du tout été réalisé.

Il est mentionné par plusieurs personnes que le MCC possède actuellement une action et un contrôle des pratiques très limités dans sa MRS. En effet, une certaine inadéquation entre le rôle attendu du MCC concernant les politiques IPC-*antimicrobial stewardship* et son pouvoir effectif est relevé par plusieurs personnes³. De plus, le manque de ressources (en termes de finances et de personnel) est à nouveau pointé du doigt par plusieurs répondants, notamment dans la mise en place de stratégies IPC efficaces par le MCC. Un répondant se demande par ailleurs s'il est possible de vérifier, sur base de données fiables, si chaque MR dispose d'un MCC ou pas.

³ Ce point est développé dans l'avis N° 9277 du CSS « Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des patients porteurs de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (MDRO) dans les institutions de soins ».



Selon un répondant, un suivi épidémiologique régulier des MDRO dans les MRS est nécessaire afin d'évaluer l'impact réel de la mise en place d'un MCC dans la structure, de ses missions de coordination de la politique d'hygiène et IPC.

De plus, il est souhaité que les interactions MRS/hôpitaux soient stimulées (une personne propose que cela se fasse par l'intermédiaire des plateformes régionales d'hygiène), notamment en ce qui concerne la lutte contre la transmission des MDRO.

Deux personnes soulignent que la réglementation et la place du MCC par rapport aux médecins traitants et aux infirmières hygiénistes doivent être revues et renforcées (formation et rôle) car il n'a actuellement pas le mandat pour superviser, revoir ou changer les prescriptions et actions réalisées par les médecins traitants des résidents.

Un répondant note la nécessité d'avoir des recommandations de traitement et de bonnes pratiques précises spécifiquement pour les MRS. Un projet est en cours sur ce sujet au CSS, suite à l'avis N° 9277 sorti en avril 2019 sur les MDRO.

Une personne rappelle que la Flandre possède des recommandations cliniques pour la prévention des contaminations depuis 2012 qui seront bientôt actualisées. De plus, selon elle, la réforme de l'État et le fait que la prise en charge des personnes âgées est une compétence régionalisée permettent une plus grande cohérence dans la prise de décision et les actions mises en place. Par exemple, une campagne d'hygiène des mains dans les MRS de la région flamande a été réalisée en 2017 et sera actualisée tous les 2 ans. Une implication possible des Communautés (avec une dissociation des initiatives nationales IPC) peut dès lors être envisagée.

4. Politique antibiotique

4.1. A l'hôpital

« Depuis juillet 2007, tous les hôpitaux aigus et les hôpitaux chroniques comptant au moins 150 lits Sp et/ou G bénéficient d'un financement pour le fonctionnement d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie (GGA) au sein de leur institution (arrêté royal du 19 juin 2007). Les normes auxquelles ces groupes doivent satisfaire et les missions qu'ils doivent assurer sont définies à l'arrêté royal du 12 février 2008. Les GGA font office d'organes consultatifs à l'hôpital en ce qui concerne l'utilisation responsable des antibiotiques et la gestion des germes résistants. Le protocole prévoit que les activités des groupes de gestion de l'antibiothérapie et le soutien par le BAPCOC (formation interuniversitaire en gestion de l'antibiothérapie, journées d'étude nationales et ateliers) se poursuivront. »

Les avis des répondants sont partagés sur la réalisation de cet aspect du protocole d'accord.

Deux répondants saluent cette initiative et la mise sur pied des GGA, mais quelqu'un note leur manque de visibilité et craint que l'importance de leur rôle soit sous-estimée au sein des hôpitaux.

Une autre personne note que les GGA ne sont pas véritablement liés au protocole d'accord, mais trouve judicieux d'intégrer cet aspect dans la réflexion entourant cette démarche d'évaluation.



Une personne précise que les GGA ne sont **pas supervisés** (ni au niveau fédéral, ni régional ou communautaire) et que leur qualité varie ostensiblement selon l'hôpital. De plus, elle note qu'**aucun feedback sur les activités** n'est disponible, à part le rapport d'activité annuel de l'hôpital qui ne fait pas l'objet d'une évaluation suffisamment solide par BAPCOC. Une autre mentionne qu'il n'y a pas de contrôle de la consommation d'AB par le niveau fédéral. Cependant, un troisième répondant mentionne que des données fournies par les GGA sont collectées mais l'analyse de celles-ci reste insuffisante. L'impact réel des GGA (sur la prophylaxie chirurgicale, par exemple) et la pertinence des budgets alloués à l'heure actuelle ne sont donc pas clairement connus.

Une personne suggère par ailleurs d'améliorer le feedback et l'interprétation des résultats obtenus vers les équipes de terrain, une autre demande de développer des indicateurs de qualité (indicateurs TATFAR, par exemple) et une troisième souhaiterait que la communication des données, entre les différentes instances impliquées, soit améliorée (par exemple, le TC-MDRO n'est pas directement informé des rapports de consommation d'AB alors qu'ils sont réalisés par Sciensano).

Deux personnes demandent un soutien des activités des GGA par le GT médecine hospitalière (BAPCOC) (comme le SWAB aux Pays-Bas).

En ce qui concerne la surveillance de la consommation d'antimicrobiens dans les hôpitaux, une personne estime qu'elle doit être soumise aux mêmes objectifs d'optimisation et de validation que les autres surveillances actuellement en place. Elle suggère la mise en place d'une validation scientifique des résultats et stratégie des recommandations de la surveillance BeH-SAC. Un autre répondant pense néanmoins que la surveillance de la consommation d'AB est satisfaisante et bien contrôlée, par rapport à d'autres pays.

Une autre pense qu'il est nécessaire d'harmoniser et de formaliser les formations concernant la résistance aux antimicrobiens et l'*antimicrobial stewardship*. Une personne se réjouit que les formations interuniversitaires, les journées d'études nationales et les ateliers soient régulièrement mis à jour et aient du succès.

Un répondant signale qu'il se pourrait que les financements attribués aux hôpitaux pour les GGA soient en fait utilisés à d'autres fins, une autre personne pense que les moyens alloués sont trop insuffisants pour que les GGA aient un impact réel sur l'hôpital. Par ailleurs, un répondant souligne la difficulté d'attirer les acteurs hospitaliers vers les GGA et propose la reconnaissance des microbiologistes et infectiologues afin de disposer de plus de ressources.

En ce qui concerne le guide de traitements hospitaliers IGGI, un participant demande qu'il soit gratuitement mis à disposition des hôpitaux, ce qui est en fait déjà en partie le cas (mauvaise visibilité). Les recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier financées et publiées par BAPCOC étant, à l'origine, identiques à celles rassemblées dans IGGI, il y a lieu de s'interroger sur la concurrence entre elles. Plus généralement, la visibilité de BAPCOC pourrait aussi être améliorée selon un répondant, par exemple en développant un site internet convivial.

D'autre part, pour information, le "[Draaiboek infectiebeleid in de Vlaamse woonzorgcentra](#)" existe aussi en français.

Finalement, une personne demande s'il serait pertinent de développer une structure équivalente pour les cliniques vétérinaires.

4.2. En ambulatoire

« Le protocole recommande de répéter chaque année en pratique ambulatoire les campagnes de promotion de l'utilisation rationnelle d'antibiotiques, complétées par une intervention à l'intention des médecins généralistes. »

Les parties prenantes ont des avis partagés sur la réalisation de cet élément du protocole.

Il est demandé par un participant que ces campagnes de sensibilisation pour le grand public et les professionnels de la santé soient maintenues. Par ailleurs, deux personnes proposent de lier la sensibilisation à la formation des professionnels de santé.

Néanmoins, l'efficacité de ces campagnes, et donc l'impact sur la consommation globale d'AB, reste limitée selon un répondant. Quelqu'un suggère de développer une méthodologie robuste d'évaluation de l'impact des campagnes de sensibilisation, tant auprès des professionnels de santé que du grand public. Il propose également que des professionnels de la communication participent au projet afin que des messages clé pratiques et clairs atteignent les publics ciblés.

Finalement, une personne souhaite impliquer davantage les prescripteurs (MG et MCC) dans la mise à jour de ces campagnes.

« Le protocole prévoit qu'un nouveau guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire sera régulièrement élaboré et diffusé. »

La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire pense que cet aspect du protocole a été en partie réalisé.

Une personne mentionne que ce guide est une référence pour les médecins et une autre précise qu'il est apprécié par le secteur.

Cependant, plusieurs personnes notent que le dernier guide ambulatoire date de 2012. Il est actuellement en cours d'actualisation (prévu pour l'été 2019).

Comme le souligne un participant, sa visibilité (par informatisation web ou appli) pourrait être améliorée, tout comme sa convivialité, sa facilité d'utilisation, etc.

Finalement, une personne souhaite qu'un lien entre le guide BAPCOC sur la consommation d'antibiotiques en ambulatoire et dans le milieu hospitalier soit établi.

« Le protocole prévoit qu'un feedback relatif aux données de prescription d'antibiotiques pour médecins généralistes doit être régulièrement répété. »

Les répondants sont partagés sur ce point, deux indiquent que cet aspect a été partiellement réalisé, alors qu'une autre personne note qu'il est entièrement réalisé et une dernière pas du tout.

Des feedbacks aux MG sur leurs prescriptions (entre autres, d'AB) sont envoyés tous les 3 ans et se rapportent aux consommations de l'année N-2. Le dernier envoi a été fait début janvier 2019 par l'INAMI.



Il est souhaité par deux personnes que la fréquence des feedbacks aux prescripteurs en santé humaine (avec benchmark et/ou auto-suivi des caractéristiques de sa propre prescription) soit augmentée.

Pour information, les vétérinaires spécialisés dans les animaux producteurs de denrées alimentaires recevront aussi un feedback sur leur prescription d'antibiotiques.

Un répondant suggère que l'*antimicrobial stewardship* en ambulatoire soit soutenu, par exemple, par des études de type PAR et des e-learning.

Finalement, la formation obligatoire (de base) des prescripteurs devrait être renforcée comme le signalent plusieurs personnes. Une personne précise notamment que les formations AMR-IPC dans le cadre des GLEMs et de l'accréditation devraient être harmonisées et validées.



Messages-clés

Ce rapport a pour dessein d'évaluer le protocole d'accord signé en 2013 et mesurer le déploiement du plan d'action national de lutte contre les MDRO. Il recueille les avis de treize parties prenantes et constituera, entre autres, une base de travail pour le développement du futur plan national d'action contre la résistance aux antimicrobiens.

Des réponses reçues ressortent les messages-clés suivants :

Au niveau de la coordination : les rôles confiés à la CNL n'ont pas tous été remplis mais restent cependant requis. Une structure nationale de coordination (CNL ou une structure équivalente) regroupant les différents partenaires impliqués dans la lutte contre les MDRO (représentants BAPCOC, les institutions fédérales et des Entités fédérées, Sciensano, ...) devrait être mise sur pied. En effet, ses missions de coordination et de soutien pour la validation ainsi que l'implémentation des conclusions émises par d'autres organes semblent essentielles.

Au niveau de l'OST : l'OST doit posséder un haut niveau d'expertise scientifique, ce qui mériterait encore d'être développé et pourrait se faire par le recours ponctuels à des experts du terrain (ex : experts de laboratoires de référence) ; en complément, l'OST devrait organiser la mise en valeur de l'expérience cumulée lors de ses interventions. Il serait souhaitable que l'OST puisse intervenir non seulement en cas de crise à MDRO, mais également comme conseiller IPC auprès des institutions de soins, en vue de prévenir les crises. Les interactions entre les MR/MRS/hôpitaux et l'OST devraient être stimulées et des mécanismes luttant contre le sous-rapportage ou la déclaration tardive des épidémies devraient être mis en place.

En ce qui concerne le TC-MDRO, une structure telle que la CNL doit être développée pour valider ses recommandations. La communication du TC-MDRO vers les autres structures impliquées dans le plan MDRO doit être améliorée, selon des canaux formalisés et réguliers. Dans le cadre des surveillances, une déclaration plus standardisée devrait être développée, en prenant notamment en compte les intérêts tant au niveau national qu'au niveau local (charge de travail, bénéfices potentiels apportés à l'hôpital). Aussi, des pistes de réflexion devraient être engagées sur les modalités des surveillances obligatoires ou non.

Concernant la prévention et la maîtrise des infections, de nouveaux indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des campagnes d'hygiène des mains et de pérenniser leur impact devraient être développés. D'autre part, les missions du MCC voire l'organisation de l'IPC et de *l'antimicrobial stewardship* au sein des MRS devraient être redéfinies en lien avec le milieu hospitalier afin d'atteindre de meilleurs impacts dans ces domaines.

Finalement, **en ce qui concerne la politique antibiotique**, il faudrait évaluer les bénéfices apportés par les GGA, renforcer leurs activités, soutenir les journées d'étude nationales, les ateliers et les formations interuniversitaires, ainsi que la formation de base sur la gestion de l'antibiothérapie. Une meilleure visibilité des guides thérapeutiques disponibles gratuitement doit être assurée.



Recommandations

Sur base des réponses obtenues au questionnaire et des discussions menées lors de la rencontre avec les parties prenantes le 4 juin 2019, les recommandations stratégiques qui ressortent de cette évaluation, telles que validées avec les parties prenantes consultées, appellent à réviser la coordination globale de la lutte contre les MDRO.

En ce qui concerne les organes de lutte contre les MDRO, il est recommandé de :

- Rationnaliser l'organisation générale de la lutte contre les MDRO
- Redéfinir les rôles, fonctionnement et objectifs de chaque structure impliquée
- Habilitier un organe pour faire le lien entre les administrations fédérales et les Entités fédérées, assurer la coordination des organes de lutte contre les MDRO déjà mis en place, évaluer et discuter les conclusions scientifiques (rapports scientifiques, avis du TC-MDRO, ...) et en suivre l'implémentation. Ces rôles, prévus par le protocole MDRO via la création de la « CNL », et jusqu'à présent partiellement remplis par BAPCOC, pourraient être repris par un organe existant ou au sein d'un futur organe. Cependant, la création d'une nouvelle structure n'est pas nécessairement soutenue.
- Améliorer la visibilité des structures de lutte contre les MDRO ainsi que le flux d'information (cf. point 'communication' ci-dessous)
- Renforcer la robustesse de l'OST et élargir ses missions à la prévention
- Intégrer durablement et efficacement les institutions de soins chroniques dans la lutte contre l'AMR et les MDRO, éventuellement par une interaction renforcée avec les plateformes régionales d'hygiène hospitalière et la redéfinition des rôles de ces dernières
- Renforcer les contacts et échanges d'informations des organes de lutte aux secteurs extrahospitaliers et non-humain, selon le principe « One World, One Health »
- Stimuler, encourager les collaborations entre les différents niveaux de pouvoir afin de décloisonner les approches mises en œuvre et mettre à profit pour tous les secteurs les initiatives conduites

Une amélioration de la communication est essentielle, il est recommandé notamment de :

- Elaborer une stratégie globale de communication, orientée en priorité vers les acteurs de terrain
- Améliorer, formaliser, structurer la communication (entre experts et administrations ; et entre administrations) et stimuler les interactions efficaces inter- et intra-structures, ainsi qu'entre les plateformes fédérale et régionales d'hygiène, les hôpitaux, MRS, ...
- Centraliser les canaux de communication vers les experts et vers les professionnels du terrain



L'importance d'avoir des données du terrain valides est indiscutable pour lutter contre les MDRO. Il est dès lors recommandé de :

- Mieux standardiser les données de surveillance ainsi que le rapportage des épidémies de MDRO (peut-être via l'introduction d'une plateforme en ligne comme au Pays-Bas où les hôpitaux peuvent non seulement déclarer toute épidémie à MDRO mais également suivre la situation dans d'autres structures hospitalières en temps réel⁴)
- Repenser les surveillances nationales obligatoires et garantir un équilibre entre ces les analyses pour le niveau national et le monitoring hospitalier (local)
- Redéfinir les objectifs derrière chaque collecte et partage de données afin de justifier leur nécessité
- Valider les données et les indicateurs de manière externe (audit)
- Fournir un retour (feedback) pertinent vers les institutions comprenant l'analyse et des résultats intégrés des données envoyées aux administrations
- Améliorer les échanges d'informations avec le secteur vétérinaire (par ex via la plateforme PlaSur) afin de mieux prévenir/gérer la propagation de résistances transmissibles entre secteurs humains et vétérinaires (zoonoses).

En ce qui concerne les professionnels sur le terrain, il est demandé de :

- Veiller à la mise en place d'une autorité de type « contrôle des infections » dans les MRS qui sera une personne de référence pour les médecins traitants et le gestionnaire de la MRS, et qui assurera la mise en place et le suivi de programmes d'IPC et d'AMS dans les MRS⁵
- Reconnaître, mandater et financer les spécialités en microbiologie et en infectiologie

Les ressources sont capitales dans la lutte contre les MDRO, il est donc recommandé de :

- Accorder les budgets alloués en lien avec les enjeux présents et à venir de l'AMR, des MDRO et des infections associées aux soins et formaliser leur utilisation (financement des CNR, équipes hospitalières, MRS, OST, ...)
- Définir les normes en termes de personnel nécessaires pour la lutte contre les MDRO

⁴ <http://www.meldpuntuitbraken.nl/home>

⁵ La mise en place et le suivi de programmes d'IPC et d'AMS serait loin d'être optimale dans les MRS, notamment dû au cloisonnement actuel entre milieux hospitalier et extrahospitalier, à la segmentation des responsabilités entre les différents niveaux de pouvoir impliqués et à des ressources également sous-évaluées pour ce secteur des soins chroniques. Les institutions de soins chroniques pourraient dès lors représenter en Belgique un maillon faible dans la chaîne de transmission des MDRO.



Annexes

- Annexe 1: Questionnaire « Évaluation du protocole d'accord concernant le Plan national Multidrug Resistant Organisms (MDRO) du 21/11/2013 »
- Annexe 2: Vragenlijst « Evaluatie van het protocolakkoord met betrekking tot het nationale plan multidrug resistant organisms (MDRO) van 21/11/2013 »

Evaluation du protocole d'accord concernant le Plan national Multidrug Resistant Organisms (MDRO) du 21/11/2013

Rôle dans la lutte contre les MDRO :		Date :			
	Elément prévu par le protocole d'accord MDRO (Multi Drug Resistant Organisms)	Cet élément du protocole a-t-il été réalisé?	Points positifs quant à la réalisation (mise en œuvre, intérêt, etc.)	Difficultés quant à la réalisation (mise en œuvre, intérêt, etc.)	Recommandations ou suggestions (à maintenir, à adapter, à supprimer) ?
I. Une meilleure coordination de la lutte contre les MDRO					
Commission nationale pour la lutte contre les MDRO (CNL-MDRO)					
Q1	Le protocole prévoit la création d'une Commission nationale pour la lutte contre les MDRO (CNL-MDRO), qui sera créée au sein du Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) et qui regroupe des représentants du BAPCOC, de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS), des inspections d'hygiène ou services de lutte contre les maladies infectieuses des Entités fédérées, des représentants pertinents des Entités fédérées, de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), et les membres pertinents de la TC-MDRO (NRC et WIV-ISP). La CNL-MDRO peut, le cas échéant, faire appel à des experts externes.				



Outbreak Support Team (OST)					
Q2	Les établissements de soins (hôpitaux et structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées) confrontés à une épidémie d'infections liées aux soins (due aux MDRO) peuvent faire appel aux inspections d'hygiène et services de lutte contre les infections des Entités fédérées. Le protocole prévoit que les Entités fédérées prennent les mesures nécessaires en vue d'élaborer et d'opérationnaliser un fonctionnement OST au sein de leurs services d'inspection d'hygiène et services de lutte contre les infections.				
Q3	L'OST doit contribuer à la maîtrise des foyers de MDRO dans les établissements de soins par un appui judicieux aux établissements concernés, un pilotage de ceux-ci, une intervention sur place et un contrôle si nécessaire.				
Q4	La coordination de l'OST sera assurée par la Communauté compétente, qui réalisera aussi l'enquête sur place avec l'appui du WIV-ISP. Un avis supplémentaire pourra être obtenu sur demande auprès d'experts externes pertinents.				



Q5	La responsabilité principale et finale de l'épidémie incombe à l'hôpital ou structure d'hébergement et de soins pour personnes âgées concerné (constat, prise en charge, suivi et notification d'une épidémie dans l'établissement). L'OST peut toutefois contribuer à ce que la direction mette en oeuvre tous les moyens (financiers) nécessaires et prenne toutes les mesures requises, même si celles-ci peuvent être très radicales (p. ex. fermeture temporaire de certaines unités de soins, cohortage de patients infectés).				
----	--	--	--	--	--

II. Le renforcement de la surveillance épidémiologique et microbiologique

	Comité Technique-MDRO (TC-MDRO)				
Q6	Le protocole prévoit la création du TCMDRO (secrétariat assuré par Sciensano) et l'organisation de réunions régulières, auxquelles sont conviées Sciensano, les CNR pertinents (comme p. ex. 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 résistant aux antibiotiques) et le cas échéant, d'autres instances et experts.				



Q7	Les missions du TC-MDRO impliquent notamment la surveillance des MDRO dans les établissements de soins aigus et chroniques et en médecine ambulatoire, la consommation d'antibiotiques susceptible de donner lieu à une résistance et la prévalence des infections liées aux soins en général, c'est-à-dire à chaque niveau de soins.				
Q8	Afin de mener à bien les actions de surveillance et études en milieu ambulatoire, il est indiqué de mettre sur pied une surveillance, par le TC-MDRO, de la résistance en dehors des hôpitaux, accompagnée ou non d'un réseau de laboratoires vigies privés et/ou d'un CNR MDRO en dehors de l'hôpital. Ce réseau de laboratoires vigies privés ou CNR MDRO en dehors de l'hôpital participera également aux réunions du TC-MDRO.				
Q9	Le protocole prévoit que les conclusions, recommandations et propositions du TC-MDRO sont transmises aux ministres compétents, aux pouvoirs publics concernés, à la Commission nationale de lutte contre les MDRO (CNL-MDRO) et au CSS.				



Q10	<p>Dans le cadre de ses obligations internationales, la Belgique dispose d'un Risk Assessment Group (RAG), dont la coordination est assurée par le WIV-ISP. Le protocole recommande que le RAG fasse appel à l'analyse et à l'expertise du TCMDRO concernant l'émergence de (nouveaux) MDRO afin d'évaluer l'impact de la menace aigue pour la santé publique, de la catégoriser en fonction de son niveau de risque et d'en évaluer le risque de dispersion. Si un RAG a été organisé dans le cadre des MDRO, a-t-il fait appel aux experts du TC-MDRO?</p>				
Q11	<p>Le protocole recommande d'adapter les protocoles de la "Surveillance des infections nosocomiales" conformément à l'avis récent de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière. Selon cet avis, les hôpitaux aigus devraient obligatoirement dorénavant participer aux protocoles suivants : Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (MRSA), septicémies au niveau de tout l'hôpital et à la surveillance des bactéries à Gram négatif multirésistantes. À côté de cela, ils en choisissent encore un parmi les protocoles suivants : Clostridium difficile, entérocoques résistant à la vancomycine (VRE), pneumonies et bactériémies en unités de soins intensifs, ou infections des plaies opératoires.</p>				



	III. Maîtrise des infections				
	Hôpitaux				
Q12	Il est recommandé de poursuivre les activités des plateformes régionales d'hygiène hospitalière et de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière, et d'implémenter le jeu d'indicateurs de qualité pour l'hygiène hospitalière.				
Q13	Il est recommandé de réitérer la campagne de promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux tous les deux ans.				
	Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées				
Q14	Il est recommandé que les structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées, ainsi que les maisons de repos et de soins (MRS) et, à terme, les maisons de repos (MRP) disposent d'un MCC et développent une politique précise pour les infections liées aux soins.				



IV. Politique antibiotique					
Hôpitaux					
Q15	Depuis juillet 2007, tous les hôpitaux aigus et les hôpitaux chroniques comptant au moins 150 lits Sp et/ou G bénéficient d'un financement pour le fonctionnement d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie (GGA) au sein de leur institution (arrêté royal du 19 juin 2007). Les normes auxquelles ces groupes doivent satisfaire et les missions qu'ils doivent assurer sont définies à l'arrêté royal du 12 février 2008. Les GGA font office d'organes consultatifs à l'hôpital en ce qui concerne l'utilisation responsable des antibiotiques et la gestion des germes résistants. Le protocole prévoit que les activités des groupes de gestion de l'antibiothérapie et le soutien par le BAPCOC (formation interuniversitaire en gestion de l'antibiothérapie, journées d'étude nationales et ateliers) se poursuivront.				
Pratique ambulatoire					
Q16	Le protocole recommande de répéter chaque année en pratique ambulatoire les campagnes de promotion de l'utilisation rationnelle d'antibiotiques, complétées par une intervention à l'intention des médecins généralistes.				



Q17	Le protocole prévoit qu'un nouveau guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire sera régulièrement élaboré et diffusé.				
Q18	Le protocole prévoit qu'un feed-back relatif aux données de prescription d'antibiotiques pour médecins généralistes doit être régulièrement répété.				

	V. Votre appréciation générale des nouveautés apportées par le protocole (score de 1 à 10 : 1= pas du tout, 10 = tout à fait)	
Q19	Pensez-vous que le protocole d'accord de 2013 a permis une bonne coordination de la lutte MDRO ?	
Q20	Considérez-vous que la constitution du l'OST est efficace dans la lutte contre les foyers de MDRO?	
Q21	Considérez-vous que la constitution du TC-MDRO a permis de renforcer la surveillance épidémiologique et microbiologique des MDRO ?	
	VI. Toute autre remarque éventuelle (améliorations pour le futur)	



Evaluatie van het protocolakkoord met betrekking tot het nationale plan multidrug resistant organisms (MDRO) van 21/11/2013

Uw rol in de strijd tegen MDRO's:		Datum :			
Element voorzien in het protocolakkoord MDRO (Multi Drug Resistant Organisms)	Werd dit element van het protocolakkoord gerealiseerd?	Positieve punten over de implementatie (uitvoering, belang, enz.)	Problemen m.b.t. de implementatie (uitvoering, belang, enz.)	Aanbevelingen of suggesties (behouden, aanpassen of schrappen)	
I. Een betere coördinatie van de strijd tegen MDRO's					
Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO)					
Q1	Het protocol voorziet in de oprichting van een Nationale commissie voor de bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO) binnen de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) met vertegenwoordigers van BAPCOC, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), de gezondheidsinspecties of diensten voor infectieziektebestrijding van de gefedereerde entiteiten, de relevante vertegenwoordigers van de gefedereerde entiteiten, van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en de relevante leden van de TC-MDRO (NRC en WIV-ISP). De NCB-MDRO kan desgewenst beroep doen op externe experts.				



Outbreak support Team (OST)					
Q2	Zorginstellingen (ziekenhuizen en woonzorgcentra) kunnen in het kader van een uitbraak van zorginfecties (met MDRO's) beroep doen op de gezondheidsinspecties en diensten Infectieziektebestrijding van de gefedereerde entiteiten. Het protocol bepaalt dat de gefedereerde entiteiten de nodige maatregelen nemen om een OST-werking te ontwikkelen en te operationaliseren binnen hun gezondheidsinspecties en diensten Infectieziektebestrijding.				
Q3	Het OST moet uitbraken van MDRO's in zorginstellingen helpen beheersen door inzichtelijke ondersteuning van zorginstellingen, sturing van zorginstellingen, interventie ter plaatse en, indien nodig, handhaving.				
Q4	De coördinatie van het OST zal gebeuren door de bevoegde gemeenschap, die ook het onderzoek ter plaatse zal doen, met ondersteuning van het WIV-ISP. Bijkomend advies kan "op afroep" bekomen worden bij relevante externe experts.				



Q5	De hoofd- en eindverantwoordelijkheid van de outbreak ligt bij het betreffende ziekenhuis of WZC (vaststellen, aanpakken, opvolgen en melden van een uitbraak in de instelling). Het OST kan er wel toe bijdragen dat de directie alle nodige (financiële) middelen inzet en alle vereiste maatregelen neemt, ook al zijn deze soms zeer ingrijpend (vb. tijdelijke sluiting van bepaalde verpleegeenheden, cohortering van besmette patiënten).				
----	--	--	--	--	--

II. Versterking van de epidemiologische en microbiologische surveillance

Technisch Comité -MDRO (TC-MDRO)					
Q6	Het protocol voorziet in de oprichting van het TC-MDRO (secretariaat waargenomen door Sciensano) en de organisatie van vergaderingen op regelmatige basis waarop Sciensano en de relevante NRC's worden uitgenodigd (zoals bijvoorbeeld NRC Staphylococcus aureus; NRC Streptococcus pneumoniae invasive; NRC Enterococci; NRC ESBL or carbapenemase producing Enterobacteriaceae; NRC antibiotic resistant Pseudomonas and Acinetobacter), en desgevallend andere instanties en experts.				
Q7	De opdrachten van de TC-MDRO houden onder meer de bewaking in van MDRO's in de acute en chronische verzorgingsinstellingen en in de ambulante geneeskunde, het antibioticumgebruik dat tot resistentie kan leiden en de prevalentie van zorginfecties in het algemeen, t.t.z. op elk niveau van de zorgverlening.				
Q8	Om surveillances en studies in de ambulante setting in goede banen te leiden is het aangewezen om bewaking van resistentie buiten de ziekenhuizen op te zetten vanuit de TC-MDRO, al dan niet met een netwerk van private peillaboratoria en/of een NRC MDRO buiten het ziekenhuis. Dit netwerk van private peillaboratoria of NRC MDRO buiten het ziekenhuis zal eveneens deelnemen aan de vergaderingen van de TC-MDRO.				



Q9	Het protocol bepaalt dat de conclusies, aanbevelingen en voorstellen van de TCMDRO worden overgemaakt aan de bevoegde ministers, de betrokken overheidsinstanties en de Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO) en aan de HGR.				
Q10	In het kader van haar internationale verplichtingen beschikt België. over een Risk Assessment Group (RAG) die gecoördineerd wordt door het WIV-ISP. Het protocol beveelt aan dat het RAG beroep doet op analyse en expertise van de TC-MDRO betreffende (nieuw) opduikende MDRO's teneinde de impact van de acute dreiging op de volksgezondheid in te schatten, ze te catalogeren in functie van haar risiconiveau en het risico voor verspreiding te evalueren. Als een RAG met betrekking tot de MDRO's was georganiseerd, heeft hij beroep op de TC-MDRO-experts gedaan?				



Q11	<p>Het protocol beveelt aan de protocollen van het “Toezicht op de nosocomiale infecties” aan te passen conform het recente advies van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne. Volgens dit advies moeten acute ziekenhuizen voortaan verplicht deelnemen aan volgende protocollen: Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), septicemieën over het hele ziekenhuis en aan de surveillance van multiresistente Gramnegatieve bacteriën. Daarnaast kiezen ze nog één van de volgende protocollen: Clostridium difficile; Vancomycineresistente enterokokken (VRE); pneumonieën en bacteriëmieën in de eenheden intensieve zorg; of infecties van de operatiewonden.</p>				
-----	---	--	--	--	--



	III. Infectiebeheersing				
	Ziekenhuizen				
Q12	Het verdient aanbeveling de activiteiten van de regionale samenwerkingsplatforms voor ziekenhuishygiëne en van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne verder te zetten, alsook de sets van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne te implementeren.				
Q13	Het is aanbevolen de campagne ter promotie van handhygiëne in de ziekenhuizen om de twee jaar te herhalen.				
	Woon- en zorgcentra				
Q14	Het is aanbevolen dat woonzorgcentra, zowel rust- en verzorgingstehuizen (RVT) als op termijn rustoorden (ROB) beschikken over een CRA en een duidelijk zorginfectiebeleid ontwikkelen.				



	IV. Antibioticabeleid				
	Ziekenhuizen				
Q15	<p>Sinds juli 2007 genieten alle acute ziekenhuizen en chronische ziekenhuizen met minstens 150 Sp-bedden en/of G-bedden van een financiering voor de werking van antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG) in hun instelling (KB van 19 juni 2007).</p> <p>De normen waaraan deze groepen moeten voldoen en de taken die ze moeten uitvoeren, worden gedefinieerd in het KB van 12 februari 2008. In essentie fungeren de ABTBG als een adviesorgaan inzake het verantwoord gebruik van antibiotica en de beheersing van resistente kiemen in het ziekenhuis. Het protocol bepaalt dat de activiteiten van de antibiotherapiebeleidsgroepen en de ondersteuning vanuit BAPCOC (interuniversitaire opleiding in antibiotherapiebeheer, nationale studiedagen en workshops) verdergezet zullen worden.</p>				
	Ambulante praktijk				
Q16	<p>Het protocol beveelt aan de campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica jaarlijks te herhalen, met een bijkomende interventie gericht op de huisartsen.</p>				



Q17	Het protocol bepaalt dat er regelmatig een nieuwe Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk zal worden opgesteld en verspreid.				
Q18	Het protocol bepaalt dat een feedback antibiotica voor huisartsen m.b.t. hun voorschrijfgegevens regelmatig herhaald moet worden.				
	V. Uw algemene beoordeling van de nieuwe elementen van het protocol (score van 1 tot 10: 1= helemaal niet, 10 = helemaal)				
Q19	Denkt u dat het protocolakkoord van 2013 een goede coördinatie van de strijd tegen MDRO's mogelijk heeft gemaakt?				
Q20	Bent u van mening dat de oprichting van de OST effectief is bij het beheersen van MDRO-uitbraken?				
Q21	Bent u van mening dat de oprichting van de TC-MDRO de epidemiologische en microbiologische surveillance van de MDRO's heeft versterkt ?				
	VI. Alle andere opmerkingen (verbeteringen voor de toekomst)				