

**Cours
Approfondi de
Chimiothérapie
Infectieuse et
Vaccinologie**

Comment mettre en place un programme de stewardship (**bon usage des**) antibiotique (**s**) dans mon hôpital ?



Dr S Alfandari
Réfèrent ATB et EMA CH Tourcoing (et un peu CHU Lille)
salfandari@ch-tourcoing.fr – www.gilar.org
Novembre 2025

Lien d'intérêt 5 dernières années

- ▶ Inscription à un congrès (dans ma ville) pour 1 présentation dans un sympo Gilead (2023)

Qui êtes vous ?

▶ Lieu de travail

- CHU
- Etablissement support de GHT
- Autre établissement

▶ Fonction

- Réfèrent ATB sans service de MIT
- Réfèrent ATB avec service de MIT
- Membre d'une EMA
- Pas encore référent mais c'est pour bientôt

Qui a déjà eu ça ?

- Elle a une pneumonie, ou une pyélo, ou une cholécystite
- Je mets quoi pour une CRP à 100 ?
- Il a des hémocs à staph doré, on a mis de la cloxacilline PO
- On arrivait plus à le piquer alors on a passé la vanco per os
- On m'a dit de mettre 9g de céfazoline, mais j'ai regardé le vidal et j'ai baissé à 2g
- Il a chauffé, on a mis du céfotaxime, puis de la tazo, puis du méro, puis ajouté de la dapto, puis ajouté de la caspo. Il chauffe toujours. Je mets quoi ?

Programme

- ▶ Une brève histoire du temps
- ▶ L'organisation du BUA en France
- ▶ Bien cadrer son projet
- ▶ Vous avez des alliés même si vous ne le savez pas
- ▶ Ce qu'on peut faire selon le temps qu'on a
- ▶ Quelques liens utiles

C'est quoi le BUA / AMS ?

- ▶ “Antimicrobial stewardship is a coherent set of actions which promote using antimicrobials responsibly, i.e. in ways that ensure sustainable access to effective therapy for all who need them”

Dyar CMI 2017
McGowan New Horiz 1996

Une brève histoire du temps

- ▶ 1999: Institut de veille sanitaire (futur Santé Publique France)
 - Propositions pour un plan national d'actions pour la maîtrise de la résistance aux ATB
 - Equipes opérationnelles clinico-microbiologiques
- ▶ 2001: Mission « Kouchner »
 - Plan national pour préserver l'efficacité des ATB
 - Médecin référent en ATB: Estimation : Un 1/2 temps pour 500 lits de MCO
- ▶ 2002:
 - conférence de consensus de la spilf
 - circulaire ministérielle: recommandation non opposable, et pas de ratio référent/n lits
- ▶ 2006:
 - Indicateur obligatoire de bon usage des ATB, dont présence d'un référent ATB (iCATB)
- ▶ 2013:
 - décret = mesure opposable
 - ICATB2: comporte un ratio temps de référent/n lits (0,3ETP/400 lits MCO)
- ▶ 2015:
 - Instruction « lutte contre l'antibiorésistance »
 - Centre de conseil en ATB (régionaux)
 - Leviers de financement: EPP, certification, etc
- ▶ 2020:
 - Instruction « prévention ATB-R »
 - Centres régionaux en antibiothérapie
 - Equipes multidisciplinaires en antibiothérapie
- ▶ 2022:
 - Décret: Financement des centres régionaux en antibiothérapie: Extension à la ville
- ▶ 2026
 - BUA = critère impératif certification

L'organisation du BUA en France: CRAAtb

- ▶ Centres régionaux en antibiothérapie
=> **Financement ARS**
- ▶ Binôme responsable : infectiologue – médecin généraliste
 - ▶ + temps secrétariat et datamanager (mutualisé avec cpias)
- ▶ Rôles :
 - En appui à l'ARS
 - Pilotage de la politique régionale de bon usage
 - Coordination et animation de réseau: EMA, antibioréférents
 - Travail avec URPS, CPTS, ordres pro...
 - Expertise et appui aux professionnels de santé



L'organisation du BUA en France: EMA

- ▶ Équipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie
 - => **(un peu de) Financement ARS**
 - Théoriquement 1/GHT minimum
 - Action sur ES du GHT, EMS, libéraux
 - Effecteurs de la politique régionale de BUA au niveau local
 - 1/3 temps: activité stratégique BUA
 - 2/3 temps: avis
 - Infectiologue - (temps de) pharmacien – (temps de) microbiologiste -/ + IDE formé(e) en infectiologie +/- MG
 - Collaboration avec les EOH

L'organisation du BUA en France: l'ES

- ▶ Référent en antibiothérapie
 - => **Autofinancement ES**
- ▶ Travaille avec la CME, ou sa sous commission chargée des anti-infectieux

**Vous venez d'être recruté.e par
le Centre Hospitalier KOMPARZAR
de OULALACÉDUR qui recherche un infectiologue pour
l'établissement de 400 lits, et son EHPAD**



**On vous demande de mettre un place un programme de
BUA**



Monter un programme, les étapes

- ▶ Evaluation des besoins
 - Quelle est la situation locale ?
- ▶ Mise en place
 - Quelles stratégies?
- ▶ Impact
 - Que mesurer ?

Evaluation des besoins

- ▶ Quelle est la situation locale ?
 - Epidémie ?
 - Surprescription majeure ?
 - Antériorités des actions (s'il y en a)
- ▶ Outils informatique disponibles ?
 - DPI
 - Logiciel de labo
 - Logiciel d'antibiogouvernance
- ▶ Identifier attentes et difficultés des principaux acteurs
- ▶ Identifier prescripteurs les plus intéressés par l'ATB

Motivation de la direction et CME

► Direction

- Temps médical suffisant = Temps dédié spécifique
 - Un médecin déjà temps plein ne peut pas faire ça « en plus »
 - Si temps partagé, difficile de faire ça en plus de la salle
- Ouverture sur achat logiciel AB si pas existant
- Ne vous engagez pas sur des résultats mais sur la mise en route d'un plan d'action

► Besoin de soutien CME

- Droits d'accès étendu DPI
- Validation « droit d'intervention »: interventions non sollicitées

Mise en place

- ▶ Priorisation des actions
- ▶ Construction plan d'action selon ressources
- ▶ Ne soyez pas trop ambitieux au début
- ▶ Identifiez les prescripteurs les plus motivés et commencez avec eux
 - Restez disponible pour les autres
- ▶ Travaillez en équipe avec pharmaciens, microbiologistes, et équipe de prévention de l'infection

Car oui, vous avez des amis

- ▶ Microbiologistes
 - Surveillance résistances
 - Aide aux choix des stratégies thérapeutiques
 - Alerte sur évènement (HC, LCS, BMR...)
- ▶ Pharmaciens
 - Suivi des consommations
 - Analyse pharmaceutique des prescriptions
 - Alertes sur prescriptions hors norme
 - Gestion des pénuries
- ▶ Equipe de PRI
 - Suivi des BMR
 - Surveillance des IAS
- ▶ Médecine du travail
 - Vaccination du personnel

Quelles interventions ?

high-certainty evidence that interventions are effective in increasing compliance with antibiotic policy and reducing duration of antibiotic treatment.


Davey Cochrane 2017
Barlam CID 2016

- ▶ « Stratégies éducatives »
 - Visites au lit du patient et discussion avec les prescripteurs
 - Formation lors de réunions et distribution de matériel pédagogique
 - Audits et feedback
 - Rappels informatisés ou par voie d'affichage
- ▶ « Stratégies +/- coercitives »
 - Antibiogrammes ciblés
 - Prescriptions contrôlées
 - Arrêt automatique des prescriptions

Réfèrent en ATB: double rôle

- ▶ Mission globale
 - Construction/pilotage de la politique de bon usage
- ▶ Mission individuelle
 - Avis au cas par cas sur des situations cliniques
 - Besoin de reconnaissance de la compétence du praticien par l'ensemble des prescripteurs nécessaire pour acceptabilité des conseils en antibiothérapie

Mission globale

 Centre Hospitalier de Tourcoing	Politique du bon usage des antibiotiques	MNG INF 001 V1	
		Date d'application : 05/2025	Page 1/4

L'organisation du bon usage de antibiotiques repose sur la commission des anti-infectieux, qui est la sous-commission de la CME et est animée par le référent en antibiothérapie. Son objectif principal est l'optimisation de la pertinence des prescriptions des anti-infectieux.

- ▶ Animer un groupe institutionnel sur les anti-infectieux
 - Commission des antibiotiques, comité du médicament etc...
 - Liste des anti-infectieux autorisés et conditions de prescription
- ▶ Etablir un plan d'action annuel
 - Surveillance des consommations et des résistances
 - Organiser des audits (anti-infectieux, examens complémentaires)
 - Formation du personnel médical et paramédical
 - Aide à la prescription
- ▶ Établir un bilan d'activité annuel et le présenter aux décideurs



**ÉLÉMENTS-CLÉS D'UN PROGRAMME
DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES
EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**


Aide à la prescription: guide de traitement

- ▶ Elaborations de recommandations tenant compte
 - Du recrutement et de l'écologie locale
 - Des recommandations nationales ou internationales
 - De la littérature
- ▶ Idéalement rédigées avec les spécialistes des différentes disciplines
 - Favorise l'appropriation
- ▶ Réévaluées régulièrement sur le besoin de mise à jour
- ▶ Diffusées à tous les prescripteurs et facilement accessibles
 - Livret papier
 - Internet/intranet
 - Application smartphone

Liste d'antibiotiques critiques:

recommandations SPILF 2022 à la demande de la DGS

► 3 catégories

- Molécules à utilisation préférentielle
 - Molécules à indication restreintes
 - Molécules réservées 
- Céphalosporines
 - Ceftazidime/avibactam
 - Ceftolozane/tazobactam
 - Céfidérocol
 - Carbapénèmes
 - Ertapénème
 - Imipénème/cilastatine
 - Méropénème
 - Imipénème/cilastatine/rélébactam
 - Méropénème/vaborbactam
 - Fluoroquinolones
 - Delafloxacin
 - Glycopeptides et dérivés
 - Dalbavancine*
 - Cyclines
 - Tygécycline
 - Divers
 - Colistine
 - Fosfomycine
 - Streptomycine

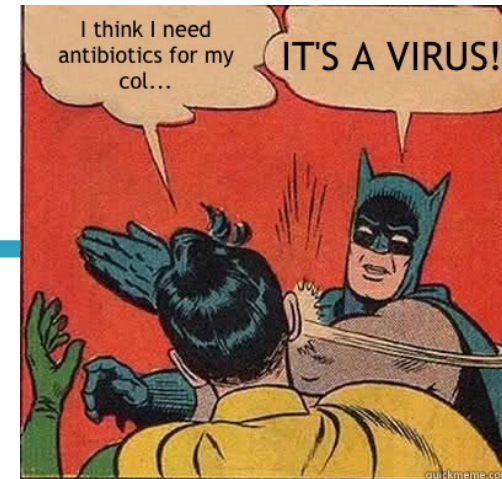
Aide à la prescription: conseil individuel à définir

- ▶ Sur demande des prescripteurs
 - Définir la période: heures ouvrables, 5j/7 ou H24 ?
- ▶ Sur alerte du laboratoire
 - Prélèvement positif: hémoculture, LCS ?
 - Sur souche résistante dans prélèvement diagnostic ?
- ▶ Sur alerte de la pharmacie
 - Prescription d'un antibiotique surveillé
 - Posologie/rythme/association inhabituelle
- ▶ Si vous les moyens informatiques
 - Avis non sollicités sur surveillance via dossier patient informatisé
 - Antibiotiques surveillés
 - Durée de prescription
- ▶ Visites systématiques dans certains services: réa, hémato
 - Au moins 1/sem

Missions cliniques: cas complexes

- ▶ Organiser le parcours des patients à infections complexes et/ou graves. (le niveau 2 est la création de RCP)
 - infections ostéo-articulaires dont pied diabétique
 - endocardites infectieuses
 - infections associées aux soins graves ou complexes
 - infections neurologiques
 - infections de l'immunodéprimé
 - infections dues à un pathogène émergent

Les réfractaires



- ▶ Pas de recette magique
 - Faire savoir que vous êtes dispo et un jour ils auront besoin de vous. Et à force, peut être.....
- ▶ Si pd de surconsommation ATB, c'est dommage mais pas forcément prioritaire
- ▶ Si mise en danger immédiate des patients
 - Pas de prise en compte d'un résultat pertinent de R à l'ATB prescrit
 - Refus de réaction devant une épidémie
 - Dénier sur des ISO et refus de prendre avis CRIOAC

Les réfractaires

- ▶ Pas d'ATB actif sur HC R
 - C'est souvent le p'tit truc qui débloque la situation
- ▶ Refus de réaction devant une épidémie
 - Action conjointe avec EOH, et microbio: alerte direction, PCME. Demande cellule de crise. Signalement des IN via ESIN (hôpital) ou portail SESI (EHPAD).
- ▶ Dénî sur des ISO et refus de prendre avis CRIOAC
 - Reprendre (avec l'EOH), les interventions concernées (prothèses) et voir le taux d'ISO, puis discuter si élevé.
 - Si sollicité pour TT ATB, argumenter dans le dossier, sur CAT diag, TT ATB, besoin avis CRIOAC
 - Alerte PCME/direction sur risque médicoîégal et médiatique
 - Signalement ESIN

Impact

Le plus difficile

- ▶ Que mesurer?
- ▶ Comment?
- ▶ Quelle analyse?
- ▶ A qui rendre les résultats?
- ▶ Et savoir modifier la stratégie selon les résultats

Que peut on évaluer ?

▶ Structures

- Comment la structure est-elle organisée?
- Quelles sont les ressources disponibles?

▶ Processus

- Prescriptions : qualités des prescriptions, consommations
- Quelles actions mises en place: nombre de prescriptions réévaluées, nombre d'avis sollicités = bilan d'activité

▶ Résultats ?

- Conséquences sur la prise en charge
- Ex: résistance bactérienne, mortalité, incidence *C. difficile*

La nouveauté: Critère impératif certification

Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

- A. L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des ATB (politique, formation, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation).
- B. Les praticiens sont formés au bon usage des ATB, notamment ceux en cours de cursus.
- C. **Toute prescription** d'un traitement ATB et/ou sa prolongation est **justifiée** dans le dossier.
- D. Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie.
- E. Les prescriptions d'ATB sont **systématiquement réévaluées** entre H24 et H72
- F. L'EOH, les équipes, le référent en antibiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent leur consommation d'ATB et les résistances aux ATB.

Les points C et E peuvent poser problème

Guide d'entretien proposée aux EV par mission SPARES (sans garantie que ce soit appliqué)

- ▶ **Toute prescription** d'un traitement ATB et/ou sa prolongation est **justifiée** dans le dossier.
- ▶ Les prescriptions d'ATB sont **systématiquement réévaluées** entre H24 et H72
 - Entretien avec le référent en antibiothérapie
 - Éléments de preuve/Indicateurs suggérés:
 - Procédures validées par CAI/COMEDIMS rendant ceci obligatoire pour les prescripteurs
 - Réalisation régulière d'un quick audit sur un échantillon de prescriptions
 - % de prescriptions dont l'indication est tracée dans le dossier médical

Fiche conseil

Mission Surveillance et Prévention de l'Antibiorésistance, incluant le bon usage des antibiotiques, en Établissement de Santé

SPARES

Pertinence des prescriptions d'antibiotiques :

Préparer la certification

Quelles évaluations faire ?

- ▶ Niveau macro
 - Consommation / résistance
 - Facile à faire mais très peu informatif
- ▶ Niveau patient
 - Indispensable pour améliorer les pratiques
 - Chronophage
 - Analyse de dossier parfois complexe

Mission nationale SPARES

- ▶ Réseau consores
 - Outil de suivi des consommations et résistances
 - Imports annuel ou trimestriel
- ▶ Pb de pérennité: missionné pour 5 ans par SPF puis nouvel appel d'offre
 - Pas fonctionnel pour les données 2023 (année de l'appel d'offre)
 - Plus pb informatique: nouveau prestataire
 - Pas de récupération de l'antériorité
 - Nouvel outil pas encore mature

Rendu antérieur

Rapport sur les consommations d'antibiotiques de l'établissement CH TOURCOING pour toutes les UF et services concernés, pour la période Année 2022

Votre consommation totale

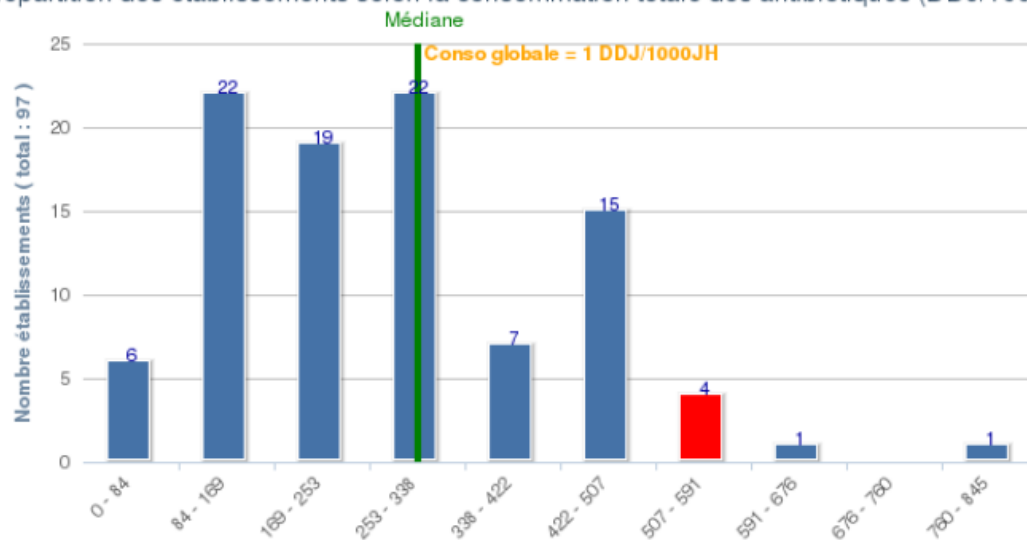
Pour la période **Année 2022**, la consommation totale pour toutes les UF et services concernés est de **562** DDJ/1000JH.
Votre consommation totale était de **607** DDJ/1000JH pour la période du **Année 2021** (-7.41 %)

Votre consommation totale hors antituberculeux

Pour la période **Année 2022**, la consommation totale hors antituberculeux pour toutes les UF et services concernés est de **545** DDJ/1000JH.
Votre consommation totale était de **600** DDJ/1000JH pour la période du **Année 2021** (-9.17 %)

Bench marking sur l'ensemble des établissements participants de type CH

Répartition des établissements selon la consommation totale des antibiotiques (DDJ/1000JH)



Rendu actuel

- Prioriser selon service et niveau/type de prescription

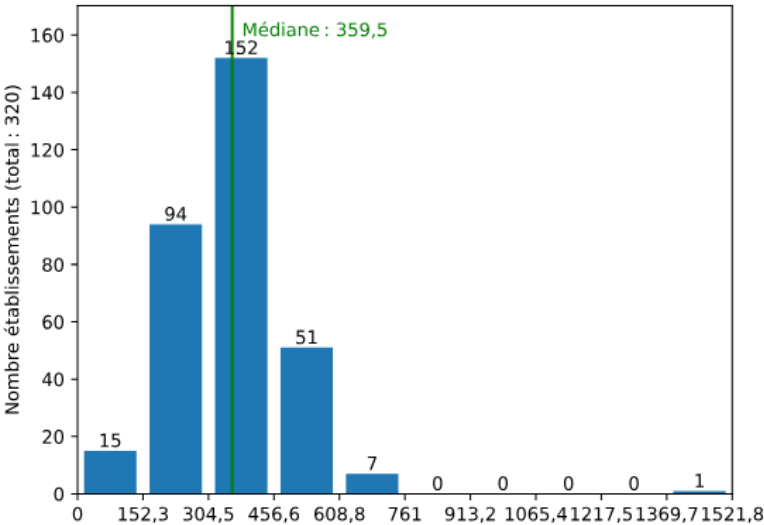
2.1 Antibiotiques

Consommation par secteur d'activité : nb de doses définies journalières / 1000 journées d'hospitalisation (DDJ/1000 JH) et variation (%)

Secteur d'activité	Nb de DDJ/1 000 JH		Variation	National	Année 2024	CH > 33%
	Année 2023	Année 2024				
Chirurgie		854,5				639,6
Gynécologie-obstétrique		177,2				223,0
Médecine		842,6				503,3
Pédiatrie		199,6				252,7
Psychiatrie						61,9
Réanimation		1529,7				1322,8
SLD		56,3				71,7
SMR		300,0				191,9
Urgence*		393,8				292,2
Total		596,7				380,5

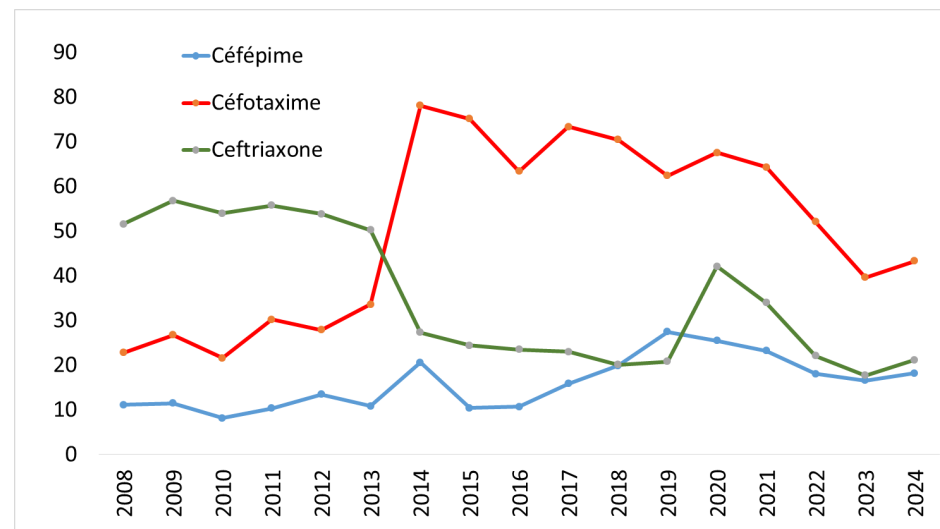
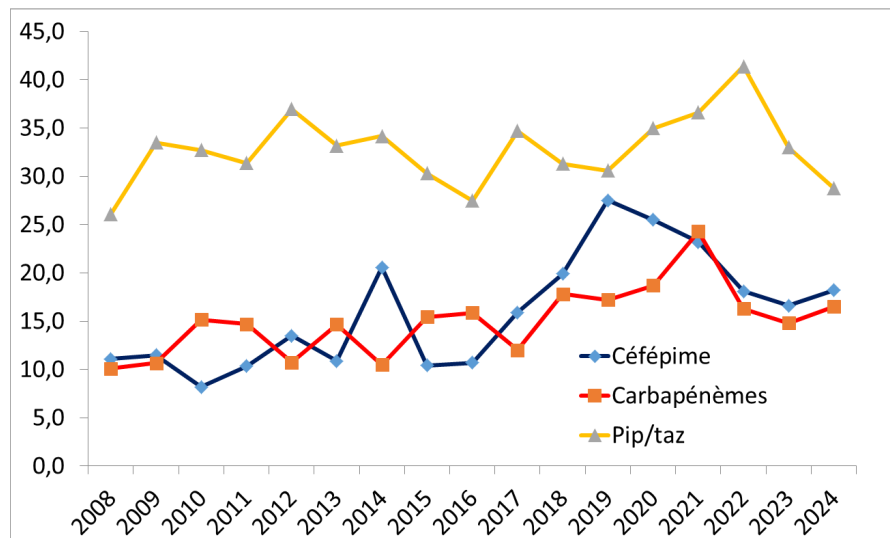
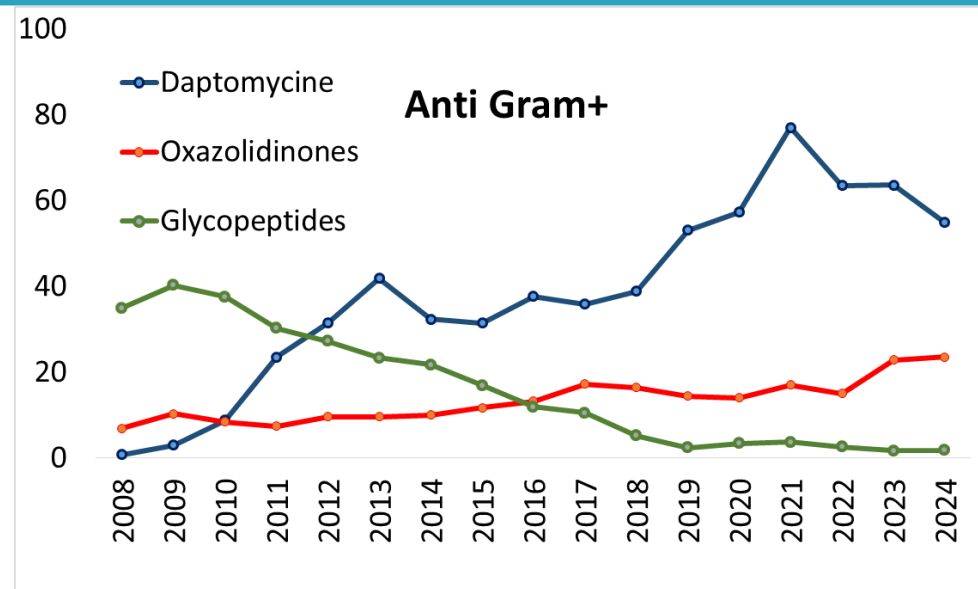
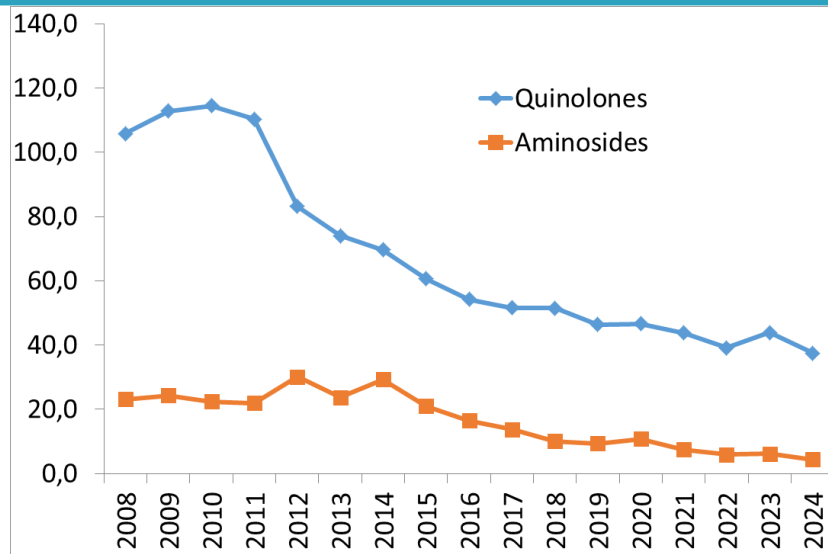
* Urgence : hospitalisation de très court séjour.

Comparaison de la consommation avec les établissements de type CH > 33% : nb de DDJ/1000 JH

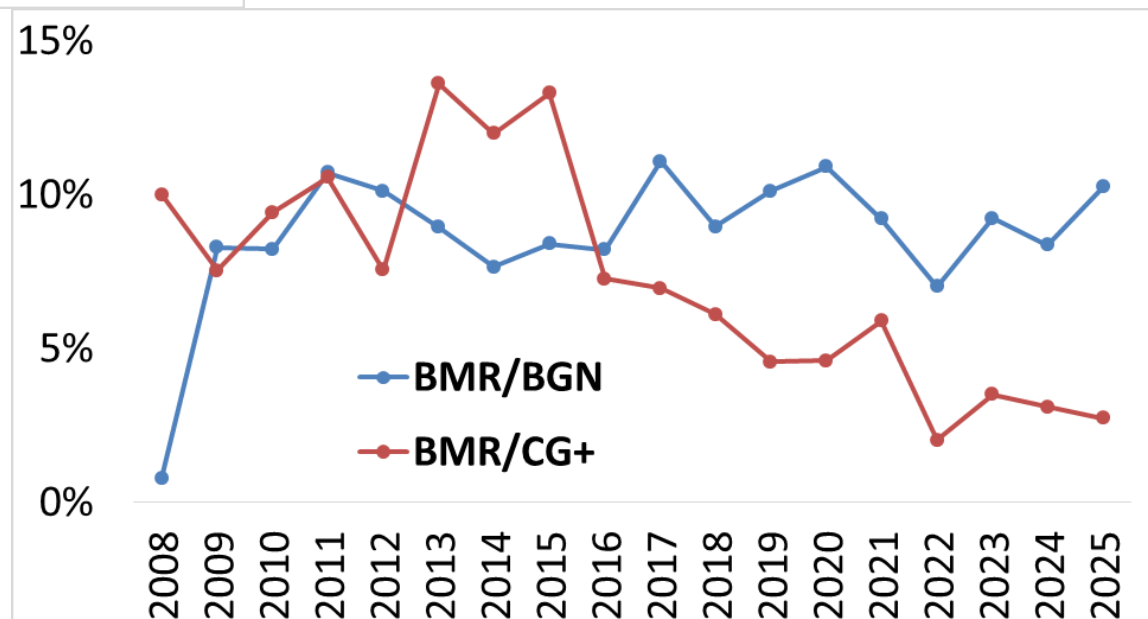
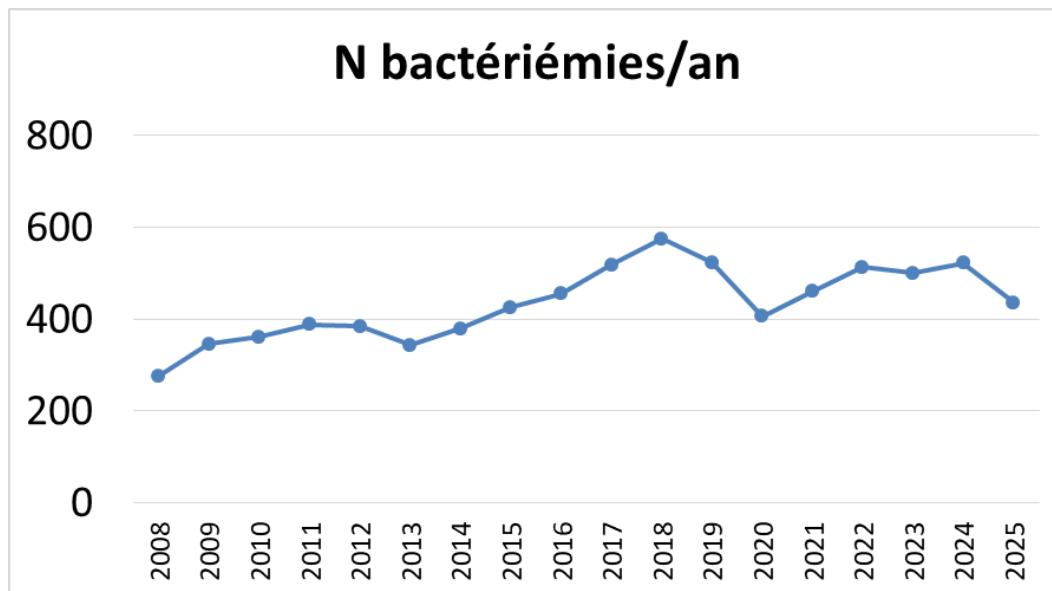


Suivi perso plus souple

Evolution de consommation en MCO



Evolution résistances hémocultures



Spares n'est pas encore mur

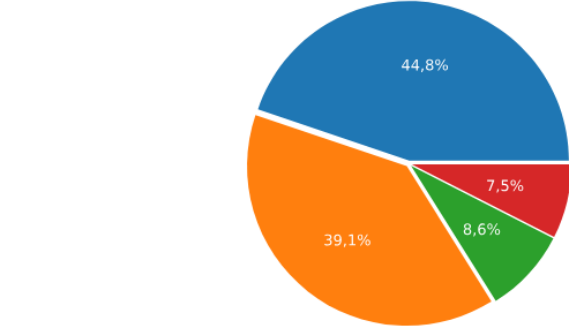
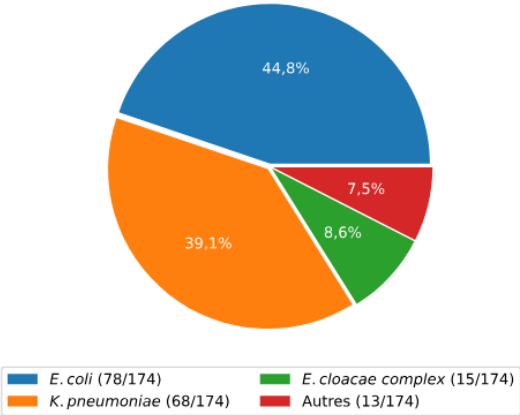
S. aureus résistant à la méticilline (SARM): % par type de prélèvement et variation (pp)

Type de prélèvement	Année 2023	Année 2024	Variation
Dispositif intravasculaire		0,0 (0/3)	
Hémoculture		6,9 (4/58)	
Liquide céphalorachidien			
Prélèvement profond		13,7 (19/139)	
Prélèvement respiratoire non protégé		14,6 (6/41)	
Prélèvement respiratoire protégé ou distal		50,0 (1/2)	
Urine		10,7 (3/28)	

3.5 Enterobacterales productrices de BLSE (EBLSE)

EBLSE: % par type de prélèvement et variation (pp)

Type de prélèvement	Année 2023	Année 2024	Variation
Dispositif intravasculaire		21,4 (3/14)	
Hémoculture		8,4 (19/227)	
Liquide céphalorachidien			
Prélèvement profond		7,3 (24/331)	
Prélèvement respiratoire non protégé		10,1 (12/119)	
Prélèvement respiratoire protégé ou distal			
Urine		8,5 (127/1486)	

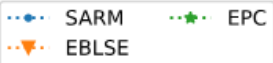


EPC: densité d'incidence: nombre de souches pour 1000 JH et variation (%)

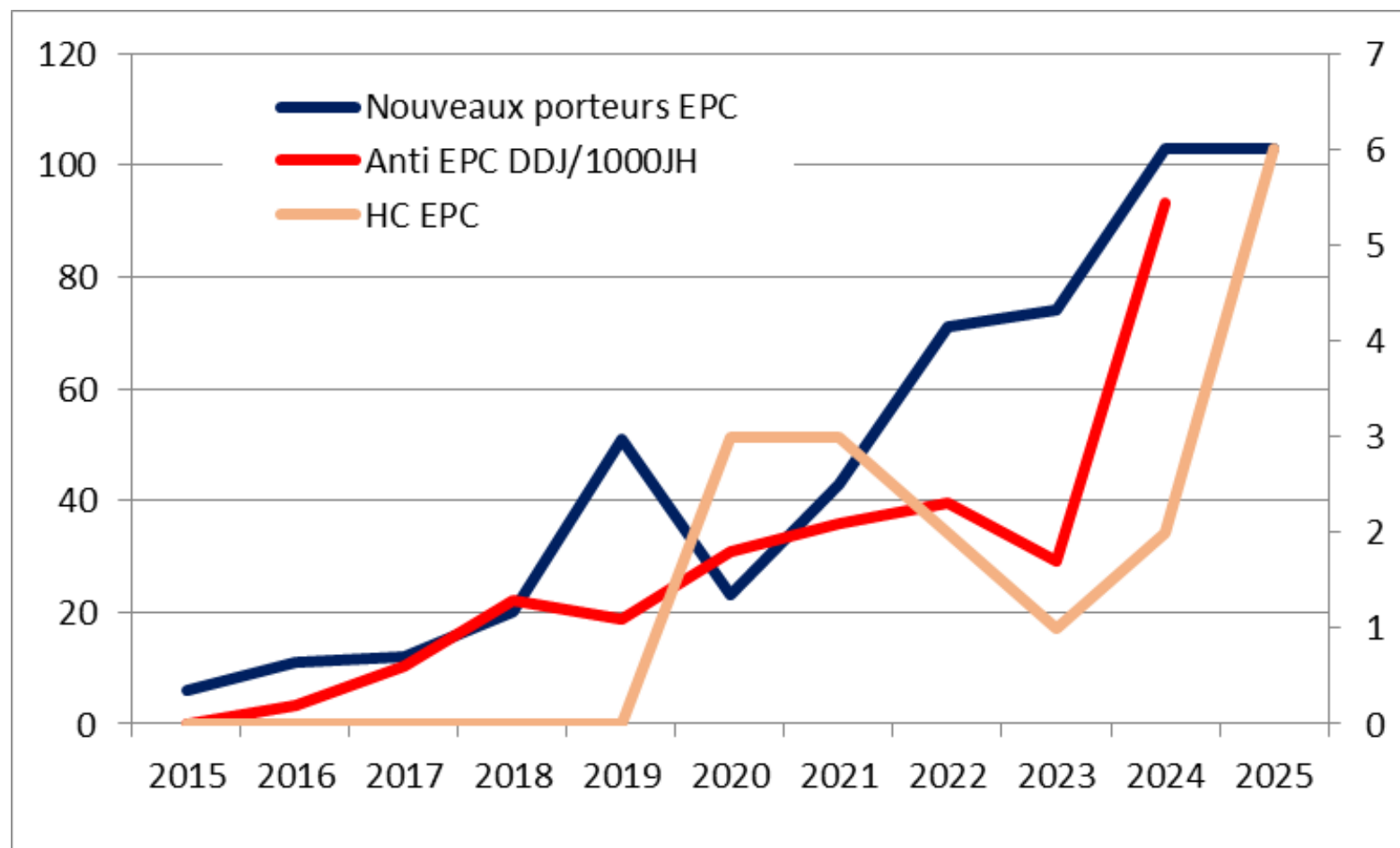
	Année 2023	Année 2024	Variation
Total		0,170 (24/140966)	
Total national		0,037 (1997/54561810)	

3.11 Évolution des densités d'incidence

Évolution des densités d'incidence (nombre de souches pour 1000 JH) des SARM, EBLSE et EPC



L'arrivée des EPC



Au total, surveillance macro

- ▶ Demande peu de temps
- ▶ Apporte peu d'informations
- ▶ Impose de tenir compte du contexte pour l'interprétation:
 - Ex, mon hôpital est dans le **top 4** consommateur des CHG
 - L'essentiel de la conso est dans 4 secteurs:
 - Mal Inf, Réa, Traumato, SSR
 - Mais
 - 15% des lits de MCO sont de la maladie infectieuse
 - CRIOAC et entre de référence régional pour infections vasculaires
 - Xème main: traitements longs et compliqués

Quel suivi/évaluations faire ou ne pas faire?

▶ Niveau macro

- Consommation / résistance
 - Facile à faire mais très peu informatif

▶ Niveau patient

- Indispensable pour améliorer les pratiques
- Détaillée ou ciblée
- Analyse de dossiers parfois complexe
- Plus ou moins chronophage: risque de se laisser déborder

Evaluation en continu

ATB « de réserve »

Aztreonam/avibactam
Céfidérol
Ceftazidime/avibactam
Ceftolozane/tazobactam
Ertapénème
Imipénème +/- relebactam
Méropénème +/- vaborbactam

► Vérification via DPI

- Quotidienne: 7 molécules en systématique
- Hebdomadaire: 28 molécules par échantillon
 - Indication
 - Posologie
 - Durée
 - Justification

C3G	FQ	Anti CG+	Autres	AF
Céfépime	Ciprofloxacine	Teicoplanine	Aztréonam	Caspofungine
Ceftazidime	Lévofloxacine	Vancomycine	Pipe/tazo	Voriconazole
Céfotaxime	Ofloxacine	Daptomycine	Tigécycline	Posaconazole
Ceftriaxone	Norfloxacine	Linezolide	Colistine	Isavuconazole
Céfixime	Moxifloxacine	Dalbavancine	Fosfomycine IV	Ambisome
	Delafloxacine	Oritavancine		Rezafungine

► Messages discutés avec prescripteurs

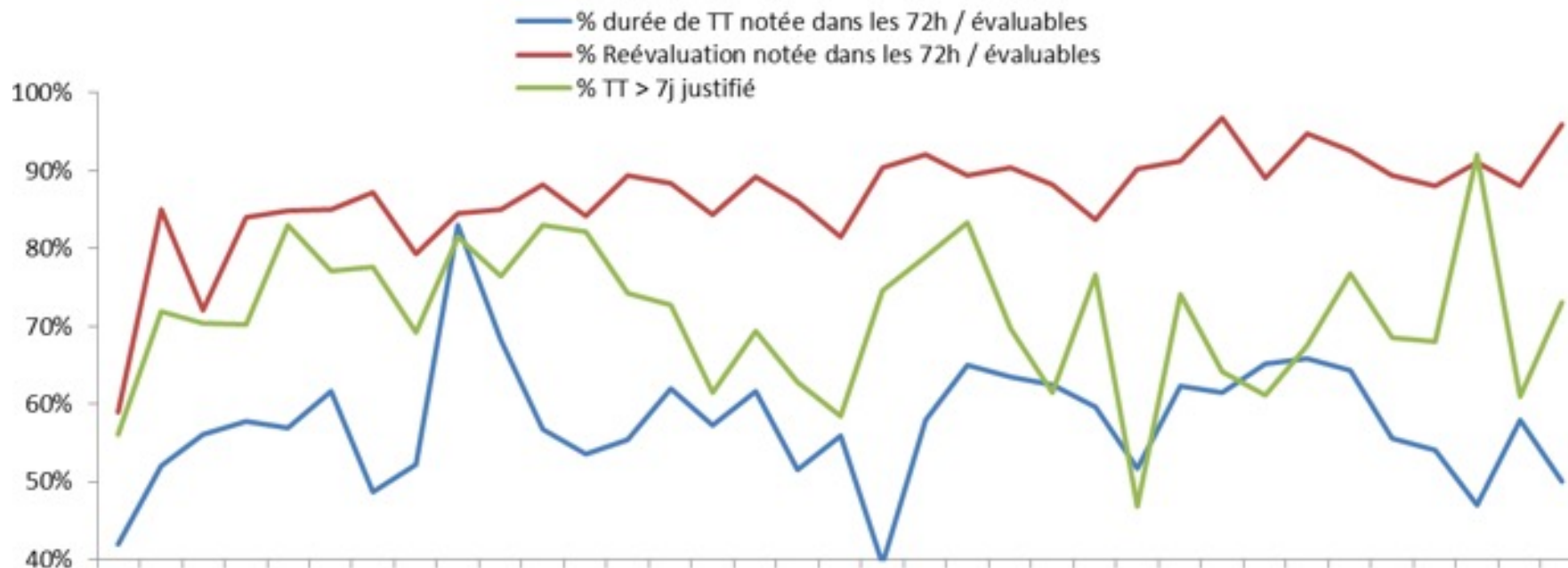
- Adapter ATB à la microbio
 - Désescalade, y compris si non documenté
 - Passage bi => monothérapie
- Relais PO
- Privilégier les durées courtes
- Faire noter réévaluation

nom	prenom	date_Naissance	spécialité	UFH	début	fin	atb2	atb3	motif	comment	durée	fin	date fin	evalj3	evalj7
abc	a	26/8/46	claf	neuro	17/11				pipi	a revoir	0			20/11	24/11
yx	i	26/6/44	rocé	csg	16/11	23/11	fla		chol		1		18/11	19/11	23/11
abc	a	2/10/68	claf	sp	2/11	7/11	fla		bof	a revoir	5	fin	7/11	desesc	arret
def	b	15/11/33	axp	mp	29/10	4/11	fla		temp	avis OR	6	fin	3/11	ok	arret
ghi	c	7/3/52	dapto	miao	23/10	5/11			spd	serm	13	fin	2/11	pe	relais
jkl	d	27/9/30	rocé	sp	28/10	31/10			pipi	a revoir	3	fin	28/10	arret	arret
mno	e	23/2/41	claf	cardio	30/10	6/11			temp		7	fin	31/10	ok	arret
pqr	f	30/6/50	axp	pneumo	31/10	6/11	bact		pulm	sm+ab	6	fin	31/10	ok	arret
stu	g	30/3/47	claf	sp	29/10	5/11			SG		7	fin	31/10	ok	arret

Réévaluation à J3	jan	fev	mar	avr	mai	jui	aout/ sep	oct	nov	dec
Lignes de traitement différentes	314	224	213	251	202	218	200	88	242	236
Réévaluation faite et ATB poursuivi	120	126	128	134	117	97	90	39	107	115
Désescalade sur ATBG	54	28	14	45	24	28	24	9	29	17
Non évaluable (ICD, IOA, BK, EI, IPV, Lyme etc...)	42	18	20	20	17	26	34	15	41	42
Aucune	21	6	20	11	13	19	19	6	23	7
Arret	13	14	10	16	16	21	13	2	25	12
Simplification (relais IV/PO sans documentation)	19	13	8	6	5	11	12	8	8	9
Transfert ou sortie précoce (sans infos sur durée)	9	1	3	2	7	1		3	4	1
Escalade sur ATBG ou clinique	6	2	3	1	2	2	2	3	4	2
DC	6	2	2	2		2	3	2	1	5

Indicateurs de bon usage: le +

- ▶ Très satisfaisant: traçabilité réévaluation précoce
- ▶ Insuffisant: traçabilité justification traitements de plus de 7 jours
- ▶ Médiocre: traçabilité de la durée prévisible dans les 72h suivant le début de la prescription



Indicateurs de bon usage: le -

- ▶ Très très chronophage
 - 2h de recueil/j
 - 2h de passage dans les services et d'avis/ j
- ▶ Méthode abandonnée
 - N'a pas survécu au covid....

Evaluation ciblée

- ▶ Quick audits
 - Durée de traitement des pneumonies
 - % de bactériémies avec au moins un ATB actif en probabiliste
 - Eval sur une classe: pertinence de prescription d'une molécule ou classe
- ▶ Eval sur une indication
 - Antibioprophylaxie

Durée de traitement des pneumonies

- ▶ Indicateur national obligatoire
- ▶ Méthodologie unique
- ▶ Dossiers tirés au sort sur la base de codage des séjours
- ▶ On doit regarder 50 dossiers
 - Vérifier que ce sont bien des pneumonies
 - Et noter, pour ceux ayant plus de 7j de TT si une justification est notée dans le dossier,
 - Avec un dossier informatisé ca prends 5mn par dossier

Pourcentage de séjours de patients pour lesquels une antibiothérapie de durée ≥ 7 jours a été prescrite au cours de leur séjour, ou justifiée pour une durée supérieure, pour infection respiratoire basse.

Résultat de l'indicateur	
Valeur (2025)	94% (n*=47)
Intervalle de confiance à 95% (2025) :	[83% - 99%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

% de bactériémies avec au moins un ATB actif en probabiliste

- ▶ Plus contraignant car en continu
- ▶ Plus facile en routine si dossier patient/biologie et prescription informatisée
- ▶ En 2021: 83% sur 377 bactériémies
 - (adaptation médiane en 29h si probabiliste inadéquat)

Evaluation ciblée à la demande

- ▶ Grille (non finalisée) proposée par spares
- ▶ Quick'eval antibio²

ANALYSE "LIGHT"	
Nombre de patients inclus	6
Pourcentage de dossiers pour lesquels l'	100%
Pourcentage de dossiers pour lesquels la prescription de l'antibiothérapie est jugée "utile" à J1 après évaluation de la démarche diagnostique	100%
Pourcentage de dossiers pour lesquels, à J1, la ou les molécule(s) choisie(s) sont toutes appropriées ainsi que la voie d'administration	100%
Pourcentage de dossiers pour lesquels la réévaluation ou l'arrêt sont tracés (totalement ou partiellement)	100%
Pourcentage de dossiers pour lesquels la poursuite de l'antibiothérapie est jugée "utile" à J2-J4 après évaluation de la démarche diagnostique	100%
Pourcentage de dossiers dont la durée de traitement prévue à la réévaluation (J2-J4) est appropriée	67%
Pourcentage de dossiers avec une prescription appropriée à J2-J4 (molécule, durée et voie d'administration)	67%

N° patient	Date de l'audit	Service	Âge	Sexe	(J1) Indication de l'antibiothérapie tracée dans le dossier (O/N)	(J1) Catégorie d'infection suspectée (menu déroulant)	(J1) Antibiotique prescrit (en DCI, menu déroulant)	(J1) Voie d'administration (IV/PO/SC/IM)	(J1) Si bi antibiothérapie : antibiotique associé (en DCI, menu déroulant)	(J1) Voie d'administration (IV/PO/SC/IM) 2	(J1) Si tri antibiothérapie : antibiotique associé (en DCI, menu déroulant)	(J1) Voie d'administration (IV/PO/SC/IM) 3	(J1) Choix de la molécule antibiotique appropriée (= conforme au référentiel) (O/N/NA)
1	17/6/25	neuro	92	f	o	Infections respiratoires	Pipéracilline +	IV					O
2	17/6/25	chir	92	f	o	Infections digestives	Ceftriaxone	iv	Métronidazole	iv			o
3	17/6/25	gyn	23	f	o	Infections génitales hautes et IST	Céfotaxime	iv	Métronidazole	IV	Doxycycline	IV	NA
4	18/6/25	sp	87	m	o	Infections digestives	Pipéracilline +	iv					o
5	18/6/25	miae	85	m	o	Infections respiratoires	Pipéracilline +	iv					na
6	18/6/25	néphr	12	m	o	Infections digestives	Ceftriaxone	iv					o

ABP chir 2025

310 dossiers dont 201 avec indication d'ABP

Sur ABP réalisée 30 défauts :

- 13 sur la molécule (dont 7 appendocs)
- 10 ABP non tracée

Service	pas faite / pas indiquée	ABP faite / Indiquée	Mol OK	Dose OK	Réinj OK	60-0 mn	Sur ABP indiquée	Tout critère
Traumato n=115	38/38 (100%)	74/77	74/74	74/74	74/74	73/74	73/77 95%	111/115 97%
Gyn/Obs n=35	7/16 (56%)	18/19	17/18	25/25	25/25	25/25	17/19 89%	26/35 74%
Viscéral n=51	7/12 (58%)	35/39	25/35	40/40	39/40	37/40	23/39 59%	30/51 59%
Ophtalmo n=13	3/3	13/13	13/13	13/13	13/13	13/13	13/13 100%	13/13 100%
Uro N=31	11/14 (73%)	16/17	15/16	19/19	18/19	17/19	13/17 76%	23/31 74%
ORL N=18	17/17 (100%)	1/1	1/1	1/1	1/1	0/1	0/1	17/18 94%
Vasculaire N=44	7/9 (78%)	34/35	34/34	36/36	36/36	36/36	34/35 97%	41/44 93%
Total n=307	92/109 (84%)	191/201 (95%)	179/191 (94%)	208/208 (100%)	206/208 (99%)	202/208 (97%)	(86%) 172/201	(84%) 261/310

Compilation d'outils

Liste d'outils de BUA spares
(fichier excel nov 2025)

Description des différents onglets	
ONGLET	DESCRIPTION
Référentiels	Dans cet onglet sont répertoriés les différentes recommandations nationales et guidelines internationales : il regroupe les outils de base en termes de BUA.
Par situation clinique	Cet onglet comprend les différents outils, documents, articles, présentations et fiches classés par type d'infection.
Optimisation de l'antibiothérapie	Cet onglet regroupe les outils d'aide à la prescription et/ou à l'administration des antibiotiques pour tous types de patients et patients particuliers.
Outils stratégiques	Cet onglet regroupe les outils utiles à la mise en place d'actions et de programmes de BUA dans les structures de soins.
Audits	Cet onglet regroupe les outils aidant à la mise en place d'audits évaluant la qualité des prescriptions d'antibiotiques.
Formation	Cet onglet liste les formations validantes (DPC, certificat délivré en fin de formation) ou diplômantes dans le domaine du BUA (DU, DIU).

Date d'ajout	Secteur	Public	Titre	Type d'infection	Accès	Année de production / mise à jour	
nov-24	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	EPP : Antibioprophylaxie en Chirurgie	Antibioprophylaxie	Gratuit	2018	
nov-24	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	ETUDE CARBACA: Evaluation du bon usage des Carbapenemes par la Commission des Anti infectieux dans un CHU	Tous types d'infections	Gratuit	2022	
nov-24	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	Evaluation des prescriptions de ceftriaxone, cefotaxime et pipéracilline-tazobactam	Tous types d'infections	Gratuit	2019	
nov-24	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	Audit de réévaluation & durées de traitement par rapport aux recommandations 2021	Tous types d'infections	Gratuit	2021	
nov-24	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse	Infections respiratoires basses	Gratuit	2023	
nov-24	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	Audit d'évaluation des pratiques de prescription d'antibiotiques (focus infections urinaires)	Infections urinaires	Gratuit	2022-2024	
nov-24	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	Evaluation de la pertinence de l'antibiothérapie dans les infections urinaires et respiratoires	Infections génito-urinaires + infections respiratoires basses	Gratuit	2022	
NOUVEAU nov-2025	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	Méthodologie pour l'évaluation de la prise en charge des infections urinaires (OMEDIT Pays de la Loire, avril 2025)	Infections urinaires		2025	
NOUVEAU nov-2025	Etablissement de santé	Tous prescripteurs	Grille de recueil pour l'évaluation de la prise en charge des infections urinaires (OMEDIT Pays de la Loire, avril 2025)	Infections urinaires	Gratuit	2025	

La traçabilité

- ▶ Outil de saisie en ligne
 - Agrée hébergement données de santé si avis nominatifs
- ▶ Note dans le DPI
 - Pratique sur multi-intervenants
 - Peut permettre valorisation DIM si avis mentionné dans courrier de sortie
- ▶ Cahier « papier »

Logiciel d'antibiogouvernance

- ▶ Pas d'expérience perso hors démo
- ▶ Les +
 - Identifie l'usage potentiellement sous-optimal des antimicrobiens
 - Emet des alertes
 - Ecran de visualisation des données patient utiles
 - Tracabilité des interventions
- ▶ Le -
 - C'est couteux à l'achat (+ 20% maintenance annuelle)
 - Temps de configuration des connexions DPI/labo

Conclusion: action globale (avec la CAI)

- ▶ Choix des molécules dans le formulaire et rédaction de recommandations sur les infections les plus fréquentes
 - Ou adopter un référentiel existant
- ▶ Complété de mails d'information aux prescripteurs
 - Grandes modifications (ex: pneumonies 3-5-7)
 - Actions spécifiques (ex: pénurie aztréonam)
- ▶ Formation
 - Internes (et nouveaux praticiens): 2/an
- ▶ Suivi des consommations et résistances

Conclusion: action niveau patient (à adapter au temps disponible)

- ▶ Evaluation des pratiques: qualité ATB:
 - au moins 1 enquête/an ~50 dossiers
- ▶ Suivi en continu
 - Minimum souhaitable:
 - Bactériémies (strict minimum: à BMR)
 - Carbapénèmes
 - BL anti EPC
 - Niveau supérieur:
 - Selon priorité/consommation de l'établissement
 - A choisir parmi les antibiotiques réservés
- ▶ Moment de l'intervention selon possibilités
 - A l'initiation ? pas pratique (ni souhaitable)
 - A J2/J3 ?
 - A J7 si poursuite

Pour aller plus loin

- ▶ Cahier des charges des EMA adultes IDF (7/2025)
 - https://ghparis10.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/288/files/2025/07/V2-Cahier-des-charges-des-EMA-adultes_-2025.pdf
- ▶ Core competencies for antimicrobial stewardship teams (ESCMID/ESGAP) 2025 DOI: [10.1016/j.cmi.2025.04.035](https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.04.035)
- ▶ How to start an antimicrobial stewardship programme in a hospital 2020 DOI: [10.1016/j.cmi.2019.08.00](https://doi.org/10.1016/j.cmi.2019.08.00)
- ▶ **Séminaire SPILF/Infectio-DPC:** Implémenter un programme de Bon Usage des Anti-infectieux
 - [Sessions précédentes](#). Prochaine, peut être, fin 2026
- ▶ Infectiologie.com et la section du groupe BUA
 - [Outils de BUA](#) et [Stages en EMA](#)
- ▶ Lisez les papiers de Philippe Lesprit, Patricia Pavese, Céline Pulcini et plein d'autres

