

## INTRODUCTION

Le développement et la définition de cette série d'indicateurs de qualité est une initiative de la Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière (HH), dont l'objectif est de disposer d'un instrument permettant d'évaluer et de réduire les risques d'infection au sein de l'hôpital. La plateforme fédérale d'hygiène hospitalière fait partie du *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* (BAPCOC). Tous les hôpitaux belges aigus (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux ayant ou non un caractère universitaire) [1] sont tenus de procéder au suivi de la qualité de leur politique d'hygiène hospitalière à l'aide de ces indicateurs de qualité (voir Arrêté royal (AR) du 27/01/2015) [2].

Le présent rapport fournit les résultats des données relatives aux indicateurs de qualité en HH de 2017. Vous trouverez des rapports détaillés avec les résultats des précédentes collectes de données sur les indicateurs de qualité sur le site web NSIH: [http://www.nsih.be/surv\\_iq/reports\\_fr.asp](http://www.nsih.be/surv_iq/reports_fr.asp).

## Objectifs

L'objectif général de ce projet relatif aux indicateurs de qualité en HH est de définir, de hiérarchiser et de mettre en œuvre des stratégies et interventions de prévention des infections hospitalières afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux.

Le projet a trois objectifs spécifiques :

1. L'évaluation de la politique d'hygiène hospitalière au niveau national afin de donner aux responsables politiques une vision d'ensemble des tendances et du niveau d'hygiène hospitalière.
2. L'appréciation de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins à l'hôpital par une évaluation des moyens, de l'engagement et des efforts fournis par l'hôpital dans sa lutte contre les infections liées aux soins.
3. L'amélioration de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins à l'hôpital en encourageant les hôpitaux à enregistrer et améliorer leurs activités et leurs résultats).

Afin de répondre aux trois objectifs spécifiques susmentionnés, les données relatives aux indicateurs de qualité en HH sont utilisées comme suit :

- Objectif 1 : publication des scores de qualité agrégés au niveau national et régional.
- Objectif 2 : publication de scores de qualité par hôpital. Vous trouverez les scores agrégés du groupe d'indicateurs dans le présent rapport. Les scores détaillés sont disponibles via

[Healthstat.be](http://Healthstat.be).

- Objectif 3 : la mise à disposition pour chaque hôpital d'un rapport de qualité en HH individualisé (voir [Healthstat.be](http://Healthstat.be)).

Ce rapport inclut, pour les données recueillies en 2017, les scores de qualité au niveau national et régional, ainsi que les scores de qualité par plateforme régionale et par hôpital.

## 1. Evaluation de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins

La plateforme fédérale pour l'hygiène hospitalière a sélectionné et défini un ensemble d'indicateurs de qualité afin de mesurer et de suivre la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux aigus belges. En 2017, les indicateurs de qualité en HH ont été modifiés. Ce nouvel ensemble d'indicateurs comporte tous les indicateurs utilisés en 2013, 2015 et 2016 (indicateurs historiques) complétés par un nouveau groupe d'indicateurs et il a été fixé pour trois ans. Ce nouveau groupe d'indicateurs attache progressivement plus d'importance aux indicateurs relatifs aux audits de processus.

Ce nouveau set d'indicateurs comporte quatre groupes d'indicateurs :

1. Indicateurs d'organisation,
2. Indicateurs de moyens,
3. Indicateurs d'actions, et
4. Indicateurs de processus.

Chacun de ces quatre groupes d'indicateurs englobe un ou plusieurs indicateurs individuels (tableau 1). Vous trouverez une description détaillée dans le cahier des charges ([http://www.nsih.be/download/IQ/2018\\_cahier\\_des\\_charges\\_IQ.pdf](http://www.nsih.be/download/IQ/2018_cahier_des_charges_IQ.pdf)).

A l'aide de ces indicateurs, une évaluation détaillée de la qualité a été effectuée, en utilisant tant des scores de qualité individuels que des scores de qualité agrégés.

### 1.1. INDICATEURS INDIVIDUELS

Pour chaque indicateur, a été calculée la proportion (pourcentage) d'hôpitaux répondant à l'indicateur.

### 1.2. SCORE DE QUALITÉ

Pour chaque indicateur individuel, la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière a défini un score pondéré situé entre 1 et 4. Pour un petit nombre d'indicateurs, aucun score n'a été défini. Si l'hôpital satisfaisait à l'indicateur individuel, ce score pondéré était attribué. S'il ne satisfaisait pas à l'indicateur, un score '0' était attribué. En cas de réponse 'non applicable', le score correspondant était attribué si la motivation de ce choix de réponse était justifié (tableau 1).

Par groupe d'indicateurs était calculé un score de qualité (= score de qualité du groupe d'indicateurs) égal à la somme des scores d'indicateurs individuels pondérés faisant partie de ce groupe. Les indicateurs n'ayant pas reçu de score n'ont pas été repris dans le calcul destiné aux scores de qualité. Pour l'ensemble de tous les indicateurs, un score de qualité total a été calculé, égal à la somme de tous les scores d'indicateurs individuels pondérés.

De même, on a calculé par groupe d'indicateurs la moyenne des nombres d'hôpitaux qui satisfaisaient aux indicateurs individuels faisant partie du groupe d'indicateurs concerné.

### 1.3. CLASSES DE QUALITÉ

Sur la base du score de qualité du groupe d'indicateurs, trois classes de qualité ont été définies pour chaque groupe d'indicateurs: 'faible', 'moyenne' ou 'bonne'. Un score de qualité du groupe d'indicateurs ayant obtenu moins de deux-tiers (66,67%) du score maximal a reçu la classe de qualité 'faible'. Un score de qualité du groupe d'indicateurs ayant obtenu 80% ou plus du score maximal a reçu la classe de qualité 'bonne'.

Cette définition des classes de qualité est basée sur la définition qui a été utilisée dans les rapports précédents et donc, avec l'ancien groupe d'indicateurs. Les classes de qualité sont indiquées dans le tableau 1. Par analogie, trois classes de qualité (faible, moyenne ou bonne) ont été définies pour le score de qualité total pour l'HH.

## 2. Collecte des données

Le cahier des charges reprend une description détaillée des définitions des indicateurs et des instructions destinées à la collecte des données et aux pièces justificatives à conserver ([http://www.nsih.be/download/IQ/2018\\_cahier\\_des\\_charges\\_IQ.pdf](http://www.nsih.be/download/IQ/2018_cahier_des_charges_IQ.pdf)). Un formulaire papier a été mis au point afin que les hôpitaux puissent le cas échéant préparer leur enregistrement (Annexe 1).

Les données de 2017 ont été saisies par les hôpitaux de juillet à la fin novembre 2018 inclus via la plateforme en ligne Healthdata.be. Pour les hôpitaux fusionnés qui comptent plusieurs sites/campus, les données sont recueillies par fusion (numéro d'agrément) et non par campus/site. La liste du nombre théorique d'équivalents temps plein (ETP) financés dans les hôpitaux belges, médecins et/ou infirmiers/infirmières en HH et une liste reprenant les membres de chaque plateforme régionale, ont été fournies par le service public fédéral (SPF) Santé publique.

## 3. Analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel statistique SAS Enterprise Guide 7.13 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, Etats-Unis).

Les données de 2013, 2015 et 2016 ont été re-analysées par SAS, ce qui peut donner lieu à de petites différences dans les résultats comparativement aux rapports précédents.

## 4. Rapportage

Le mode de rapportage de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux belges au niveau national et régional et par plateforme régionale diffère du rapportage au niveau de l'hôpital.

Au niveau national et régional et par plateforme régionale (1) la proportion d'hôpitaux répondant à l'indicateur a été calculée pour chaque indicateur individuel, (2) la médiane et l'intervalle du score de qualité de tous les hôpitaux ont été calculés pour chaque groupe d'indicateurs et pour l'ensemble du groupe d'indicateurs, (3) la moyenne du nombre d'hôpitaux satisfaisant aux indicateurs individuels faisant partie du groupe d'indicateurs concerné a été calculée par groupe d'indicateurs et (4) le nombre d'hôpitaux faisant partie de la classe 'faible', 'moyenne' ou 'bonne' a été calculé pour chaque classe de qualité. Pour les indicateurs qui avaient déjà été utilisés en 2013, en 2015 et en 2016, la proportion d'hôpitaux satisfaisant à l'indicateur au cours de ces années passées a également été indiquée à titre de comparaison.

Au niveau de l'hôpital (1) les scores de qualité ont été calculés par groupe d'indicateurs et (2) il a été défini sur la base de ces scores de qualité du groupe d'indicateurs si la classe de qualité était 'faible', 'moyenne' ou 'bonne'. Les résultats des indicateurs individuels par hôpital sont disponibles sur [Healthstat.be](http://Healthstat.be).

**Tableau 1 • Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière utilisés dans le calcul d'un score de qualité et dans la mesure de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux belges (pour 2017).**

Groupe d'indicateurs et indicateurs (code d'indicateur correspondant tel que mentionné dans le cahier des charges et le formulaire d'enregistrement)	Score par indicateur	Echelle du score de qualité	Calcul des scores de qualité
<b>1. Indicateurs d'organisation</b> 1. (O.1.a) Présence d'un plan stratégique général en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité d'HH 2. (O.1.b) Le plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital 3. (O.2) Nombre de réunions annuelles du comité HH $\geq 4$ par an 4. (O.3) Plan d'action détaillé en HH présent et approuvé par le comité HH 5. (O.4) Rapport annuel en HH est présent et approuvé par le comité HH. 6. (O.5) L'/Les infirmier(s)-hygiénistes hospitalier(s) a/ont le statut de cadre infirmier intermédiaire	1 2 1 1 1 4	<i>Nombre d'indicateurs: 6</i>  <i>Score de qualité du groupe d'indicateurs:</i> maximum 10 – minimum 0  <i>Classement par classe de qualité:</i> • Faible: score <7 • Moyenne: score 7 • Bonne: score $\geq 8$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score correspondant si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ».</li> <li>• Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe.</li> </ul>
<b>2. Indicateurs de moyens</b> 1. (M.1) Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers $\geq 90$ % du nombre théorique 2. (M.2) Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères) $\geq 90$ % du nombre théorique 3. (M.3) Présence de référents en HH 4. (M.4) Nombre de référents dans les USI/nombre des USI $\geq 1$ 5. (M.5) Nombre de référents dans tous les services/nombre des services $\geq 1$ 6. (M.6.a) Nombre total d'heures de formation interne en HH dispensées par l'équipe d'HH au personnel de l'hôpital par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers(ères)) 7. (M.6.b) Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers(ères)) 8. (M.6.c) Nombre d'heures de formation par e-learning sur la prévention des infections suivies par le personnel de l'hôpital via e-learning.	2 2 1 2 2 Pas de score Pas de score Pas de score	<i>Nombre d'indicateurs: 8</i> (5 indicateurs dichotomes et 3 indicateurs numériques)  <i>Score de qualité du groupe d'indicateurs:</i> maximum 9 – minimum 0  <i>Classement par classe de qualité:</i> • Faible: score <6 • Moyenne: score 6 • Bonne: score $\geq 7$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score correspondant si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ».</li> <li>• En cas d'absence d'un département soins intensifs, le nombre maximal de points a été attribué pour l'indicateur M.4.</li> <li>• Indicateurs numériques (3 derniers indicateurs de la 1<sup>re</sup> colonne):</li> <li>• Aucun score n'a été attribué à ces indicateurs. Ceux-ci n'ont par conséquent pas été repris dans le calcul du score de qualité du groupe d'indicateurs.</li> <li>• Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe.</li> </ul>

### 3.1. Réunions

- |   |   |
|---|---|
| 1. (A.1) Participation de la direction aux réunions du comité d'HH                    | 2 |
| 2. (A.2) Participation de l'équipe d'HH aux réunions de la plateforme régionale en HH | 1 |

### 3.2. Surveillances

- |   |              |
|---|--------------|
| 3. (A.3.a) MRSA (surveillance locale)   | 1            |
| 4. (A.3.b) MRSA (surveillance nationale)  | 1            |
| 5. (A.4.a) Septicémies (surveillance locale)  | 1            |
| 6. (A.4.b) Septicémies (surveillance nationale)   | 1            |
| 7. (A.5.a) Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)                                   | 1            |
| 8. (A.5.b) Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)                                | 1            |
| 9. (A.6) Infections à <i>Clostridium difficile</i> toxigène (surveillance locale)                           | 1            |
| 10. (A.7) Infections dans les USI (surveillance locale)   | 1            |
| 11. (A.8) Infections de site opératoire (surveillance locale)   | 1            |
| 12. (A.9) Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)                                    | 1            |
| 13. (A.10) Autres surveillances (locales)   | Pas de score |
| 14. (A.11) Présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme) | 1            |

### 3.3. Audits de processus

- |   |              |
|---|--------------|
| 15. (A.13.a) Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux         | 1            |
| 16. (A.13.b) Procédure de prévention des septicémies associées au CVC               | 3            |
| 17. (A.13.c) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit             | Pas de score |
| 18. (A.14.a.) Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde            | 3            |
| 19. (A.14.b.) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit            | Pas de score |
| 20. (A.15.a) Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive | 3            |
| 21. (A.15.b.) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit            | Pas de score |
| 22. (A.16.a) Procédure de prévention des infections de site opératoire              | 3            |
| 23. (A.16.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit             | Pas de score |
| 24. (A.17) Autres audits relatifs à l'HH  | Pas de score |

## MÉTHODES

Nombre d'indicateurs: 57

Score de qualité du groupe d'indicateurs :  
maximum 79 – minimum 0

Classement par classe de qualité :

- Faible: score <51
- Moyenne: score 51-62
- Bonne: score ≥63

Score de qualité par sous-indicateurs individuels avec 'non applicable' groupe

3.1 Réunions  
maximum 3 – minimum 0

3.2 Surveillances  
Maximum 11 – minimum 0

3.3 Audits de processus  
Maximum 13 – minimum 0

3.4 Campagne nationale/étude de prévalence  
Maximum 5 – minimum 0

3.5 Autres  
Maximum 47 – minimum 0

- Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score correspondant si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ».

- En cas d'absence d'un département soins intensifs, le nombre maximal de points a été attribué pour les indicateurs A.7 et A.15.

- Si pour l'indicateur A.24, il a été indiqué que 0 infirmier/sage-femme/aide-soignant travaille dans l'hôpital, cet indicateur est considéré comme manquant.

- Le score correspondant a été attribué aux sous-indicateurs individuels avec 'non applicable' comme réponse et une motivation correcte pour cette réponse.

- Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe. Les indicateurs auxquels aucun score n'a été attribué n'ont pas été repris dans le calcul du score de qualité du groupe d'indicateurs.

<b>3.4. Campagne nationale/étude de prévalence</b>			
25.	(A.18) Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »	1	
26.	(A.12.a.) Audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	2	
27.	(A.12.b) L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	1	
28.	(A.19) Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	1	
<b>3.5. Autres</b>			
29.	(A.20) Information du patient en ce qui concerne le risque infectieux	2	
30.	(A.21) Démarche de prévention des accidents exposant au sang	2	
31.	(A.22) Procédure de prise en charge des accidents exposant au sang	2	
32.	(A.23) Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza	2	
33.	(A.24) Couverture vaccinale contre l'influenza du personnel	Pas de score	
34.	(A.25) Participation de l'équipe HH aux réunions du comité pour des dispositifs médicaux	2	
35.	(A.26) Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie par le médecin-hygiéniste hospitalier	2	
36.	(A.27.a) Procédure antibioprophylaxie en chirurgie	3	
37.	(A.27.b) L'application de cette procédure a fait objet d'un audit	Pas de score	
38.	(A.28) Participation à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie	1	
39.	(A.29.a) Procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	3	
40.	(A.29.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	Pas de score	
41.	(A.30.a) Procédure de prévention de la transmission par dépistage	3	
42.	(A.30.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	Pas de score	
43.	(A.31.a) Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	3	
44.	(A.31.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	Pas de score	
45.	(A.34) Démarche de prévention du risque du bacille de Koch	4	
46.	(A.35) Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	2	
47.	(A.32) Procédure de désinfection des endoscopes	2	

48.	(A.33.a) Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	3		
49.	(A.33.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	Pas de score		
50.	(A.36) Démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux	2		
51.	(A.37) Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel non médical	1		
52.	(A.38) Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection du matériel médical non critique	1		
53.	(A.39) Plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire	1		
54.	(A.40.a) Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	3		
55.	(A.40.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	Pas de score		
56.	(A.41.a) Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	3		
57.	(A.41.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	Pas de score		
<b>4. Indicateur de processus</b>				
1.	(R.1) Consommation de solution hydro-alcoolique (litre/1000 journées d'hospitalisation) > moyenne en 2016	2	<p><i>Nombre d'indicateurs: 1</i></p> <p><i>Score de qualité du groupe d'indicateurs: maximum 2 – minimum 0</i></p> <p><i>Classement par classe de qualité: /</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2016, la consommation moyenne de solution hydro-alcoolique était de 24,7 l/1000 journées d'hospitalisation</li> <li>Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score correspondant si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ».</li> </ul>

## Tous les indicateurs de qualité pour l'HH

Score de qualité:  
Maximum 100 – minimum 0

Classement par classe de  
qualité:

- Faible: score <67
- Moyenne: score 67-79
- Bonne: score ≥80

• Le score de qualité total est la somme des résultats de tous les indicateurs individuels. Les indicateurs auxquels aucun score n'a été attribué n'ont pas été repris dans le calcul du score de qualité du groupe d'indicateurs.

CVC, cathéter veineux central; ETP, équivalent temps plein; HH, hygiène hospitalière ; MDRO, *Multidrug resistant microorganisms* (microorganismes multirésistants) ; MRSA, Meticillin-resistant *S. aureus* (*S. aureus* résistant à la méticilline); USI, unités de soins intensifs

## INDICATEURS QUALITE HYGIENE – Année 2017

Indicateurs qualité hygiène complétés par le CHM en 2017

<b>Indicateurs d'organisation</b>	
<b>1. Plan stratégique en matière de lutte contre les infections liées aux soins</b>	
Présence d'un plan stratégique général à long terme (3-5 ans) en hygiène hospitalière approuvé par le comité d'hygiène hospitalière	Oui
si oui: plan stratégique intégré dans le plan stratégique de l'hôpital	Oui
<b>2. Réunions du comité d'hygiène hospitalière</b>	
nb de réunions du comité hygiène hospitalière > =4 (5)	Oui
<b>3. Plan d'action annuel en hygiène hospitalière</b>	
plan d'action détaillé en hygiène hospitalière	Oui
<b>4. Rapport annuel en hygiène hospitalière</b>	
présence d'un rapport annuel en hygiène hospitalière	Oui
<b>5. Statut de l'infirmier hygiéniste</b>	
infirmière(s) hygiéniste(s) membres du staff cadre infirmier intermédiaire	Oui
<b>Indicateurs de moyens</b>	
<b>1.Nb effectif de médecins en hygiène hospitalière</b>	
nb effectif de médecins en hygiène hospitalière (ETP)	0.5
nb théorique de médecins en hygiène hospitalière (ETP)	0.5
<b>2.Nb effectif d'infirmiers en hygiène hospitalière</b>	
nb effectif d'infirmier(e)s hygiène hospitalière (ETP)	1
Nb théorique d'infirmier(e)s hygiène hospitalière (ETP)	1
<b>3.Référents en hygiène hospitalière</b>	
Présence de référents en hygiène hospitalière, avec profil de fonction et formation	oui
<b>4.Référents en hygiène hospitalière dans les unités de SI</b>	
Nombre de référents dans les unités de soins intensifs (USI)	2
Nombre d'unités de soins intensifs	1

<b>5. Référents en hygiène hospitalière dans l'hôpital</b>	
Nombre total de référents dans l'hôpital	28
Nombre de services dirigés par un infirmier-chef dans l'hôpital	21
<b>6. Formation en hygiène hospitalière dans l'hôpital</b>	
Nb total d'heures de formation interne en hygiène hospitalière dispensées par l'équipe d'HH	70
Nombre total de participants à ces formations en hygiène hospitalière	980
Nombre d'heures de formation sur la prévention des infections par e-learning suivies par le personnel de l'hôpital	0
<b>Indicateurs d'actions</b>	
<b>1. Participation de la direction aux réunions du comité d'hygiène hospitalière</b>	oui
<b>2. Participation de l'équipe d'hygiène hospitalière aux réunions de la plateforme régionale</b>	oui
<b>3. Surveillance des MRSA</b>	
Existence d'une surveillance locale	Oui
si oui : participation à la surveillance nationale	oui
<b>4. Surveillance des septicémies associées à l'hôpital</b>	
Existence d'une surveillance locale	Oui
si oui : participation à la surveillance nationale	oui
<b>5. Surveillance des micro-organismes Gram-négatifs multi-résistants</b>	
Existence d'une surveillance locale	oui
si oui : participation à la surveillance nationale	oui
<b>6. Surveillance des infections à Clostridium difficile</b>	
Existence d'une surveillance locale	oui
<b>7. Surveillance des infections aux soins intensifs</b>	
Existence d'une surveillance locale	oui
<b>8. Surveillance des infections du site opératoire</b>	
Existence d'une surveillance locale	oui
<b>9. Surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine</b>	
Existence d'une surveillance locale	oui
<b>10. Autres surveillances pertinentes</b>	
Rotavirus, VRS, gale,...	oui
<b>11. Interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe hygiène hospitalière (système d'alerte)</b>	oui
<b>12. Hygiène des mains (hors campagne nationale)</b>	non
si oui: Nombre d'opportunités observées	non
hôpital rapportant au moins 150 opportunités	non
<b>13. Audits de processus : prévention du risque infectieux lié à l'accès vasculaire veineux</b>	
Existence d'une démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux en fonction du risque infectieux	Non Oui en 2019
Existence d'une procédure en relation avec la prévention des septicémies associées au cathéter veineux central (CVC)	Non Oui en 2019
Application auditée	Non

	Oui en 2019
<b>14. Audits de processus : prévention du risque infectieux lié aux sondes urinaires</b>	
procédure en relation avec la prévention des infections urinaires sur sonde	oui
Application auditée	non
<b>15. Audits de processus : prévention du risque infectieux lié à la ventilation invasive</b>	Oui en 2019
procédure en relation avec la prévention du risque infectieux lié à la ventilation invasive (tube endotrachéal) chez des patients de soins intensifs	Oui
Application auditée	oui
<b>16. Audits de processus : prévention des infections de site opératoire</b>	
procédure en relation avec la prévention des infections de site opératoire (douche, champs,...)	oui
Application auditée	non
<b>17. Audits de processus autres</b>	
<b>18. Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »</b>	oui
<b>19. Participation à l'étude de prévalence</b>	
participation à l'étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	oui
<b>20. Information du patient</b>	
Existence d'une information du patient sur le risque infectieux et les mesures de prévention	oui
<b>21. Prévention des AES</b>	
Existence d'une démarche de prévention des AES	2018
<b>22. Prise en charge AES</b>	
Existence d'une procédure de prise en charge des accidents exposant au sang (AES)	oui
<b>23. Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza</b>	oui
<b>24. Couverture vaccinale (influenza) du personnel infirmier et aide-soignant</b>	39.6%
<b>25. Participation aux réunions du comité des dispositifs médicaux</b>	
Participation du médecin et/ou inf hygiéniste à la ½ des réunions	oui
<b>26. Participation aux réunions du GGA</b>	
Participation du médecin hygiéniste à la ½ des réunions	oui
<b>27. Antibio prophylaxie en chirurgie</b>	
procédure d'antibio prophylaxie en chirurgie	oui
Application auditée	oui
<b>28. Participation à l'audit BAPCOC antibio prophylaxie (en chirurgie)</b>	oui
<b>29. Précautions additionnelles</b>	
procédure de prévention de transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	oui

Application auditée	Non Oui en 2019
<b>30. Dépistage des MDRO</b>	
procédure de prévention de transmission par dépistage des patients porteurs de MDRO	oui
Application auditée	non
<b>31. Admission de patients porteurs MDRO connus</b>	
Procédure de prévention des infections liées à l'admission de patients porteurs MDRO connus	oui
Application auditée	non
<b>32. Désinfection des endoscopes</b>	
Présence d'une procédure de désinfection des endoscopes	oui
<b>33. Désinfection des sondes échographiques endocavitaires</b>	
Présence de procédure de désinfection des sondes échographiques endocavitaires	oui
Application auditée	non
<b>34. Prévention du risque tuberculose</b>	
Présence d'une démarche de prévention liée à la transmission du BK : - Procédure selon recommandations du CSS - Document d'analyse des risques - Liste des accidents d'exposition du personnel et des patients à des cas de tbc contagieuse	Non  oui
<b>35. Prévention du risque Creutzfeld Jacob Disease</b>	
Présence d'une procédure de prévention du risque CJD	oui
<b>36. Prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux</b>	
Présence d'une procédure de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux selon les recommandations du CSS 2013	oui
<b>37. Environnement : surfaces et matériel non médical</b>	
présence d'une procédure de nettoyage et de désinfection des surfaces et matériel non médical	oui
<b>38. Environnement : matériel médical non critique</b>	
Présence d'une procédure de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et à la désinfection du matériel médical non critique	oui
<b>39. Environnement : eau chaude sanitaire</b>	
Présence d'un plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau à usage sanitaire	oui
<b>40. Quartier opératoire et salles de techniques interventionnelles</b>	
Présence d'une procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et en salle de techniques interventionnelles	oui
Application auditée	non
<b>41. Salle d'accouchement</b>	
Présence d'une procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	2018
Application auditée	non
<b>Indicateurs de processus</b>	
consommation (en litres) de solution hydro-alcoolique	1 971
nb total de journées d'hospitalisation	102765
solution hydro-alcoolique: litres/1000 journées d'hospitalisation	19
données vues et approuvées par le directeur médical	

## LES RÉSULTATS DE L'HÔPITAL POUR 2017 :

Score indicateurs d'organisation	10 pts/10
Score indicateurs de moyen	09 pts/09
Score indicateurs d'actions	72 pts/79
Score indicateurs d'audit de processus	<u>0 pts/02</u>
Score total	91pts/100

# PARTICIPATION À D'AUTRES SURVEILLANCES ET AUDITS QUE CEUX MENTIONNÉS DANS LE QUESTIONNAIRE

## PARTICIPATION À UN AUTRE SYSTÈME DE SURVEILLANCE LOCAL POUR LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS/ LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

Les réponses à cette question englobaient également des surveillances déjà incluses dans la liste générale comme par exemple la participation à une surveillance des entérobactéries productrices de carbapénémase (CPE). L'enregistrement des CPE fait partie de la surveillance des bactéries à Gram négatif multirésistantes.

Le tableau 26 donne un aperçu des surveillances les plus fréquentes ayant été données comme réponse à cette question ouverte et qui n'apparaissent pas dans le questionnaire général.

**Tableau 26 • Aperçu des réponses les plus fréquentes données par les hôpitaux à la question de savoir à quelles surveillances ils participent en dehors de celles déjà mentionnées dans le questionnaire, Belgique 2017**

Surveillance liée à	Surveillance
1. Infections associées à l'utilisation d'un dispositif invasif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Catheter-associated urinary tract infections</i></li> </ul>
2. Autres infections	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza</li> <li>• Norovirus</li> <li>• Bacille de Koch</li> <li>• Légionnelle</li> <li>• Rota virus</li> <li>• Aspergillus</li> <li>• Respiratory syncytial virus</li> </ul>

## PARTICIPATION À DES AUDITS LOCAUX DE PROCESSUS DE SOINS ET/OU INFECTIONS RELATIVES À L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE AUTRES QUE CEUX MENTIONNÉS DANS LE QUESTIONNAIRE

Ici aussi, nous trouvons dans les réponses des audits déjà repris dans le questionnaire général comme par exemple la réalisation d'un audit local en matière d'hygiène des mains.

Le tableau 27 donne un aperçu des audits les plus fréquents ayant été donnés comme réponse à cette question ouverte et qui n'apparaissent pas dans le questionnaire général.

**Tableau 27 • Aperçu des réponses les plus fréquentes données par les hôpitaux à la question de savoir à quels audits ils participent en dehors de ceux déjà mentionnés dans le questionnaire, Belgique 2017**

Audits de	Audit
1. Matériel médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoscopes</li> </ul>
2. Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biberonnerie</li> <li>• Nettoyage</li> <li>• Cuisine de l'hôpital</li> <li>• Conditions de base hygiène des mains et vêtements du personnel<sup>1</sup></li> <li>• Séparation propre-sale</li> <li>• Linge/laverie</li> </ul>
3. Autres audits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audits effectués dans le cadre d'une accréditation</li> </ul>

<sup>1</sup> Un audit du respect des exigences de base est une partie (optionnelle) de la campagne hygiène des mains qui ne fait donc pas vraiment partie de cet audit. Dans le projet VIP<sup>2</sup> sont organisés des audits internes et externes destinés à vérifier dans quelle mesure les exigences de base pour une bonne hygiène des mains sont respectées. Etant donné que nous ne savons pas clairement si les hôpitaux veulent parler ici d'un audit interne ou externe, étant donné le caractère non obligatoire de la campagne hygiène des mains et le grand nombre d'hôpitaux ayant donné cette réponse, cet audit est également repris dans l'aperçu.

Après l'élargissement du nombre d'indicateurs en 2017, la plupart des hôpitaux obtiennent toujours un score de qualité élevé. Plusieurs indicateurs renvoient à des obligations légales [2], raison pour laquelle des scores élevés sont attendus pour ces indicateurs. Pour 2017, certains indicateurs relatifs

à la réalisation d'audits ne reçoivent pas encore de score pondéré. Ce sont justement ces indicateurs qui obtiennent le score le plus faible et on peut donc se poser la question de savoir si la qualité mesurée pour l'HH à l'aide de ces indicateurs n'est pas présentée d'une manière plus positive qu'elle ne l'est en réalité.

Les indicateurs ne sont pas répartis d'une manière équilibrée entre les groupes d'indicateurs. Le groupe des indicateurs d'actions contient beaucoup plus d'indicateurs que les autres groupes. De ce fait, ce groupe d'indicateurs a le plus de poids dans le score total et dans la classe de qualité de l'hôpital.

Ce projet fonctionne avec des scores pondérés pour les indicateurs. Selon Werner et Asch (2007), les indicateurs devraient être pondérés selon la valeur clinique [18]. Or, dans ce projet, les scores pondérés ont été attribués sur base de d'opinions d'experts et orientés par une décision politique afin d'attirer davantage l'attention sur certains indicateurs. Certains indicateurs ont reçu un score très élevé, raison pour laquelle ils peuvent avoir un impact important sur la classe de qualité du groupe dont ils font partie.

En Flandre, un cinquième des hôpitaux en plus qu'en Wallonie obtient un bon score de qualité. Cela peut s'expliquer par le fait que, comparativement à la Wallonie, un grand nombre d'hôpitaux flamands sont accrédités ou en phase d'accréditation [19].

## GROUPE D'INDICATEURS DE QUALITÉ POUR L'HH

Le modèle classique de Donabedian (1988) pour l'évaluation de la qualité des soins se compose de trois éléments : structure, processus et résultats, chaque élément ayant un effet sur l'élément suivant. Les indicateurs de structure renvoient aux conditions organisationnelles (p. ex. présence de référents HH), les indicateurs de processus renvoient aux soins donnés au patient (p. ex. audit sur la procédure de prévention des septicémies liées au cathéter veineux central). Les indicateurs de résultats renvoient à ce que le patient vit effectivement (p. ex. le fait d'attraper une infection liée aux soins) [20]. Ces trois types d'indicateurs ont chacun leurs forces, mais ils sont également associés à leurs propres problèmes conceptuels, méthodologiques et pratiques [21]. Le set d'indicateurs utilisés au cours de ce projet se compose uniquement d'indicateurs de structure et de processus. Au fil des ans, l'accent sera davantage placé sur la réalisation d'audits (évaluation du processus). Les indicateurs de résultats sont absents dans ce projet. Des recherches supplémentaires permettront de vérifier si les résultats des différentes surveillances nationales sur les infections liées aux soins pourront être utilisés comme indicateurs de résultats.

La qualité est complexe et multidimensionnelle. Avoir trop peu d'indicateurs entraîne le risque de trop simplifier et de négliger les aspects non mesurés de la qualité. Avoir un trop grand nombre d'indicateurs peut en revanche causer une confusion ou une apathie à propos de l'utilité de la mesure et l'affaiblissement des efforts d'amélioration [21]. Pour la collecte de données de 2017 le set d'indicateurs a été étendu et en contient à présent 56.

Il a été demandé aux hôpitaux quels systèmes de surveillances locaux pour les infections associées aux soins/bactéries multirésistantes et quels audits locaux d'autres processus de soins et/ou infections liées à l'hygiène hospitalière autres que ceux contenus dans le set d'indicateurs ils réalisent. L'analyse de ces réponses fait apparaître qu'un certain nombre de ces systèmes de surveillance et audits locaux sont déjà contenus dans le set d'indicateurs ou ont peu de rapport avec la prévention des infections. Après correction pour les systèmes de surveillance et audits locaux déjà contenus dans le set d'indicateurs, environ 60% des hôpitaux déclarent avoir d'autres systèmes de surveillance locaux et/ou pratiquer d'autres audits locaux. Sur la base de ces constatations, on peut poser la question de savoir si certains indicateurs ne manquent pas dans le set élargi d'indicateurs.

## AUTRES INITIATIVES RELATIVES À LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES HÔPITAUX BELGES

Ces dix dernières années, on a observé en Belgique une croissance notable du nombre d'initiatives liées à la mesure et à l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux. Cette sensibilisation et l'accent mis sur l'importance de la qualité des soins représentent une évolution très positive dans la politique de soins générale. Une coordination de ces initiatives est toutefois indispensable. Outre le projet 'Indicateurs de qualité en HH', il existe en Belgique différentes initiatives qui se concentrent sur la qualité générale des soins dans les hôpitaux, coordonnées par les pouvoirs publics (P4Q, VIP<sup>2</sup>) ou exécutées par des organisations privées (Accreditation Canada, JCI, Magnet, NIAZ, PAQS). Ces initiatives sont organisées de manière indépendante les unes des autres, ce qui ne profite pas à l'efficacité de la politique de soins (p. ex. pour ces différents projets, les hôpitaux doivent encoder les mêmes données pour des indicateurs différents portant sur les mêmes problématiques). [23]. L'intégration de toutes ces initiatives dans un projet global de qualité des soins semble donc défendable [24]. La plus-value du projet « indicateurs » de qualité en HH est qu'il correspond mieux au cadre belge que les projets dirigés par des organisations internationales (privées). Le projet « indicateurs » de qualité en HH a en effet été mis au point par des experts sur le terrain et il est conforme à l'actuelle législation belge. Ce projet se concentre uniquement sur la prévention et le contrôle des infections dans les hôpitaux aigus et va donc plus loin que les projets existants en la matière.

Les décideurs politiques et les organisations nationales de soins de santé devraient trouver un équilibre entre le développement d'indicateurs couvrant les aspects importants de la qualité mais en même temps, ils doivent également assurer que les professionnels responsables des enregistrements ne soient pas débordés par les efforts nécessaires à la mesure et au rapportage [21]. Des groupes d'indicateurs relatifs à des thèmes spécifiques ayant chacun un set réduit d'indicateurs robustes et fiables en stimuleront l'application et augmenteront leur efficacité [21].

## CONCLUSION :

Les résultats du projet 'Indicateurs de qualité en HH' montrent que la qualité du contrôle de l'hygiène des hôpitaux est bonne en Belgique. Le projet utilise principalement des indicateurs de structure et de processus pour mesurer et évaluer la qualité en HH. Ce groupe d'indicateurs répond à l'objectif du projet

en fournissant une vue d'ensemble de la présence ou non des conditions nécessaires pour réduire au maximum les infections liées aux soins.

# CONSTATATIONS IMPORTANTES 2017

## 1. Tous les hôpitaux aigus participent au projet des indicateurs de qualité

En 2017, tous les hôpitaux aigus ont participé au projet des indicateurs de qualité. Le taux de réponse a été de 100%.

## 2. Nouveau set d'indicateurs de qualité

La collecte de données des indicateurs de qualité en HH a été adaptée pour l'année de référence 2017. Le nouveau set contient tous les indicateurs utilisés en 2013, 2015 et 2016, complétés d'une nouvelle série d'indicateurs. Ce set d'indicateurs a été fixé pour trois ans. Ce nouveau set accorde progressivement plus d'importance aux indicateurs relatifs aux audits de processus.

## 3. Les scores de qualité des indicateurs de qualité en HH sont très élevés en Belgique

Environ 85% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité total en HH. De grandes différences sont constatées dans le score de qualité entre les régions. En Flandre, jusqu'à un cinquième d'hôpitaux en plus qu'en Wallonie obtiennent un bon score total. Le score maximal à obtenir est de 100. La médiane du score de qualité total est de 91.

## 4. Tous les hôpitaux effectuent des surveillances pour les infections liées aux soins

La participation aux surveillances organisées au niveau de l'hôpital (local) et/ou au niveau national obtient un score élevé (95-100%), sauf pour la surveillance des 'infections au département soins intensifs' et des 'infections du site opératoire'. Seulement 72% et 58% respectivement des hôpitaux organisent ces surveillances au niveau local.

## 5. Procédures auditées présentes dans la majorité des hôpitaux

De nombreux indicateurs qui testent la présence de procédures obtiennent un score élevé. Toutefois, les indicateurs 'Démarche d'optimisation du choix d'accès vasculaire veineux' (64%), 'Procédure de prévention des infections de site opératoire (ISO)' (79%), 'Procédure de désinfection des sondes échographiques endocavitaires' (73%), 'Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement' (73%) et 'Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob' (72%) obtiennent un score plus faible tant au niveau national que régional.

## 6. La réalisation d'audits reste un point à améliorer

Environ la moitié des hôpitaux audient les procédures présentes. A l'exception des procédures suivantes: (1) Procédure de prévention des ISO (34%), (2) Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus (39%), (3) Procédure de désinfection des sondes échographiques endocavitaires (15%), (4) Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles (38%) et (5) Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement (22%).

## 7. Les hôpitaux continuent à investir dans l'hygiène des mains

Presque tous les hôpitaux participent à la campagne nationale pour l'hygiène des mains. Des audits locaux en matière de compliance avec l'hygiène des mains sont réalisés par 85% des hôpitaux en dehors de la campagne nationale. Dans ce cadre, 74% des hôpitaux observent plus de 150 opportunités d'hygiène des mains.

## 8. La consommation de solution hydro-alcoolique augmente

Depuis 2013, la consommation de solution hydro-alcoolique augmente chaque année. En 2013, la médiane était de 20,3 litres/1000 journées d'hospitalisation et en 2017, cette consommation est passée à 23,1 litres/1000 journées d'hospitalisation.

Pourtant, moins de la moitié des hôpitaux a une consommation supérieure à la moyenne de 2016. Il existe une grande variation dans la consommation de solution hydro-alcoolique entre les régions et entre les hôpitaux.

## 9. Les équipes d'hygiénistes continuent à investir dans la formation du personnel hospitalier

Le nombre d'heures de formation en hygiène hospitalière données par l'équipe d'hygiénistes au personnel hospitalier reste stable depuis 2015. Le nombre de participants à ces formations continue à augmenter depuis 2013. Nous constatons une grande variation entre les hôpitaux au sujet du nombre de formations en HH et du nombre de participants. Les outils d'e-learning ne sont utilisés que de façon très limitée.

## 10. Plan d'action et rapport annuel sur l'hygiène hospitalière présents dans tous les hôpitaux

Cent pour cent des hôpitaux possèdent un plan d'action détaillé pour l'hygiène hospitalière ayant été approuvé par le comité d'hygiène hospitalière. Tous les hôpitaux ont également un rapport annuel en HH et ce rapport a été approuvé par le comité d'hygiène hospitalière.