

Les indicateurs qualité en hygiène hospitalière

INTRODUCTION

Le développement et la définition de cette série d'indicateurs de qualité, destinés à mesurer la qualité de l'hygiène hospitalière (HH) dans les hôpitaux belges aigus, est une initiative de la Plateforme fédérale d'HH, qui fait partie de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC). L'Arrêté royal (AR) du 22 juin 2017 mentionne l'obligation pour les hôpitaux belges aigus (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux ayant ou non un caractère universitaire) de suivre la qualité de leur politique d'HH à l'aide de ces indicateurs de qualité. En raison de la pandémie du COVID-19, la BAPCOC a communiqué à Sciensano et aux hôpitaux que l'enregistrement des données pour 2021 se faisait sur une base volontaire.

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 liées aux soins afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux

Pour atteindre cet objectif général, trois objectifs spécifiques ont été établis :

1. L'évaluation de la politique, de la planification et des activités hospitalières en matière d'HH au niveau national afin de donner aux responsables politiques une vision d'ensemble du niveau d'HH et des tendances
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.

METHODES

La plateforme fédérale pour l'HH 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.

Pour chaque indicateur individuel, la plateforme fédérale d'HH a défini un score pondéré situé entre 1 et 4. Pour un petit nombre d'indicateurs, aucun score n'a été défini. Les scores pondérés évoluent dans le temps, avec au début (2017) une attention particulière pour le développement de procédures et de protocoles pour évoluer ensuite vers les audits et le feedback (2019). En 2020 et en 2021, les mêmes scores ont été utilisés qu'en 2019. (Tableau 1)

De plus, des groupes d'indicateurs sont également définis. Pour chacun de ces groupes était calculé un score de qualité (= score de qualité du groupe d'indicateurs) égal à la somme des scores

d'indicateurs individuels 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.

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'.

Les données de 2021 ont été saisies par les hôpitaux de février à juillet 2022 inclus via la plateforme en ligne Healthdata.be. 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 Santé publique. Le nombre de lits par hôpital a été obtenu via le module dénominateur, disponible sur la plateforme Healthdata.

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 2019).

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
1. Indicateurs d'organisation <ol style="list-style-type: none"> 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 ≥ 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 	<p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>4</p>	<p><i>Nombre d'indicateurs:</i> 6</p> <p><i>Score de qualité du groupe d'indicateurs:</i> maximum 10 – minimum 0</p> <p><i>Classement par classe de qualité:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible: score <7 • Moyenne: score 7 • Bonne: score ≥ 8 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer le score qui lui correspond si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ». • Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe.
2. Indicateurs de moyens <ol style="list-style-type: none"> 1. (M.1) Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers ≥ 90 % du nombre théorique 2. (M.2) Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères) ≥ 90 % du nombre théorique 3. (M.3) Présence de référents en HH 4. (M.4) Nombre de référents dans les USI/nombre des USI ≥ 1 5. (M.5) Nombre de référents dans tous les services/nombre des services ≥ 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. 	<p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>Pas de score</p> <p>Pas de score</p> <p>Pas de score</p>	<p><i>Nombre d'indicateurs:</i> 8 (5 indicateurs dichotomiques et 3 indicateurs numériques)</p> <p><i>Score de qualité du groupe d'indicateurs:</i> maximum 9 – minimum 0</p> <p><i>Classement par classe de qualité:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible: score <6 • Moyenne: score 6 • Bonne: score ≥ 7 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer le score qui lui correspond 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 l'indicateur M.4. • Indicateurs numériques (3 derniers indicateurs de la 1^{re} colonne): • 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. • Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe.

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
3. Indicateurs d'actions			
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>Clostridioides difficile</i> ³ toxinogène (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	1		

- Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer le score qui lui correspond 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 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.

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
17. (A.13.c) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	2		
18. (A.14.a.) Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	1		
19. (A.14.b.) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	2		
20. (A.15.a) Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	1		
21. (A.15.b.) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	2		
22. (A.16.a) Procédure de prévention des infections de site opératoire	1		
23. (A.16.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	2		
24. (A.17) Autres audits relatifs à l'HH	Pas de score		
3.4. Campagne nationale/étude de prévalence			
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		
3.5. Autres			
29. (A.20) Information du patient en ce qui concerne le risque infectieux	4		
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		

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
34. (A.25) Participation de l'équipe HH aux réunions du comité pour des dispositifs médicaux	1		
35. (A.26) Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie par le médecin-hygiéniste hospitalier	1		
36. (A.27.a) Procédure antibioprophylaxie en chirurgie	1		
37. (A.27.b) L'application de cette procédure a fait objet d'un audit	2		
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	1		
40. (A.29.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	2		
41. (A.30.a) Procédure de prévention de la transmission par dépistage	1		
42. (A.30.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	2		
43. (A.31.a) Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	1		
44. (A.31.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	2		
45. (A.35) Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	4		
46. (A.32) Procédure de désinfection des endoscopes	2		
47. (A.33.a) Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	2		
48. (A.33.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	1		
49. (A.36) Démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux	2		
50. (A.37) Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel non médical	2		
51. (A.38) Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection du matériel médical non critique	1		
52. (A.39) Plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire	1		

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
53. (A.40.a) Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	1		
54. (A.40.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
55. (A.41.a) Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	2		
56. (A.41.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
57. (A.35) Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	2		
4. Indicateur de processus			
1. (R.1) Consommation de solution hydro-alcoolique (litre/1000 journées d'hospitalisation) > moyenne en 2016	2	<i>Nombre d'indicateurs:</i> 1 <i>Score de qualité du groupe d'indicateurs:</i> maximum 2 – minimum 0 <i>Classement par classe de qualité:</i> /	<ul style="list-style-type: none"> En 2016, la consommation moyenne de solution hydro-alcoolique était de 24,7 l/1000 journées d'hospitalisation Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score correspondant si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ».
Tous les indicateurs de qualité pour l'HH		<i>Score de qualité:</i> Maximum 100 – minimum 0 <i>Classement par classe de qualité:</i> <ul style="list-style-type: none"> Faible: score <67 Moyenne: score 67-79 Bonne: score ≥80 <i>Indeling per kwaliteitsklasse:</i> <ul style="list-style-type: none"> Zwak: score <67 Matig: score 67-79 Goed: score ≥80 	<ul style="list-style-type: none"> 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
 Les scores ayant changé par rapport à 2018 ont été indiqués en vert.

INDICATEURS QUALITE HYGIENE – RESULTATS Année 2021

Indicateurs qualité hygiène complétés par le CHM en 2021

Indicateurs d'organisation	2021	Pourcentage national d'hôpitaux avec un score 'oui' (2021)
Présence d'un plan stratégique général en hygiène hospitalière (HH) à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité d'hygiène hospitalière.	Oui	97
Le plan stratégique général en HH est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital.	Oui	88
Nombre de réunions du comité d'hygiène hospitalière >= 4 par an.	Oui	93
Plan d'action détaillé en HH est présent et approuvé par le comité HH.	Oui	99
Rapport annuel en HH est présent et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière.	Oui	99
L'/Les infirmier(s)-hygiéniste hospitalier(s) a/ont le statut de cadre infirmier intermédiaire*.	Oui	92
Organisation Total	10/10	.
Médiane nationale	10/10	.

Indicateurs d'actions	2021	Pourcentage national d'hôpitaux avec un score 'oui' (2021)
1. Réunions		
La direction participe aux réunions du comité d'hygiène hospitalière.	Oui	100
L'équipe d'hygiène hospitalière participe aux réunions de la plateforme régionale en HH.	Oui	100
2. L'hôpital a participé ou participe aux surveillances suivantes		
Surveillance locale des S. aureus résistant à la méticilline (MRSA).	Oui	100
Surveillance nationale des MRSA.	Oui	99
Surveillance locale des septicémies associées à l'hôpital.	Oui	99
Surveillance nationale des septicémies.	Oui	99
Surveillance locale des bactéries Gram-négatif multi-résistantes.	Oui	100
Surveillance nationale des bactéries Gram-négatif multi-résistantes.	Oui	100
Surveillance locale des infections à C. difficile toxigène.	Oui	99
Surveillance locale des infections dans les unités soins intensifs.	Oui	77
Surveillance locale des infections de site opératoire.	Oui	55
Surveillance locale des entérocoques résistants à la vancomycine (VRE).	Oui	97
Il existe une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'hygiène hospitalière (système d'alerte).	Oui	100
3. Audits de processus		
Il existe une démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux en fonction du risque infectieux.	Oui	84
Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des septicémies associées au cathéter veineux central (CVC).	Oui	95
L'application de cette procédure en relation avec la prévention des septicémies associées au CVC a fait l'objet d'un audit.	Oui	70
Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des infections urinaires sur sonde.	Oui	97
L'application de cette procédure en relation avec la prévention des infections urinaires sur sonde a fait l'objet d'un audit.	Oui	73
Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention du risque infectieux lié à la ventilation invasive (tube endotrachéal) chez des patients de soins intensifs (à l'exclusion des NICU).	Oui	89
L'application de cette procédure pour la prévention des infections associées au ventilateur a fait l'objet d'un audit.	Oui	53
Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des infections de site opératoire.	Oui	86
L'application de cette procédure en relation avec la prévention des infections de site opératoire a fait l'objet d'un audit.	Oui	49

4. La campagne nationale/l'étude de prévalence

L'hôpital a participé à la campagne nationale « hygiène des mains ».	Oui	79
Des audits locaux relatifs à l'observance de l'hygiène des mains, en dehors de la campagne nationale, sont réalisés.	Non	77
>= 150 opportunités observées (en dehors de la campagne nationale).	NA	71
L'hôpital a participé à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques.	Oui	49

5.1 Information du patient

Existence d'une information du patient en ce qui concerne le risque infectieux.	Oui	95
---	-----	----

5.2 Accidents exposant au sang

Il existe une démarche de prévention des accidents exposant au sang (AES).	Oui	97
Existence d'une procédure actualisée de prise en charge des AES.	Oui	100

5.3 Vaccination contre l'influenza

Une campagne de vaccination du personnel contre l'influenza a eu lieu.	Oui	100
Couverture vaccinale (influenza) du personnel.	0.51	.

5.4 Dispositifs médicaux

Un des médecins et/ou des infirmiers(ères)-hygiéniste(s) hospitaliers(ères) participe aux réunions du comité des dispositifs médicaux.	Oui	99
--	-----	----

5.5 L'antibiothérapie

Le médecin- hygiéniste hospitalier participe aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie.	Oui	99
Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne l'antibioprophylaxie en chirurgie.	Oui	95
L'application de cette procédure concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie a fait l'objet d'un audit.	Oui	49
L'hôpital a participé à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie.	NA	.

5.6 La prévention des infections

Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne.	Oui	100
L'application de cette procédure concernant la prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne a fait l'objet d'un audit.	Oui	81
Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention de la transmission par dépistage des patients porteurs de MDRO.	Oui	97
L'application de cette procédure concernant de prévention de la transmission par dépistage des porteurs de MDRO connus a fait l'objet d'un audit.	Oui	66
Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention des infections liées à l'admission de patients porteurs MDRO connus.	Oui	97
L'application de cette procédure de prévention des infections liées à l'admission de porteurs MDRO connus de prévention a fait l'objet d'un audit.	Oui	60
Il existe une démarche de prévention liée à la transmission du bacille de Koch.	Oui	97
Il existe une démarche de prévention du risque Creutzfeld Jacob.	Oui	88

5.7 Désinfection		
Il existe une procédure actualisée relative à la désinfection des endoscopes.	Oui	99
Il existe une procédure actualisée relative à la désinfection des sondes échographiques endocavitaires.	Oui	92
L'application de cette procédure relative à la désinfection des sondes échographiques endocavitaires de prévention a fait l'objet d'un audit.	Oui	42
Il existe une démarche de prévention du risque infectieux liée à la gestion des travaux.	Oui	97
Il existe une démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et à la désinfection des surfaces et du matériel non médical.	Oui	99
Il existe une démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et à la désinfection du matériel médical non critique.	Oui	97
5.8 Le contrôle des infections		
Il existe un plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire.	Oui	97
Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques interventionnelles.	Oui	90
L'application de cette procédure concernant la prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques interventionnelles a fait l'objet d'un audit.	Oui	49
Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention du risque infectieux en salle d'accouchement.	Oui	78
L'application de cette procédure concernant la prévention du risque infectieux en salle d'accouchement a fait l'objet d'un audit.	Oui	37
Activité Total	75/79	.
Médiane nationale	67/79	.

Indicateurs de moyens	2021	Pourcentage national d'hôpitaux avec un score 'oui' (2021)
Nombre EFFECTIF de médecins-hygiénistes hospitaliers (ETP) >= 90% du nombre financé de médecins-hygiénistes hospitaliers (ETP).	Oui	92
Nombre EFFECTIF de infirmiers(ières)-hygiénistes hospitaliers (ETP) >= 90% du nombre financé de médecins-hygiénistes hospitaliers (ETP).	Oui	95
L'hôpital a mis en place des référents en hygiène hospitalière.	Oui	100
Nombre de référents en hygiène hospitalière dans les unités soins intensifs/nombre des unités soins intensifs >= 1.	Oui	96
Nombre de référents en hygiène hospitalière dans une service (incl. USI) dirigé par un infirmier en chef / nombre des services dirigé par un infirmier en chef >= 1.	Oui	88
Nombre total d'heures de formation interne en hygiène hospitalière pour le personnel de l'hôpital/ total nombre d'ETP financés >= médiane 2013.	NA	.
Nombre total de participants à ces formations sur l'hygiène hospitalière / total nombre d' ETP financé >= médiane 2013.	NA	.
Moyen Total	9/9	.
Médiane nationale	9/9	.

Indicateur de processus	2021	Pourcentage national d'hôpitaux avec un score 'oui' (2021)
Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins (litres / 1000 journées d'hospitalisation) >= médiane de 2016.	Oui	79
Process Total	2/2	.
Médiane nationale	2/2	.

Nombres absolus	2021
Nombre de réunions du comité d'hygiène hospitalière.	12
Nombre total d'heures de formation interne en hygiène hospitalière au personnel de l'hôpital.	79.25
Nombre total de participants à ces formations.	1251
Nombre d'heures de formation sur la prévention des infections par e-learning.	278.5
Nombre EFFECTIF de médecins-hygiénistes hospitaliers (ETP).	0.5
Nombre de médecins-hygiénistes hospitaliers financé (ETP).	0.5
Nombre EFFECTIF de infirmiers(ières)-hygiénistes hospitaliers (ETP).	1
Nombre de infirmiers(ières)-hygiénistes hospitaliers financé (ETP).	1
Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins (litres / 1000 journées d'hospitalisation).	41.77
Nombre d'opportunités observées (en dehors de la campagne nationale).	.

Résultats obtenus par le CHM en 2021

Score indicateurs d'organisation	10	points sur 10
Score indicateurs de moyens	9	points sur 9
Score indicateurs d'actions	75	points sur 79
Score indicateurs de processus	<u>2</u>	<u>points sur 2</u>
Score total	96	points sur 100