

# INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LES HÔPITAUX AIGUS

Rapport annuel 2019 – Données 2017

---

S. DEQUEKER • E. DUYSBURGH

# QUI NOUS SOMMES

---

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept "One health" ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

## Sciensano

Epidémiologie et santé publique - Infections liées aux soins et antibiorésistance  
**Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière**

Juin 2019 • Bruxelles • Belgique  
Numéro de référence interne : 2019/05  
ISSN-nummer: 2466-6750

—  
**S. Dequeker**

•  
**E. Duysburgh**

### Avec la collaboration de

groupe de travail BAPCOC 'indicateurs de qualité pour l'hygiène hospitalière' de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière: professeur Byl B., professeur Schuermans A., Costers M., Laurent C., Milas S., Jansens H.

Personne de contact : S. Dequeker • T+32 2 642 52 34 • sara.dequeker@sciensano.be

Le projet " Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière " est une initiative du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Ce projet a été réalisé avec le soutien de BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, SPF Santé Publique) par la Plateforme fédérale pour l'hygiène hospitalière, en collaboration avec Sciensano.

**Le projet est soutenu financièrement par le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.**



**BAPCOC**  
*Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*

Merci de citer cette publication comme suit : S. Dequeker, E. Duysburgh. Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus. Bruxelles, Belgique: Sciensano; 2019 64p. Numéro de rapport : D/2019/2505/2466-6750/20. Disponible en ligne : [http://www.nsih.be/surv\\_iq/reports\\_fr.asp](http://www.nsih.be/surv_iq/reports_fr.asp)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLEAUX</b> .....	<b>6</b>
<b>FIGURES</b> .....	<b>7</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Informations générales</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Résultats</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Conclusions et recommandations</b> .....	<b>10</b>
4.1. Recommandations pour les hôpitaux.....	10
4.2. Recommandations pour le groupe de travail BAPCOC 'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière' et pour les chercheurs responsables de la collecte des données, de l'analyse et du rapportage du projet indicateurs de qualité (sciensano).....	11
4.3. Recommandations pour les responsables politiques.....	11
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>12</b>
<b>1. Objectifs</b> .....	<b>12</b>
<b>MÉTHODES</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Evaluation de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins</b> .....	<b>13</b>
1.1. Indicateurs individuels.....	13
1.2. Score de qualité.....	13
1.3. Classes de qualité.....	13
<b>2. Collecte des données</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Analyse des données</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Rapportage</b> .....	<b>14</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>19</b>
<b>1. Résultats au niveau national et régional</b> .....	<b>19</b>
1.1. Indicateurs d'organisation.....	19
1.2. Indicateurs de moyens.....	22
1.3. Indicateurs d'actions.....	24
1.4. Indicateur de processus.....	30
1.5. Score de qualité total pour l'HH.....	32
<b>2. Résultats par hôpital</b> .....	<b>34</b>
<b>3. Résultats par plateforme régionale d'hygiène hospitalière</b> .....	<b>36</b>
3.1. Scores de qualité et classes de qualité.....	36
3.2. Indicateurs individuels.....	38
<b>4. Participation à d'autres surveillances et audits que ceux mentionnés dans le questionnaire</b> .....	<b>42</b>
4.1. Participation à un autre système de surveillance local pour les infections liées aux soins/ les bactéries multirésistantes.....	42
4.2. Participation à des audits locaux de processus de soins et/ou infections relatives à l'hygiène hospitalière autres que ceux mentionnés dans le questionnaire.....	42
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>43</b>
<b>1. Indicateurs de qualité enregistrés depuis 2013</b> .....	<b>43</b>
<b>2. Nouveaux indicateurs introduits dans la collecte de données de 2017</b> .....	<b>44</b>
<b>3. Score de qualité</b> .....	<b>45</b>
<b>4. Groupe d'indicateurs de qualité pour l'HH</b> .....	<b>45</b>
<b>5. Limitations</b> .....	<b>46</b>
5.1. Validation des données.....	46
5.2. Indicateurs de qualité comme instrument de mesure.....	46
<b>6. Forces</b> .....	<b>47</b>
6.1. Taux de réponse.....	47
6.2. Validation des données.....	47
6.3. Prévention des infections coordonnée et sous forme de projet.....	47
6.4. Mobilisateur solide.....	47

7. Autres initiatives relatives à la qualité des soins dans les hôpitaux belges .....	47
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>49</b>
1. Conclusion.....	49
2. Recommandations .....	49
2.1. Recommandations pour les hôpitaux.....	49
2.2. Recommandations pour le groupe de travail BAPCOC 'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière' et pour les chercheurs responsables de la collecte des données, de l'analyse et du rapportage du projet indicateurs de qualité (Sciensano).....	49
2.3. Recommandations pour les responsables politiques.....	49
<b>POINT DE VUE DU SPF SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PLATEFORME FÉDÉRALE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (BAPCOC) .....</b>	<b>51</b>
<b>CONSTATATIONS IMPORTANTES 2017.....</b>	<b>53</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>55</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>57</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>63</b>

# TABLEAUX

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).....	15
Tableau 2 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017.....	19
Tableau 3 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau national et régional, 2013-2017 .....	21
Tableau 4 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs de moyens dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017.....	22
Tableau 5 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau national et régional, 2013-2017 .....	23
Tableau 6 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau national et régional 2013-2017 .....	23
Tableau 7 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'actions dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017 .....	25
Tableau 8 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs également recueillis dans les collectes de données précédentes, au niveau national et régional, 2013-2017.....	27
Tableau 9 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillis depuis 2017, au niveau national et régional, 2017 .....	28
Tableau 10 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, au niveau national et régional, 2017.....	29
Tableau 11 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus, au niveau national et régional, 2017 .....	30
Tableau 12 • Médiane et percentile 25 et 75 pour la consommation de solution hydro-alcoolique (en litres/1000 journées d'hospitalisation) dans les unités de soins des hôpitaux belges, 2013-2017.....	30
Tableau 13 • Score de qualité médian et intervalle pour le total des indicateurs dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017.....	32
Tableau 14 • Scores de qualité de l'hygiène hospitalière par hôpital, Belgique, 2017 .....	34
Tableau 15 • Légende: plateforme régionale en abrégiation .....	36
Tableau 16 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017.....	36
Tableau 17 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs de moyens dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017.....	37
Tableau 18 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'actions dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017 .....	37
Tableau 19 • Score de qualité médian et intervalle pour le total des indicateurs dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017.....	37
Tableau 20 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, par plateforme régionale, 2017.....	38
Tableau 21 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, par plateforme régionale, 2017.....	38
Tableau 22 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, par plateforme régionale, 2017 .....	39
Tableau 23 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, par plateforme régionale, 2017.....	39
Tableau 24 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, par plateforme régionale, 2017.....	41
Tableau 25 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus et la médiane et percentile 25 et 75 pour la consommation de solution hydro-alcoolique , par plateforme régionale, 2017 .....	41
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 .....	42
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 .....	42

# FIGURES

Figure 1 • Indicateurs d'organisation; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017.....	20
Figure 2 • Indicateurs de moyens; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017.....	22
Figure 3 • Indicateurs d'actions; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017.....	25
Figure 4 • Indicateurs d'actions: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2017 .....	26
Figure 5 • Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins des hôpitaux belges par région, 2013-2017 (B=Bruxelles, F=Flandre, W=Wallonie) .....	31
Figure 6 • Indicateurs de qualité; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017.....	32
Figure 7 • Indicateurs de qualité: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2017 .....	33

# ABRÉVIATIONS

AR	Arrêté royal
BAPCOC	<i>Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CPE	Entérobactéries productrices de carbapénémase
DGGS	Direction générale Soins de Santé
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ETP	Equivalent temps plein
HH	Hygiène hospitalière
ISO	Infections de site opératoire
MDRO	<i>Multidrug resistant microorganisms</i> (microorganismes multirésistants)
MRSA	<i>Meticillin-resistant S. aureus</i> (S. aureus résistant à la méticilline)
NSIH	<i>National Surveillance of Infections in Hospitals</i>
SPF	Service public fédéral



# RÉSUMÉ

## 1. Informations générales

Le développement et la définition de cette série d'indicateurs de qualité est une initiative de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière (HH), qui fait partie du *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* (BAPCOC). L'Arrêté royal (AR) du 27 janvier 2015 mentionne l'obligation pour les hôpitaux belges de suivre la qualité de leur politique d'hygiène hospitalière à l'aide de ces indicateurs de qualité.

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. Pour atteindre cet objectif général, trois objectifs spécifiques ont été établis : (1) une évaluation de la politique HH au niveau national ; (2) l'évaluation de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins au niveau de l'hôpital et (3) l'amélioration de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins au niveau de l'hôpital.

Afin de satisfaire aux trois objectifs spécifiques susmentionnés, les données relatives aux indicateurs de qualité en HH sont utilisées comme suit : (1) une publication des scores de qualité agrégés au niveau national et régional ; (2) une publication des scores de qualité par hôpital et (3) un rapport de qualité en HH individualisé par hôpital. Ce rapport présente les résultats de la quatrième collecte de données (données recueillies en 2018 portant sur l'année 2017).

## 2. Méthodologie

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 set d'indicateurs comporte quatre groupes, qui à leur tour comportent différents indicateurs individuels; (1) les indicateurs d'organisation, (2) les indicateurs de moyens, (3) les indicateurs d'actions et (4) les indicateurs de processus. La plupart des indicateurs individuels ont reçu un score pondéré entre 1 et 4. Un petit nombre d'indicateurs n'a pas reçu de score. Sur la base de ces scores, un score de qualité par groupe d'indicateurs et un score de qualité total ont été calculés. Pour les scores de qualité, tant la médiane que les proportions au niveau national, régional et par plateforme régionale ont été calculés. Sur la base de ces scores de qualité, trois classes de qualité ont été définies pour chaque groupe d'indicateurs : 'faible', 'moyenne' ou 'bonne'. La proportion des classes de qualité est indiquée au niveau national, régional et par plateforme régionale, tout comme la classe de qualité pour chaque hôpital.

Les données ont été recueillies par hôpital<sup>1</sup>, de juillet à fin novembre 2018 inclus via Healthdata.be. Une liste reprenant le nombre d'équivalents temps plein (ETP) financés, médecins et 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.

---

<sup>1</sup> Pour les hôpitaux fusionnés qui comptent plusieurs sites/campus, les données sont recueillies par fusion (numéro d'agrément) et non par campus/site.

### 3. Résultats

103 hôpitaux (102 aigus et 1 chronique) ont enregistré des données relatives aux indicateurs de qualité pour 2017.

Globalement, le résultat des hôpitaux est bon pour l'ensemble du projet indicateurs (2% seulement des hôpitaux ont obtenu un score faible). Les performances des groupes d'indicateurs d'organisation, de moyens et d'actions sont très bonnes (10%, 5% et 2% des hôpitaux présentent respectivement un score faible pour ces catégories d'indicateurs).

Les indicateurs historiques qui en 2016 avaient déjà obtenu un résultat élevé présentent encore des scores élevés en 2017. Pour un certain nombre d'indicateurs ayant un score faible en 2016, une amélioration a été observée en 2017 :

- Augmentation de 79% à 86% de la proportion d'hôpitaux où le plan stratégique général pour l'HH a été intégré dans le plan stratégique général de l'hôpital.
- Augmentation du nombre d'hôpitaux qui participent à une surveillance locale des infections du site opératoire (49% en 2016 ; 58% en 2017).

Comparativement à 2016, les indicateurs suivants présentaient un score plus faible :

- Baisse de 95% à 92% du nombre d'hôpitaux qui respectent l'indicateur 'l/les infirmier(s)/infirmière(s) HH est/sont membre(s) du cadre infirmier intermédiaire'. Jusqu'en 2016 inclus, seulement 1 infirmier/ère HH devait avoir le statut de cadre infirmier intermédiaire; depuis 2017, tous/tes les infirmiers/ères HH financé(e)s selon l'exigence minimale fixée légalement doivent faire partie de ce cadre.
- Baisse du nombre d'hôpitaux effectuant des audits pour les audits demandés dans la collecte de données. Pour l'audit 'placement et soins cathéter veineux central', le score a baissé de 72% à 54%; pour l'audit 'ventilation assistée', il a baissé de 67% à 47% ; pour l'audit 'placement et soins sondes urinaires', il a baissé de 66% à 58% et pour l'audit 'prévention des infections du site opératoire', de 44% à 34%. A partir de 2017, ces indicateurs sont étudiés d'une manière différente et décrits d'une manière plus détaillée dans le cahier de charges.

Le score de l'audit 'hygiène des mains' est resté stable.

Les indicateurs relatifs à l'organisation d'audits de pratiques et d'actions en termes d'HH et les indicateurs relatifs au suivi des infections aux soins intensifs, ainsi que le suivi des infections du site opératoire restent des indicateurs qui enregistrent de moins bons scores malgré les améliorations déjà constatées depuis 2013.

### 4. Conclusions et recommandations

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.

#### 4.1. RECOMMANDATIONS POUR LES HÔPITAUX

- Continuer à enregistrer leurs activités et résultats afin de pouvoir continuer à suivre et à améliorer le programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins au sein de leur hôpital.

#### 4.2. RECOMMANDATIONS POUR LE GROUPE DE TRAVAIL BAPCOG 'INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE' ET POUR LES CHERCHEURS RESPONSABLES DE LA COLLECTE DES DONNÉES, DE L'ANALYSE ET DU RAPPORTAGE DU PROJECT INDICATEURS DE QUALITÉ (SCIENSANO)

- Continuer à peaufiner un petit nombre d'indicateurs qui donnent une évaluation aussi bonne que possible des aspects les plus importants du contrôle des infections et de la qualité de la prévention des infections à l'hôpital. Ce qui est important dans le choix de ces indicateurs c'est qu'ils doivent être suffisamment sensibles que pour détecter une amélioration et des différences dans la qualité du contrôle des infections et pour identifier les prestations plus faibles. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- Investiguer dans quelle mesure la stabilité du groupe d'indicateurs peut être garantie au fil des ans et/ou si ce groupe d'indicateurs peut être fixé pour une période plus longue que 3 ans. De cette manière, les hôpitaux auraient le temps de travailler sur ces indicateurs.
- Investiguer dans quelle mesure les données collectées dans le cadre d'autres projets de qualité peuvent être harmonisées et intégrées dans ce projet d'indicateurs de qualité, ceci afin de diminuer la charge de travail du personnel en termes de collecte des données et d'améliorer l'efficacité de la mesure de la qualité des soins.
- Investiguer pourquoi la participation à la surveillance (au plan local et/ou national) des infections dans les unités de soins intensifs et des infections du site opératoire reste faible et encourager la participation à ces surveillances. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- Investiguer pourquoi la participation aux différents audits est faible et encourager la participation à ces audits. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- Continuer d'améliorer et optimiser l'outil de collecte de données (Healthdata) et la plateforme de rapportage en ligne avec des rapports individuels au niveau de l'hôpital (Healthstat).

#### 4.3. RECOMMANDATIONS POUR LES RESPONSABLES POLITIQUES

- Investiguer si la législation actuelle relative au nombre de médecins et infirmiers HH en ETP doit être revue et adaptée en fonction des besoins actuels en prévention des infections en Belgique.
- Intégrer les indicateurs de qualité en HH dans un seul projet général relatif à la mesure et à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital, ceci afin de diminuer la charge de travail du personnel chargé de la collecte des données et de favoriser l'efficacité de la mesure de la qualité des soins. L'amélioration de la collaboration à tous les niveaux (politiques) peut contribuer à une approche et à une vision intégrées.
- Initier et soutenir l'installation et l'exécution d'un contrôle de qualité externe (validation) des données collectées pour le projet 'indicateurs de qualité' HH. Ce contrôle de qualité externe pourrait être effectué par Sciensano en collaboration avec le groupe de travail BAPCOG- 'Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière'.
- Poursuivre le support de ce projet 'Indicateurs de qualité en HH' afin que la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux puisse continuer à être suivie et améliorée.

# 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).

## 1. 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.

# MÉTHODES

## 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. Indicateurs d'actions		Nombre d'indicateurs: 57	
<b>3.1. Réunions</b>		<i>Score de qualité du groupe d'indicateurs :</i> maximum 79 – minimum 0	
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		
<b>3.2. Surveillances</b>		<i>Classement par classe de qualité :</i>	
3. (A.3.a) MRSA (surveillance locale)	1	• Faible: score <51	
4. (A.3.b) MRSA (surveillance nationale)	1	• Moyenne: score 51-62	
5. (A.4.a) Septicémies (surveillance locale)	1	• Bonne: score ≥63	
6. (A.4.b) Septicémies (surveillance nationale)	1		
7. (A.5.a) Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)	1	<i>Score de qualité par sous-groupe</i>	
8. (A.5.b) Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)	1	<b>3.1 Réunions</b> maximum 3 – minimum 0	
9. (A.6) Infections à <i>Clostridium difficile</i> toxigène (surveillance locale)	1		
10. (A.7) Infections dans les USI (surveillance locale)	1	<b>3.2 Surveillances</b> Maximum 11 – minimum 0	
11. (A.8) Infections de site opératoire (surveillance locale)	1		
12. (A.9) Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)	1	<b>3.3 Audits de processus</b> Maximum 13 – minimum 0	
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	<b>3.4 Campagne nationale/étude de prévalence</b> Maximum 5 – minimum 0	
<b>3.3. Audits de processus</b>		<b>3.5 Autres</b> Maximum 47 – minimum 0	
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		

- 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 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		

## MÉTHODES

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>
<b>Tous les indicateurs de qualité pour l'HH</b>		<p><i>Score de qualité: Maximum 100 – minimum 0</i></p> <p><i>Classement par classe de qualité:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Faible: score &lt;67</li> <li>Moyenne: score 67-79</li> <li>Bonne: score ≥80</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

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

# RÉSULTATS

Vous trouverez ici les scores de qualité agrégés au niveau national et régional, les scores de qualité par hôpital et les scores de qualité par plateforme régionale. Dans ce rapport, seuls les scores de qualité par groupe d'indicateurs et le score de qualité total par hôpital sont présentés. Les résultats des indicateurs individuels par hôpital sont disponibles via [healthstat.be](http://healthstat.be).

## 1. Résultats au niveau national et régional

Cent trois hôpitaux (102 aigus et 1 chronique) (identifiés par leur numéro d'agrément) ont enregistré des données relatives aux indicateurs de qualité en HH pour 2017 : 12 hôpitaux à Bruxelles, 54 hôpitaux en Flandre et 37 hôpitaux en Wallonie.

### 1.1. INDICATEURS D'ORGANISATION

Le groupe d'indicateurs d'organisation contient 6 indicateurs individuels (tableau 1).

Les scores de ce groupe sont très élevés (tableau 2, 3 et figure 1). Presque tous les hôpitaux répondent à 4 des 6 indicateurs individuels. L'intégration du plan stratégique général en HH dans le plan stratégique de l'hôpital obtient un score plus faible tant au niveau national que dans chacune des trois régions. Dans 92% des hôpitaux, tous les infirmiers-hygiénistes financés ont le statut du cadre infirmier intermédiaire (tableau 3).

Environ 90% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité pour le groupe des indicateurs d'organisation. La médiane du score de qualité est de 10 au niveau national et au niveau de chaque région, ce qui équivaut au score maximal. La variation dans le score de qualité du groupe d'indicateurs d'organisation entre les hôpitaux est faible.

**Tableau 2 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017**

	Belgique 2017 (n=103)	Bruxelles 2017 (n=12)	Flandre 2017 (n=54)	Wallonie 2017 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=10)	10 (4 – 10)	10 (4 – 10)	10 (6 - 10)	10 (6 – 10)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>				
Faible (score <7)	10	17	7	11
Moyenne (score = 7)	2	0	2	0
Bonne (score ≥8)	89	83	91	89

n, nombre d'hôpitaux

## RÉSULTATS

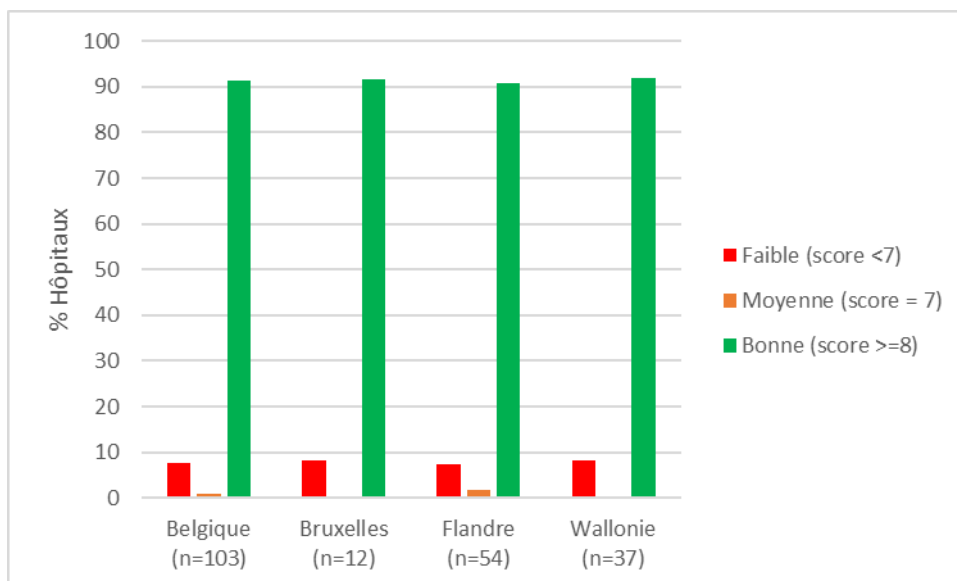


Figure 1 • Indicateurs d'organisation; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017

RÉSULTATS

**Tableau 3 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau national et régional, 2013-2017**

Indicateur Description	Belgique				Bruxelles				Flandre				Wallonie			
	2013 n=104	2015 n=103	2016 n=104	2017 n=103	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37
Présence d'un plan stratégique général en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité d'HH	79	97	100	99	67	83	100	100	93	100	100	98	63	97	100	100
Le plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital	39	70	79	86	25	67	83	92	56	76	87	89	21	62	65	81
Nombre de réunions annuelles du comité HH ≥4 par an	93	100	98	100	100	100	100	100	89	100	98	100	97	100	97	100
Plan d'action détaillé en HH présent et approuvé par le comité HH	87	97	99	100	67	92	100	100	96	100	100	100	79	95	97	100
Rapport annuel en HH est présent et approuvé par le comité HH.	87	100	99	100	75	100	92	100	96	100	100	100	76	100	100	100
L'/Les infirmier(s)-hygiénistes hospitalier(s) a/ont le statut de cadre infirmier intermédiaire	88 <sup>1</sup>	94 <sup>1</sup>	95 <sup>1</sup>	92	67 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	92	89 <sup>1</sup>	91 <sup>1</sup>	95 <sup>1</sup>	93	92 <sup>1</sup>	97 <sup>1</sup>	95 <sup>1</sup>	92
<b>Pourcentage moyen</b>	<b>79</b>	<b>93</b>	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>67</b>	<b>90</b>	<b>96</b>	<b>97</b>	<b>87</b>	<b>95</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>71</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>96</b>

HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux

<sup>1</sup>En 2013, 2015 et 2016, au moins une seule infirmière hygiéniste hospitalière devait avoir le statut de cadre infirmier intermédiaire.

## 1.2. INDICATEURS DE MOYENS

Le groupe d'indicateurs de moyens comporte 8 indicateurs individuels (tableau 1).

Dans ce groupe également, les scores sont élevés (tableau 4, 5 et figure 2). Dans plus de 9 hôpitaux sur 10, le nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers ETP et d'infirmiers-hygiénistes hospitalier ETP approche le nombre théorique de ETP (calculé sur la base du nombre de lits justifiés pondérés pour le financement de cette activité par le gouvernement, comme décrit dans l'Arrêté Royal). Presque tous les hôpitaux travaillent avec des référents en HH. 94% des hôpitaux possèdent au moins autant de référents que de départements/services.

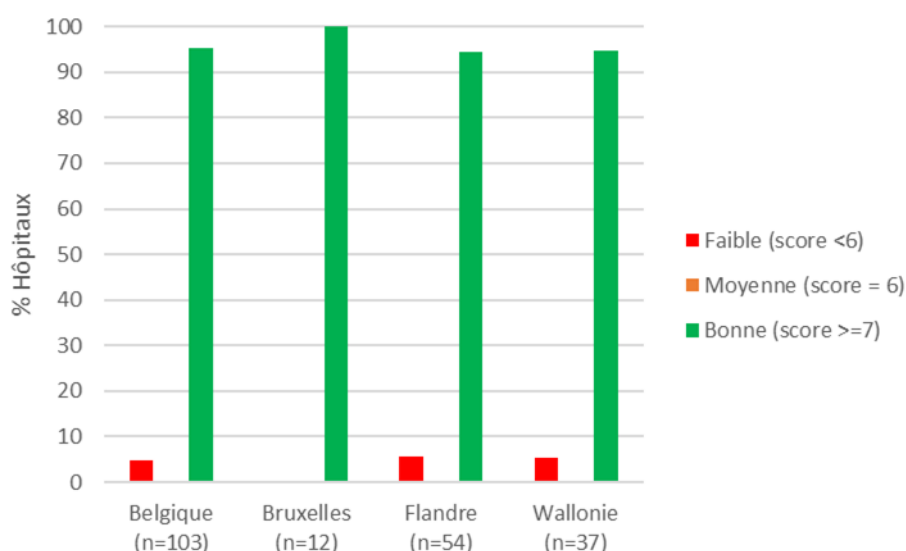
Nous constatons une grande variation entre les hôpitaux en ce qui concerne le nombre d'heures de formation en HH et de participants (tableau 6). Les outils d'e-learning ne sont que très peu utilisés comme méthode de formation (tableau 6).

Environ 95% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité pour le groupe des indicateurs de moyens (tableau 4 et figure 2). La médiane du score de qualité est de 9 au niveau national et dans chacune des régions, ce qui équivaut au score maximal (tableau 4). La variation dans le score de qualité du groupe des indicateurs de moyens entre les hôpitaux est faible.

**Tableau 4 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs de moyens dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017**

	Belgique 2017 (n=103)	Bruxelles 2017 (n=12)	Flandre 2017 (n=54)	Wallonie 2017 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=9)	9 (4 – 9)	9 (7 – 9)	9 (4 - 9)	9 (5 – 9)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>				
Faible (score<6)	5	0	6	5
Moyenne (score = 6)	0	0	0	0
Bonne (score ≥7)	95	100	94	95

n, nombre d'hôpitaux



**Figure 2 • Indicateurs de moyens; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017**

RÉSULTATS

**Tableau 5 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau national et régional, 2013-2017**

Indicateur Description	Belgique				Bruxelles				Flandre				Wallonie			
	2013 n=104	2015 n=103	2016 n=104	2017 n=103	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37
Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers ≥ 90 % du nombre théorique	81	87	89	91	75	83	75	75	87	91	96	96	74	84	84	89
Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères) ≥ 90 % du nombre théorique	92	91	90	94	92	92	92	100	98	96	98	96	84	84	78	89
Présence de référents en HH	90	96	99	99	92	92	100	100	85	94	98	98	97	100	100	100
Nombre de référents dans les USI/nombre des USI ≥ 1	81	91	97	97	75	92	100	100	72	87	94	96	97	100	100	97
Nombre de référents dans tous les services/ nombre des services ≥ 1	65	82	90	93	75	83	100	92	57	76	85	91	74	89	95	97
<b>Pourcentage moyen</b>	<b>82</b>	<b>89</b>	<b>93</b>	<b>95</b>	<b>82</b>	<b>88</b>	<b>93</b>	<b>93</b>	<b>80</b>	<b>89</b>	<b>94</b>	<b>95</b>	<b>85</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>94</b>

HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux; USI, unités de soins intensifs

**Tableau 6 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau national et régional 2013-2017**

Indicateur Description	Belgique				Bruxelles				Flandre				Wallonie			
	2013 n=104	2015 n=103	2016 n=104	2017 n=103	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37
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))	15 (9-32)	22 (13-36)	21 (12-34)	20 (12-32)	32 (20-144)	35 (23-36)	31 (26-38)	34 (25-48)	12 (7-28)	19 (11-41)	19 (12-30)	20 (12-26)	17 (11-26)	20 (13-28)	19 (12-33)	19 (11-31)
Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers(ères))	191 (96-289)	237 (140-365)	239 (134-401)	277 (148-454)	279 (192-362)	250 (160-393)	360 (241-443)	419 (235-608)	193 (111-318)	266 (152-384)	311 (143-500)	299 (249-468)	175 (61-265)	205 (105-313)	146 (99-238)	151 (107-287)
Nombre d'heures de formation par e-learning sur la prévention des infections suivies par le personnel de l'hôpital via e-learning				0 (0-38)				0 (0-0,3)				2 (0-91)				0 (0-0,5)

ETP, équivalents temps plein; HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux

### 1.3. INDICATEURS D' ACTIONS

Le groupe d'indicateurs d'actions comporte 57 indicateurs individuels (tableau 1). Ce groupe contient le nombre le plus élevé de nouveaux indicateurs. La majorité des indicateurs d'actions obtiennent un score élevé (tableau 7, 8 et figure 3).

Dans plus de 95% des hôpitaux, la direction participe aux réunions du comité d'HH. Dans un nombre aussi élevé d'hôpitaux, l'équipe d'HH participe aux réunions de la plateforme régionale en HH. La participation aux réunions du comité des dispositifs médicaux par l'équipe d'HH et la participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie par les médecins-hygiénistes hospitalière obtiennent un résultat élevé.

La participation aux surveillances organisées au niveau de l'hôpital (local) et/ou au niveau national obtiennent un résultat élevé (95% - 100%), sauf pour les 'infections dans les unités de soins intensifs' et pour la surveillance des 'infections de site opératoire'. Seulement 72% et 58% des hôpitaux organisent respectivement ces surveillances au niveau local. Dans presque tous les hôpitaux, il existe une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme).

De nombreux indicateurs qui testent la présence de procédures obtiennent un score élevé. Toutefois, les indicateurs 'Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux' (64%), 'Procédure de prévention des infections de site opératoire' (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.

Environ la moitié des hôpitaux audient ces procédures présentes. A l'exception des procédures suivantes:

- Seulement 34% des hôpitaux audient la procédure de prévention des infections du site opératoire.
- La procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus n'est auditée que dans 39% des hôpitaux.
- Seulement 15% des hôpitaux audient la procédure de désinfection des sondes d'échographies endocavitaires.
- Un audit de la procédure de prévention du risque infectieux au quartier d'opération et les salles de techniques d'interventionnelles n'a été réalisé que dans 38% des hôpitaux.
- La procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement n'est auditée que dans 1 hôpital sur 5.

Presque tous les hôpitaux participent à la campagne nationale « hygiène des mains ». Des audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains sont effectués par 85% des hôpitaux, également en dehors de la campagne nationale. Dans ce cadre, 74% des hôpitaux observent plus de 150 opportunités d'hygiène des mains. 95% des hôpitaux mettent des informations en ce qui concerne le risque infectieux à la disposition des patients. Environ 80% des hôpitaux participent à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie.

On sonde également l'organisation de et la participation à d'autres surveillances et audits que ceux mentionnés dans le questionnaire. Les réponses à ces questions ouvertes ne sont pas utilisées pour l'agrégation du score de qualité. Un aperçu des réponses les plus courantes à ces questions peut être consulté plus loin dans ce rapport sous le chapitre 4 'Participation à d'autres surveillances et audits que ceux mentionnés dans le questionnaire', aux tableaux 26 et 27.

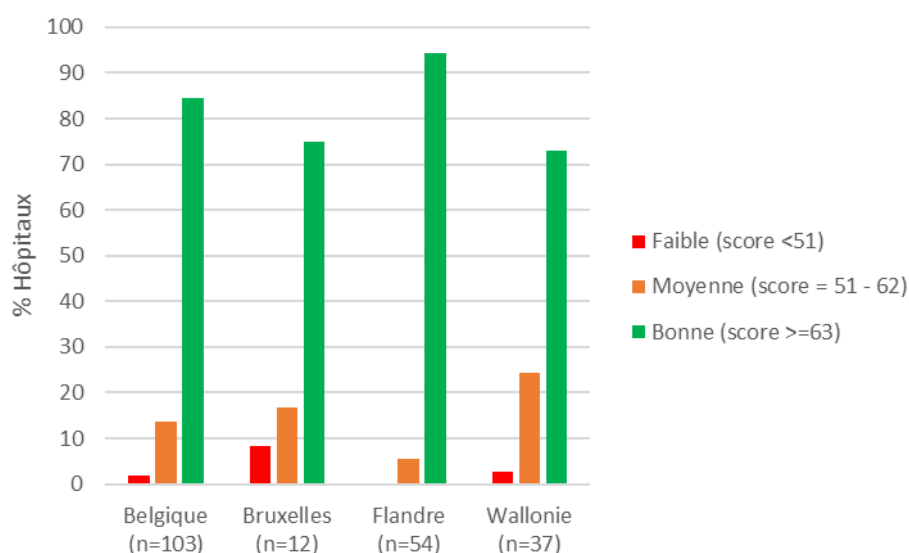


Environ 85% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité pour le groupe d'indicateurs d'actions (voir figure 3). De grandes différences sont perceptibles dans le score de qualité pour le groupe d'indicateurs d'actions entre les différentes régions. En Flandre, jusqu'à 20% d'hôpitaux en plus qu'à Bruxelles et en Wallonie (tableau 7) obtiennent un bon score de qualité pour ce groupe d'indicateurs. La médiane du score de qualité est de 73 au niveau national (tableau 7). La variation dans le score de qualité du groupe d'indicateurs d'actions est présentée dans un diagramme en boîte (figure 4).

**Tableau 7 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'actions dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017**

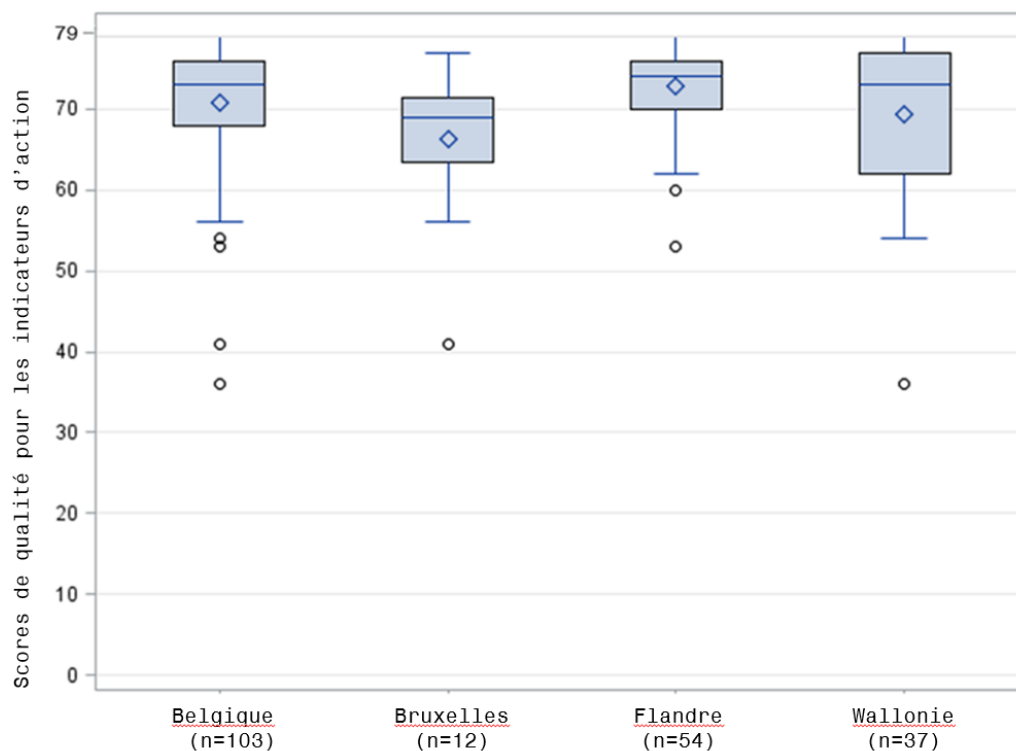
	Belgique 2017 (n=103)	Bruxelles 2017 (n=12)	Flandre 2017 (n=54)	Wallonie 2017 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=79)	73 (36 - 79)	69 (41 - 77)	74 (53 - 79)	73 (36 - 79)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>				
Faible (score <51)	2	8	0	3
Moyenne (score 51 - 62)	14	17	6	24
Bonne (score ≥63)	84	75	94	73

n, nombre d'hôpitaux



**Figure 3 • Indicateurs d'actions; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017**

## RÉSULTATS



**Figure 4 • Indicateurs d'actions: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2017**

RÉSULTATS

**Tableau 8 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs également recueillis dans les collectes de données précédentes, au niveau national et régional, 2013-2017**

Indicateur Description	Belgique				Bruxelles				Flandre				Wallonie			
	2013 n=104	2015 n=103	2016 n=104	2017 n=103	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37
<b>1. Réunions</b>																
Participation de la direction aux réunions du comité d'HH	95	94	97	96	100	100	100	92	93	91	95	96	97	97	100	97
Participation de l'équipe d'HH aux réunions de la plateforme régionale en HH	96	93	92	96	92	100	83	100	96	89	89	96	97	97	100	95
<b>2. Surveillances</b>																
MRSA (surveillance locale)	99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97	100	100	100
MRSA (surveillance nationale)	99	100	100	99	100	100	100	100	100	100	100	98	97	100	100	100
Septicémies (surveillance locale)	90	100	100	98	92	100	100	100	89	100	100	98	92	100	100	97
Septicémies (surveillance nationale)	85	99	99	97	92	100	100	100	83	100	100	96	84	97	97	97
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)	88	100	100	99	92	100	100	100	91	100	100	98	84	100	100	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)	71	99	100	98	75	100	100	100	80	100	100	96	58	97	100	100
Infections à <i>Clostridium difficile</i> toxigène (surveillance locale)	97	97	98	98	92	100	100	92	100	98	100	98	95	95	95	100
Infections dans les USI (surveillance locale)	53	68	71	72	42	58	75	58	69	83	84	89	34	49	51	51
Infections de site opératoire (surveillance locale)	18	40	49	58	50	58	67	50	19	50	56	69	8	19	32	46
Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)	69	94	96	95	67	100	100	100	67	94	95	93	74	92	97	97
Autres surveillances (locales)			66	68			67	58			76	74			51	62
Présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme)	97	98	99	99	100	100	100	100	100	98	100	100	92	97	97	97
<b>3. Audits de processus</b>																
Audit de la procédure de prévention des septicémies associées au CVC	35	59	72	54	33	58	67	50	39	54	69	54	29	68	78	57
Audit de la procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	19	53	66	58	17	67	58	67	22	39	58	50	16	70	81	68
Audit de la procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	56	65	67	47	42	42	42	25	67	76	80	63	45	57	57	30
Audit de la procédure de prévention des infections de site opératoire	18	43	44	34	33	58	67	33	22	46	44	43	8	32	38	22
Autres audits relatifs à l'HH			63	68			75	67			47	76			81	57
<b>4. Campagne nationale/étude de prévalence</b>																
Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »	94	95	96	99	92	100	100	100	96	98	96	98	92	89	95	100
Audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	47	79	83	84	42	67	100	75	63	89	84	87	26	68	76	84
L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	39	59	74	74	33	67	100	67	54	69	76	70	21	43	62	81
<b>Pourcentage moyen</b>	<b>60</b>	<b>78</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>56</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>46</b>	<b>67</b>	<b>78</b>	<b>88</b>

CVC, cathéter veineux central; HH, hygiène hospitalière ; MRSA, Meticillin-resistant *S. aureus* (*S. aureus* résistant à la méticilline); USI, unités de soins intensifs ; n, nombre d'hôpitaux

## RÉSULTATS

**Tableau 9 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillis depuis 2017, au niveau national et régional, 2017**

Indicateur Description	Belgique 2017 n=103	Bruxelles 2017 n=12	Flandre 2017 n=54	Wallonie 2017 n=37
<b>3. Audits de processus</b>				
Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux	64	58	63	68
Procédure de prévention des septicémies associées au CVC	89	100	91	84
Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	90	92	87	95
Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	82	58	94	70
Procédure de prévention des infections de site opératoire	79	67	80	81
<b>4. Campagne nationale/étude de prévalence</b>				
Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	79	75	78	81
<b>5. Autres</b>				
Information du patient en ce qui concerne le risque infectieux	95	75	100	95
Démarche de prévention des accidents exposant au sang	97	100	98	95
Procédure de prise en charge des accidents exposant au sang	98	100	100	95
Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza	100	100	100	100
Participation de l'équipe HH aux réunions du comité pour des dispositifs médicaux	93	100	94	89
Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie par le médecin-hygiéniste hospitalier	99	100	100	97
Procédure antibioprophylaxie en chirurgie	92	83	98	87
Audit de la procédure antibioprophylaxie en chirurgie <sup>1</sup>	64	50	76	51
Participation à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie <sup>1</sup>	77	75	81	70
Procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	99	92	100	100
Audit de la procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	53	50	72	27
Procédure de prévention de la transmission par dépistage	95	92	96	95
Audit de la procédure de prévention de la transmission par dépistage	45	42	67	14
Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	89	75	93	89
Audit de la procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	39	25	56	19
Procédure de désinfection des endoscopes	91	83	94	89
Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires <sup>2</sup>	73	58	72	78
Audit de la procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires <sup>2</sup>	15	8	19	11
Démarche de prévention du risque du bacille de Koch	94	100	96	89
Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	72	67	72	73
Démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux	91	92	100	78
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel non médical	98	83	100	100
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection du matériel médical non critique	89	50	98	89
Plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire	87	92	98	70
Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	88	75	98	78
Audit de la procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	38	33	54	16
Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement <sup>3</sup>	73	50	83	65

## RÉSULTATS

Procédure de la procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement <sup>3</sup>	22	0	39	5
<b>Pourcentage moyen</b>	<b>78</b>	<b>71</b>	<b>84</b>	<b>72</b>

BAPCOC, *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*; CVC, cathéter veineux central; HH, hygiène hospitalière ; MDRO, *Multidrug resistant microorganisms* (microorganismes multirésistants); n, nombre d'hôpitaux;

<sup>1</sup>Cet indicateur n'était pas applicable dans 1 hôpital, <sup>2</sup>Cet indicateur n'était pas applicable dans 2 hôpitaux, <sup>3</sup>Cet indicateur n'était pas applicable dans 6 hôpitaux

**Tableau 10 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, au niveau national et régional, 2017**

Description	Belgique 2017 (n=103)	Bruxelles 2017 (n=12)	Flandre 2017 (n=54)	Wallonie 2017 (n=37)
Couverture vaccinale contre l'influenza du personnel <sup>1</sup> (exprimé en pourcentage)	39% (20% – 54%)	21% (11% – 34%)	52% (44% – 62%)	19% (14% - 26%)
Nombre d'opportunités pour l'hygiène des mains observées (en dehors de la campagne nationale)	440 (155 – 1077)	342 (250 – 1110)	562 (150 – 1366)	201 (155 – 751)

HH, hygiène hospitalière ; n, nombre d'hôpitaux;

<sup>1</sup>Cet indicateur était manquant pour 3 hôpitaux

#### 1.4. INDICATEUR DE PROCESSUS

Un seul indicateur de processus a été repris dans les indicateurs de qualité pour l'HH, à savoir l'indicateur 'consommation totale de solution hydro-alcoolique'.

Moins de la moitié des hôpitaux ont une consommation de solution hydro-alcoolique supérieure à la moyenne de 2016 (tableau 11). La médiane pour la consommation de solution hydro-alcoolique s'élève à 23,1/1000 journées d'hospitalisation en 2017. Des différences sont constatées entre les régions. Ainsi, en 2017, la médiane de la consommation d'alcool pour 1000 journées d'hospitalisation dans les hôpitaux bruxellois est de plus de 10 litres supérieure à la consommation d'alcool dans les hôpitaux flamands et wallons (tableau 12).

Le diagramme en boîte montre également une grande variation dans la consommation de solution hydro-alcoolique entre les hôpitaux (figure 5).

**Tableau 11 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus, au niveau national et régional, 2017**

Indicateur Description	Belgique 2017 (n=103)	Bruxelles 2017 (n=12)	Flandre 2017 (n=54)	Wallonie 2017 (n=37)
Consommation de solution hydro-alcoolique $\geq$ le moyen de 2016 (24,7 l/1000 journées d'hospitalisation)	42	75	46	24

n, nombre d'hôpitaux

**Tableau 12 • Médiane et percentile 25 et 75 pour la consommation de solution hydro-alcoolique (en litres/1000 journées d'hospitalisation) dans les unités de soins des hôpitaux belges, 2013-2017**

	Belgique				Bruxelles				Flandre				Wallonie			
	2013 n=104	2015 n=103	2016 n=104	2017 n=103	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37
Consommation de solution hydro-alcoolique	20,3 (15,2 – 27,4)	21,3 (17,2 – 28,0)	22,3 (16,7 – 30,7)	23,1 (18,8- 35,6)	30,4 (23,9 – 47,2)	25,1 (20,8 – 34,6)	30,7 (23,6 – 41,2)	33,6 (24,5- 44,6)	18,5 (14,8 – 23,1)	21,5 (18,2 – 28,3)	23,5 (18,0 – 31,4)	23,7 (19,2- 37,2)	20,8 (14,9 – 28,7)	19,6 (16,6 – 25,2)	17,4 (15,7 – 22,2)	20,5 (17,5- 24,5)

n, nombre d'hôpitaux

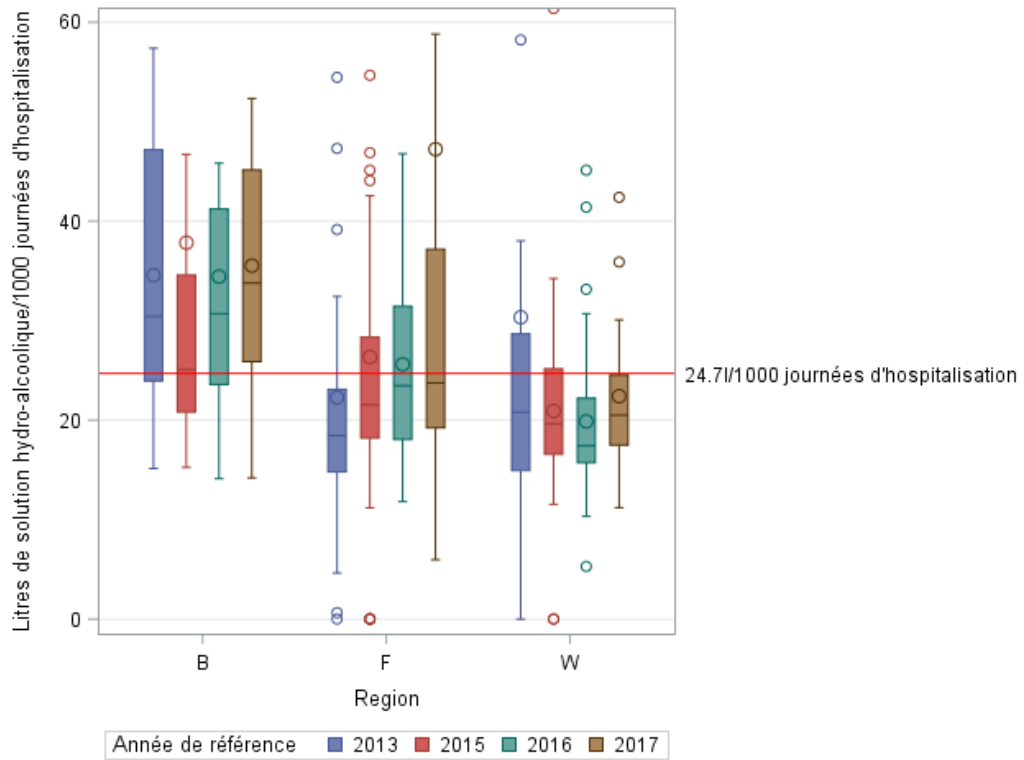


Figure 5 • Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins des hôpitaux belges par région, 2013-2017 (B=Bruxelles, F=Flandre, W=Wallonie)

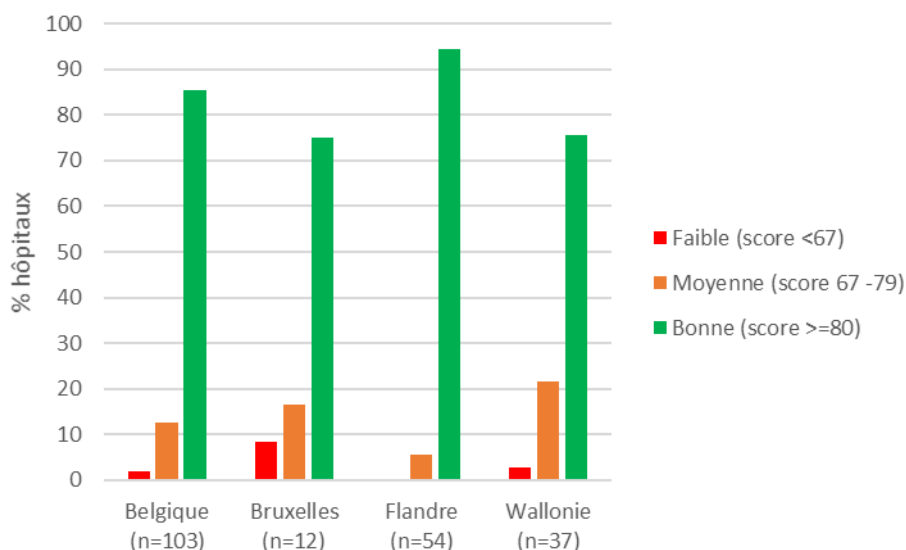
### 1.5. SCORE DE QUALITÉ TOTAL POUR L'HH

85% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité total en HH (tableau 13 et figure 6). Il existe toutefois des différences dans le score de qualité entre les différentes régions. En Flandre, jusqu'à 1/5e d'hôpitaux en plus qu'à Bruxelles et en Wallonie obtiennent un bon score de qualité total. La médiane du score de qualité total est de 91 au niveau national (tableau 13). La variation dans le score de qualité total est indiquée dans un diagramme en boîte (figure 7).

**Tableau 13 • Score de qualité médian et intervalle pour le total des indicateurs dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité, 2017**

	Belgique 2017 (n=103)	Bruxelles 2017 (n=12)	Flandre 2017 (n=54)	Wallonie 2017 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=10)	91 (51 - 99)	89 (58 - 98)	93 (70-99)	92 (51 - 99)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>				
Faible (score <67)	2	8	0	3
Moyenne (score 67 - 79)	13	17	6	22
Bonne (score ≥ 80)	85	75	94	76

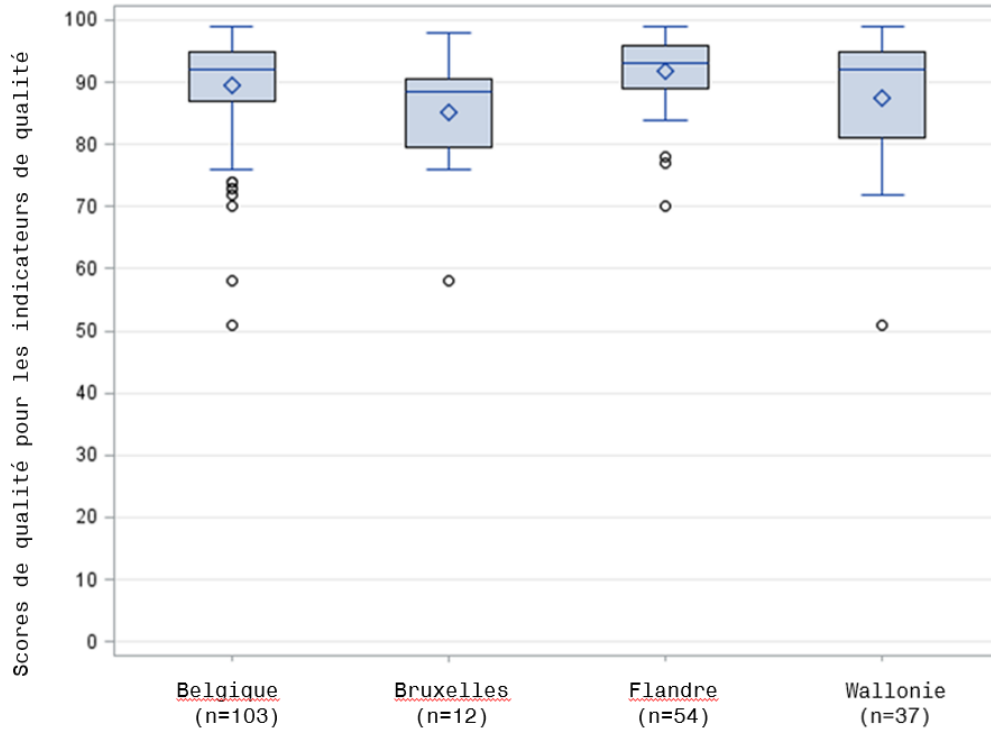
n, nombre d'hôpitaux



**Figure 6 • Indicateurs de qualité; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2017**



## RÉSULTATS



**Figure 7 • Indicateurs de qualité: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2017**

## 2. Résultats par hôpital

Les scores de qualité par hôpital pour chacun des trois groupes d'indicateurs sont très bons (tableau 14). Plus de la moitié des hôpitaux affichent un score élevé (vert) pour les trois groupes d'indicateurs : organisation, moyens et actions.

**Tableau 14 • Scores de qualité de l'hygiène hospitalière par hôpital, Belgique, 2017**

Code postal	Endroit	Hôpital	Score organisation (max. 10)	Score moyens (max.9)	Score actions (max. 79)	Score processus (max.2)	Score total (max. 100)
1000	BRUSSELS	CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST.-PIERRE	10	9	77	2	98
1000	BRUSSELS	INSTITUT JULES BORDET	10	9	69	2	90
1000	BRUSSELS	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	10	9	69	2	90
1020	BRUSSELS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	10	9	70	2	91
1020	BRUSSELS	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA (HUDERF)	10	9	68	2	89
1040	BRUSSELS	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	10	7	41	0	58
1070	BRUSSELS	CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME	4	9	73	2	88
1070	BRUSSELS	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL (SARE) + BRAINE L'ALLEUD	10	7	69	0	86
1090	BRUSSELS	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	10	9	76	2	97
1160	BRUXELLES	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL DELTA	10	7	68	2	87
1180	BRUSSELS	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	10	7	59	0	76
1200	BRUSSELS	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC	10	9	56	2	77
1340	OTTIGNIES	CLINIQUE SAINT PIERRE	10	9	79	0	98
1400	NIVELLES	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	10	9	68	0	87
1500	HALLE	A.Z. SINT-MARIA	10	9	69	0	88
1800	VILVOORDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	10	4	62	2	78
2060	ANTWERPEN	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	10	9	74	2	95
2100	DEURNE	A.Z. MONICA	10	9	79	0	98
2200	HERENTALS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HERENTALS	8	9	76	0	93
2300	TURNHOUT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	10	9	75	0	94
2390	MALLE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF	10	7	65	2	84
2400	MOL	HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	10	7	53	0	70
2440	GEEL	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA	10	5	72	2	89
2500	LIER	HEILIG HART ZIEKENHUIS Vzww	10	9	77	2	98
2610	WILRIJK	GZA- ZIEKENHUIZEN	10	9	72	2	93
2650	EDEGEM	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	10	9	76	2	97
2800	MECHELEN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN	10	9	67	0	86
2820	BONHEIDEN	IMELDA ZIEKENHUIS	7	9	79	2	97
2840	REET	A.Z. RIVIERENLAND	8	9	71	2	90
2880	BORNEM	A.Z. RIVIERENLAND	10	9	78	0	97
2930	BRASSCHAAT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	10	9	74	0	93
3000	LEUVEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	8	9	76	2	95
3000	LEUVEN	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	10	7	78	2	97
3290	DIEST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST	10	9	76	0	95
3300	TIENEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART TIENEN	10	9	71	2	92
3500	HASSELT	JESSAZIEKENHUIS	10	9	77	0	96
3550	HEUSDEN	ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS	10	9	69	0	88
3600	GENK	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	6	9	77	0	92
3680	MAASEIK	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	10	7	60	0	77
3700	TONGEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	10	9	76	0	95
3800	SINT-TRUIDEN	ST. TRUDO ZIEKENHUIS	10	9	78	2	99
3900	OVERPELT	MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	10	9	74	0	93
4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	10	9	78	0	97
4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	10	9	73	0	92
4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	6	9	67	2	84
4000	ROCOURT	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	10	9	78	0	97
4020	LIEGE	INTERCOM. DE SOINS SPECIALISES DE LIEGE	10	5	72	0	87
4040	HERSTAL	CLINIQUE ANDRE RENARD	8	9	77	2	96
4100	SERAING	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	10	9	62	0	81
4500	HUY	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	10	9	74	2	95
4700	EUPEN	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	10	9	67	0	86
4780	SANKT-VITH	KLINIK ST.-JOSEF	10	7	75	0	92

## RÉSULTATS

4800	VERVIERS	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE VERVIERS	10	9	66	0	85
4960	MALMEDY	CLINIQUE REINE ASTRID	8	7	57	0	72
5000	NAMUR	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	8	9	70	0	87
5000	NAMUR	CHU UCL NAMUR	10	9	60	2	81
5004	BOUGE	CLINIQUE ST.-LUC	10	9	60	0	79
5060	AUVELAIS	CHR SAMBRE ET MEUSE	8	5	60	0	73
5500	DINANT	CHU UCL NAMUR	6	7	36	2	51
5530	MONT-GODINNE	CHU UCL NAMUR	10	9	54	0	73
6000	CHARLEROI	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	10	9	79	0	98
6041	GOSELIES	CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	10	9	75	0	94
6042	LODELINSART	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI	10	9	78	2	99
6110	TILLEUL	C.H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	10	9	75	2	96
6460	CHIMAY	CENTRE DE SANTE DES FAGNES	10	9	75	0	94
6700	ARLON	VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	10	9	78	0	97
6800	LIBRAMONT	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	10	9	77	2	98
6900	MARCHE-EN-FAMENNE	VIVALIA - INSTITUT FAMENNE-ARDENNE-CONDROZ	10	9	76	0	95
7000	MONS	C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE	10	9	76	0	95
7000	MONS	CHR MONS - HAINAUT	10	7	61	0	78
7060	SOIGNIES	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	6	7	63	0	76
7100	HAINE-SAINT-PAUL	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	10	7	78	0	95
7100	LA LOUVIERE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	8	9	75	0	92
7301	HORNU	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	8	9	57	0	74
7500	TOURNAI	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	10	9	78	0	97
7700	MOUSCRON	CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	10	9	72	0	91
7800	ATH	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	8	7	57	2	74
8000	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	8	7	72	0	87
8300	KNOCKE-HEIST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ZENO	10	9	73	2	94
8310	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	6	9	75	0	90
8400	OOSTENDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	10	9	69	0	88
8500	KORTRIJK	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	10	9	77	0	96
8630	VEURNE	AZ WEST	10	9	75	2	96
8700	TIELT	ST.-ANDRIESZIEKENHUIS	8	9	70	2	89
8790	WAREGEM	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	10	9	72	2	93
8800	ROESELARE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	6	9	68	2	85
8820	TORHOJT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	10	9	74	0	93
8870	IZEGEM	ST.-JOZEF SKLINIEK Vzw	10	9	72	0	91
8900	IEPER	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzw	10	9	75	0	94
9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	10	9	74	2	95
9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	10	9	66	0	85
9000	GENT	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	10	9	77	0	96
9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	10	5	75	0	90
9100	SINT-NIKLAAS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKLAAS	10	9	70	2	91
9160	LOKEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN	10	9	76	2	97
9200	DENDERMONDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIIJS	10	9	79	0	98
9300	AALST	ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	10	9	77	2	98
9300	AALST	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	10	9	76	0	95
9600	RONSE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	10	9	70	0	89
9620	ZOTTEGEM	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	10	9	72	2	93
9700	OUDENAARDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENAARDE	6	9	73	2	90
9800	DEINZE	ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS	10	9	74	2	95
9900	EEKLO	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	10	9	68	0	87

Pour les hôpitaux fusionnés, le nom du campus principal est mentionné

bonne
  moyenne
  faible

### 3. Résultats par plateforme régionale d'hygiène hospitalière

En Belgique, il existe 9 plateformes régionales d'HH dont les hôpitaux aigus sont membres et où plusieurs sujets relatifs à l'HH peuvent être discutés. Dans le but de montrer plus clairement quels indicateurs ont un moins bon score dans une plateforme régionale, les résultats sont donnés par plateforme régionale, ce qui peut créer des opportunités de discussion et de collaboration. Une 10e plateforme régionale spécifique à tous les hôpitaux psychiatriques et départements psychiatriques au sein des hôpitaux généraux belges a été créée en 2017. Etant donné que dans ce projet, l'accent est mis sur les hôpitaux aigus, les résultats de la plateforme régionale spécifique à la psychiatrie n'ont pas été donnés séparément.

Trois hôpitaux sont membres de deux plateformes régionales différentes. Ces hôpitaux ont donc été repris dans le calcul des résultats de deux plateformes régionales différentes. L'abréviation utilisée pour nommer la plateforme régionale dans les tableaux est expliquée dans la légende du tableau ci-dessous (tableau 15).

**Tableau 15 • Légende: plateforme régionale en abréviation**

Plateforme régionale	Abréviation
Anvers	A
Bruxelles – Brabant wallon	B-BW
Brabant flamand - Bruxelles	BF-B
Brabant flamand - Limbourg	BF-L
Flandre-Occidentale	F-Oc
Flandre-Orientale	F-Or
Hainaut	H
Liège	L
Namur-Luxembourg	N-L

Par groupe d'indicateurs, la médiane des scores de qualité et le pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité sont également indiqués pour chaque plateforme régionale d'HH. Le pourcentage d'hôpitaux satisfaisant à chaque indicateur individuel par plateforme régionale d'HH est également indiqué.

#### 3.1. SCORES DE QUALITÉ ET CLASSES DE QUALITÉ

##### 3.1.1. Indicateurs d'organisation

**Tableau 16 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017**

	A 2017 n=15	B-BW 2017 n=15	BF-B 2017 n=4	BF-L 2017 n=13	F-Oc 2017 n=12	F-Or 2017 n=14	H 2017 n=13	L 2017 n=12	N-L 2017 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=10)	10 (7-10)	10 (4-10)	10 (10-10)	10 (6-10)	10 (6-10)	10 (6-10)	10 (6-10)	10 (6-10)	10 (6-10)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>									
Faible (score<7)	0	7	0	8	17	7	8	8	13
Moyenne (score=7)	7	0	0	0	0	0	0	0	0
Bonne (score≥8)	93	93	100	92	83	93	92	92	88

n, nombre d'hôpitaux

## 3.1.2. Indicateurs de moyens

Tableau 17 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs de moyens dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017

	A 2017 n=15	B-BW 2017 n=15	BF-B 2017 n=4	BF-L 2017 n=13	F-Oc 2017 n=12	F-Or 2017 n=14	H 2017 n=13	L 2017 n=12	N-L 2017 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=9)	9 (5-9)	9 (7-9)	9 (4-9)	9 (7-9)	9 (7-9)	9 (5-9)	9 (5-9)	9 (7-9)	9 (7-9)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>									
Faible (score<6)	7	0	25	0	0	7	8	8	0
Moyenne (score=6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bonne (score≥7)	93	100	75	100	100	93	92	92	100

n, nombre d'hôpitaux

## 3.1.3. Indicateurs d'actions

Tableau 18 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'actions dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017

	A 2017 n=15	B-BW 2017 n=15	BF-B 2017 n=4	BF-L 2017 n=13	F-Oc 2017 n=12	F-Or 2017 n=14	H 2017 n=13	L 2017 n=12	N-L 2017 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=79)	74 (53-79)	69 (41-79)	73 (62-77)	76 (60-79)	73 (68-77)	74 (66-79)	75 (57-79)	73 (57-78)	65 (36-78)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>									
Faible (score<51)	0	7	0	0	0	0	0	0	13
Moyenne (score 51-62)	7	20	25	8	0	0	23	17	38
Bonne (score≥63)	93	73	75	92	100	100	77	83	50

n, nombre d'hôpitaux

## 3.1.4. Score de qualité total pour l'HH

Tableau 19 • Score de qualité médian et intervalle pour le total des indicateurs dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2017

	A 2017 n=15	B-BW 2017 n=15	BF-B 2017 n=4	BF-L 2017 n=13	F-Oc 2017 n=12	F-Or 2017 n=14	H 2017 n=13	L 2017 n=12	N-L 2017 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=100)	93 (70-98)	88 (58-98)	93 (78-98)	95 (77-99)	92 (85-96)	94 (85-98)	94 (73-99)	90 (72-97)	84 (51-98)
<b>Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité</b>									
Faible (score<67)	0	7	0	0	0	0	0	0	13
Moyenne (score 67-79)	7	20	25	8	0	0	31	8	25
Bonne (score≥80)	93	73	75	92	100	100	69	92	63

n, nombre d'hôpitaux

### 3.2. INDICATEURS INDIVIDUELS

#### 3.2.1. Indicateurs d'organisation

**Tableau 20 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, par plateforme régionale, 2017**

Indicateur	A 2017 n=15	B-BW 2017 n=15	BF-B 2017 n=4	BF-L 2017 n=13	F-Oc 2017 n=12	F-Or 2017 n=14	H 2017 n=13	L 2017 n=12	N-L 2017 n=8
Présence d'un plan stratégique général en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité d'HH	93	100	100	92	100	100	100	100	100
Le plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital	80	87	100	85	83	100	77	83	88
Nombre de réunions annuelles du comité HH ≥ 4 par an	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Plan d'action détaillé en HH présent et approuvé par le comité HH	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rapport annuel en HH est présent et approuvé par le comité HH	100	100	100	100	100	100	100	100	100
L'/Les infirmier(s)-hygiénistes hospitalier(s) a/ont le statut de cadre infirmier intermédiaire	100	93	100	92	83	93	92	92	88
<b>Pourcentage moyen</b>	<b>96</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>94</b>	<b>99</b>	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>96</b>

HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux

#### 3.2.2. Indicateurs de moyens

**Tableau 21 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, par plateforme régionale, 2017**

Indicateur	A 2017 n=15	B-BW 2017 n=15	BF-B 2017 n=4	BF-L 2017 n=13	F-Oc 2017 n=12	F-Or 2017 n=14	H 2017 n=13	L 2017 n=12	N-L 2017 n=8
Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers ≥ 90 % du nombre théorique	93	67	100	92	100	100	92	92	100
Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères) ≥ 90 % du nombre théorique	93	100	100	100	92	100	92	83	88
Présence de référents en HH	100	100	75	100	100	100	100	100	100
Nombre de référents dans les USI/le nombre des USI ≥ 1	100	100	75	100	100	93	92	92	100
Nombre de référents dans tous les services/le nombre des services ≥ 1	87	93	75	92	100	93	92	100	100
<b>Pourcentage moyen</b>	<b>95</b>	<b>92</b>	<b>85</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>98</b>

HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux; USI, unités de soins intensifs

## RÉSULTATS

**Tableau 22 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, par plateforme régionale, 2017**

Indicateur	A	B-BW	BF-B	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
	2017 n=15	2017 n=15	2017 n=4	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=14	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=8
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))	20 (8 -23)	29 (23-37)	27 (12 - 112)	23 (19-26)	16 (12-25)	23 (12 – 30)	31 (17 – 39)	10 (6 – 19)	17 (12 – 19)
Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers(ères))	433 (180 – 501)	307 \$232 – 488)	334 (221- 628)	293 (121- 909)	313 (224- 533)	305 (244- 468)	218 (148 – 461)	107 (59 – 148)	130 (72 – 2018)
Nombre d'heures de formation par e-learning sur la prévention des infections suivies par le personnel de l'hôpital via e-learning	0,7 (0-190)	0 (0-0)	3 (0 –47)	0 (0-88)	73 (11-185)	0 (0-38)	0 (0- 0,5)	0 (0 – 3)	0 (0-0)

ETP, équivalents temps plein; HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux

### 3.2.3. Indicateurs d'actions

**Tableau 23 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, par plateforme régionale, 2017**

Indicateur	A	B-BW	BF-B	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
	2017 n=15	2017 n=15	2017 n=4	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=14	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=8
<b>1. Réunions</b>									
Participation de la direction aux réunions du comité d'HH	100	93	75	92	100	100	100	100	88
Participation de l'équipe d'HH aux réunions de la plateforme régionale en HH	87	93	100	100	100	100	92	100	100
<b>2. Surveillances</b>									
MRSA (surveillance locale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MRSA (surveillance nationale)	100	100	100	100	92	100	100	100	100
Septicémies (surveillance locale)	100	100	100	92	100	100	100	100	88
Septicémies (surveillance nationale)	100	100	100	92	92	100	100	100	88
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)	100	100	100	92	100	100	100	100	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)	100	100	100	92	92	100	100	100	100
Infections à Clostridium difficile toxigène (surveillance locale)	100	93	100	92	100	100	100	100	100
Infections dans les USI (surveillance locale)	100	60	75	77	100	78	69	33	38
Infections de site opératoire (surveillance locale)	80	53	100	54	75	65	62	25	38
Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)	100	100	100	85	92	93	100	100	88
Présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme)	100	100	100	100	100	100	92	100	100
<b>3. Audits de processus</b>									
Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux	67	53	25	77	33	79	54	100	63
Procédure de prévention des septicémies associées au CVC	80	100	100	100	92	93	77	100	63
Audit de la procédure de prévention des septicémies associées au CVC	60	67	50	54	33	72	46	67	38

## RÉSULTATS

Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	80	93	50	85	100	93	92	92	100
Audit de la procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	67	80	25	31	42	64	54	75	63
Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	87	53	100	100	92	100	77	83	50
Audit de la procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	67	33	50	69	50	71	15	33	38
Procédure de prévention des infections de site opératoire	80	67	100	85	67	86	77	83	88
Audit de la procédure de prévention des infections de site opératoire	47	67	25	54	33	43	0	58	25
<b>4. Campagne nationale/étude de prévalence</b>									
Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »	100	100	100	100	92	100	100	100	100
Audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	93	80	75	85	100	79	77	83	88
L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	67	73	75	77	75	71	69	83	63
Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	80	80	100	77	75	79	92	75	63
<b>5. Autres</b>									
Information du patient en ce qui concerne le risque infectieux	100	80	100	100	100	100	100	92	88
Démarche de prévention des accidents exposant au sang	100	100	100	100	100	93	92	100	88
Procédure de prise en charge des accidents exposant au sang	100	100	100	100	100	100	100	100	75
Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Participation de l'équipe HH aux réunions du comité pour des dispositifs médicaux	100	93	100	100	83	93	100	92	75
Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie par le médecin-hygiéniste hospitalier	100	100	100	100	100	100	100	100	88
Procédure antibioprophylaxie en chirurgie	93	87	100	100	100	100	100	83	63
Audit de la procédure antibioprophylaxie en chirurgie	80	60	75	92	50	79	62	42	38
Participation à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie	93	73	75	77	67	93	77	67	63
Procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	100	93	100	100	100	100	100	100	100
Audit de la procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	80	47	75	62	75	71	15	50	0
Procédure de prévention de la transmission par dépistage	100	93	100	92	100	93	100	92	88
Audit de la procédure de prévention de la transmission par dépistage	73	47	50	54	67	71	8	17	0
Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	87	80	100	92	100	93	100	83	75
Audit de la procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	53	33	50	54	58	57	15	17	13
Procédure de désinfection des endoscopes	100	87	100	92	92	100	92	83	88
Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	67	60	75	85	67	71	77	75	88
Audit de la procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	27	13	0	23	8	14	0	17	13
Démarche de prévention du risque du bacille de Koch	93	93	100	100	100	93	92	100	75
Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	73	80	0	85	67	71	85	58	63
Démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux	100	87	100	100	100	100	85	83	63
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel non médical	100	87	100	100	100	100	100	100	100
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection du matériel médical non critique	100	60	100	100	100	93	77	100	88
Plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire	93	87	100	100	100	100	85	58	63
Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	100	73	100	100	100	93	92	67	75
Audit de la procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	60	33	0	62	58	43	15	25	0
Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	73	47	50	92	83	93	77	58	63
Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	33	47	0	38	42	43	8	0	13
<b>Pourcentage moyen</b>	<b>85</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>85</b>	<b>75</b>	<b>76</b>	<b>68</b>



## RÉSULTATS

BAPCOC, *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*; CVC, cathéter veineux central; HH, hygiène hospitalière ; MDRO, *Multidrug resistant microorganisms* (microorganismes multirésistants); MRSA, Meticillin-resistant *S. aureus* (*S. aureus* résistant à la méticilline); n, nombre d'hôpitaux

**Tableau 24 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, par plateforme régionale, 2017**

Indicateur	A	B-BW	BF-B	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
	2017 n=15	2017 n=15	2017 n=4	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=14	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=8
Couverture vaccinale contre l'influenza du personnel (exprimé en pourcentage)	49% (46% - 65%)	19% (12%- 25%)	41% (39%- 50%)	45% (39%- 55%)	59% (54%- 64%)	50% (39%- 63%)	20% (18%- 26%)	17% (10%- 20%)	25% (15%- 28%)
Nombre d'opportunités pour l'hygiène des mains observées (en dehors de la campagne nationale)	570 (119- 1920)	466 (227- 1343)	516 (212- 1110)	465 (150- 853)	280 (122- 1534)	700 (332- 2246)	203 (156 - 450)	167 (153- 376)	566 (164- 959)

n, nombre d'hôpitaux

### 3.2.4. Indicateur de processus

**Tableau 25 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus et la médiane et percentile 25 et 75 pour la consommation de solution hydro-alcoolique , par plateforme régionale, 2017**

A	B-BW	BF-B	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
2017 n=15	2017 n=15	2017 n=4	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=14	2017 n=13	2017 n=12	2017 n=8
Consommation de solution hydro-alcoolique, médiane et percentile 25 et 75 (en litre/1000 journées d'hospitalisation)								
25,7 (16,3-49,0)	29,8 (21,0-44,1)	29,9 (24,4-36,3)	22,1 (15,0-37,1)	23,4 (19,7-36,0)	24,9 (20,5-39,0)	21,1 (19,2-23,4)	17,6 (14,5-24,5)	19,8 (13,9-34,1)
Pourcentage d'hôpitaux qui répondent à la consommation de solution hydro-alcoolique ≥ le moyen de 2016 (24,7 l/1000 journées d'hospitalisation)								
53	60	75	38	42	50	15	25	38

n, nombre d'hôpitaux

## 4. Participation à d'autres surveillances et audits que ceux mentionnés dans le questionnaire

### 4.1. 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	• <i>Catheter-associated urinary tract infections</i>
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>

### 4.2. 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	• Endoscopes
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	• Audits effectués dans le cadre d'une accréditation

<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. Étant 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.

## DISCUSSION

### 1. Indicateurs de qualité enregistrés depuis 2013

Le nouveau groupe d'indicateurs pour la collecte de données de 2017 contient tous les indicateurs provenant des collectes précédentes (utilisés en 2013, 2015 et 2016). Cela permet de comparer les résultats de 2017 avec les évaluations précédentes pour ces indicateurs de qualité communs. Les résultats de 2017 pour ces indicateurs sont comparables aux résultats de 2016 et 2015.

Les indicateurs qui présentaient un score élevé en 2016 ont toujours des scores élevés. Pour un certain nombre d'indicateurs ayant eu un résultat plus faible en 2016, on observe une amélioration pour 2017:

- Augmentation de 79% à 86% de la proportion d'hôpitaux où le plan stratégique général pour l'HH est intégré dans le plan stratégique général de l'hôpital.
- Augmentation du nombre d'hôpitaux qui participent à une surveillance locale des infections du site opératoire (49% en 2016, 58% en 2017).

Les indicateurs suivants obtiennent un score moins élevé par rapport à 2016 :

- Le score pour 'l'/les infirmier(s)-hygiéniste(s) est/sont membre(s) du cadre infirmier intermédiaire' a baissé de 95% à 92%. Faisons remarquer que jusqu'en 2016 inclus, seulement 1 infirmier-hygiéniste avait le statut de cadre infirmier intermédiaire, alors que depuis 2017, cette exigence minimale est valable pour tous les infirmiers-hygiénistes financés selon le minimum fixé légalement.
- Les scores pour la réalisation d'un certain nombre d'audits diminuent :
  - Pour l'audit placement et soins cathéter veineux central : de 72% à 54%,
  - Pour l'audit ventilation assistée : de 67% à 47%,
  - Pour l'audit placement et soins cathéters voies urinaires : de 66% à 58%, et
  - Pour l'audit prévention des infections de site opératoire (ISO): de 44% à 34%.

A compter de 2017, ces indicateurs sont subdivisés en deux parties. En plus de la présence d'une procédure, on vérifie si celle-ci est auditée ou non. Il est possible que cette nouvelle question et une description plus détaillée de ces indicateurs utilisés dans le cahier des charges pour la collecte de données de 2017 aient une influence sur la baisse de ces scores.

Le score de l'audit hygiène des mains reste stable.

Malgré une augmentation depuis 2013, la réalisation d'une surveillance locale des infections dans les unités de soins intensifs et une surveillance locale des infections de site opératoire obtiennent toujours un score faible. Ceci est en contraste avec les autres surveillances auditées qui elles, obtiennent un score élevé. Les scores élevés des surveillances des *S. aureus* résistant à la méticilline (MRSA), des septicémies et des bactéries à Gram négatif multirésistantes peuvent s'expliquer en partie par l'obligation légale de participer à ces surveillances nationales [2]. Sur les 101 hôpitaux qui effectuent une surveillance locale du *Clostridium difficile*, 94 hôpitaux prennent part à la surveillance nationale du *Clostridium difficile*. Sur les 98 hôpitaux qui réalisent une surveillance locale des entérocoques résistants à la Vancomycine, 82 hôpitaux participent à la surveillance nationale. Malgré le caractère non obligatoire de ces surveillances nationales, la participation est élevée.

Cela forme un contraste avec la participation aux surveillances nationales des ISO [3] et des infections au département des soins intensifs qui est également faible. Plusieurs études montrent qu'un programme de surveillance entraîne une baisse du nombre d'ISO [4]. Toutefois, la réalisation d'une surveillance ISO demande beaucoup de travail [4,5]. Une étude supplémentaire est nécessaire pour évaluer si cela peut expliquer la faible participation aux surveillances (nationales) des ISO et des

infections dans les unités de soins intensifs pour les hôpitaux belges et/ou s'il existe d'autres barrières.

Il est également possible de vérifier si une version 'allégée' de ces surveillances, avec application d'une méthodologie différente et/ou moins large, peut contribuer à une participation plus élevée à ces surveillances.

La littérature fait apparaître qu'il existe une corrélation significative entre l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique et la compliance avec l'hygiène des mains [6] qui fait que l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique peut être considérée comme un indicateur de compliance avec l'hygiène des mains. Depuis 2013, la consommation de solution hydro-alcoolique augmente chaque année : d'une médiane de 20,3 litre/1000 journées d'hospitalisation en 2013 à 23,1 litres/1000 journées d'hospitalisation en 2017. Toutefois, moins de la moitié des hôpitaux ont une consommation de solution hydro-alcoolique supérieure à la moyenne de 2016. Dans la littérature, on ne retrouve pas de valeur internationalement acceptée qui indique quel volume de consommation de solution hydro-alcoolique correspond à une bonne compliance avec l'hygiène des mains. On peut poser la question de savoir si pour quantifier cet indicateur (à savoir la consommation moyenne de solution hydro-alcoolique en 2016) la bonne valeur seuil est utilisée.

On constate également une grande variation dans la consommation de solution hydro-alcoolique entre les régions et entre les hôpitaux. En plus de la mesure de cette consommation, l'observation de la compliance avec l'hygiène des mains reste le critère de référence et devrait continuer à être appliqué étant donné que les deux méthodes se complètent [6 - 8]. 74% des hôpitaux rapportent au moins 150 opportunités d'hygiène des mains en dehors de la campagne nationale mais les résultats de ces observations ne sont pas audités dans ce projet. Il n'est donc pas possible de vérifier si la grande variation dans la consommation de solution hydro-alcoolique entre les régions et les hôpitaux est liée à une grande variation dans la compliance à l'hygiène de mains. Actuellement, il n'est pas possible non plus de vérifier si cette grande variation dans la consommation de solution hydro-alcoolique est liée au nombre d'opportunités d'hygiène des mains qui sont mesurées dans le cadre de la campagne nationale. Il est donc recommandé de vérifier quelles possibilités de collaboration existent entre ce projet et la campagne nationale afin de pouvoir le répertorier.

Dans plus de 90% des hôpitaux, le nombre effectif d'infirmiers et de médecins-hygiénistes en équivalents temps plein approche le nombre théoriquement financé en équivalents temps plein. Toutefois, satisfaire à tous les indicateurs audités est un véritable défi avec les moyens et le personnel actuels. Le rapport rédigé à l'occasion de la visite du *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) en Belgique en 2017 mentionne que le nombre de médecins et d'infirmiers ETP pour l'hygiène hospitalière est plutôt bas comparé aux standards acceptés. Le rapport recommande de revoir la législation relative au nombre d'ETP pour l'HH par hôpital et de l'adapter en fonction des actuels besoins en prévention des infections en Belgique [9].

## 2. Nouveaux indicateurs introduits dans la collecte de données de 2017

Le nouveau groupe d'indicateurs comporte 13 audits, qui devraient être réalisés chaque année. On peut ici se poser la question de savoir qui de la qualité ou de la quantité primera. Un audit demande bien souvent beaucoup de travail et implique, en plus de la réalisation de l'audit lui-même, la rédaction et l'implémentation d'un plan d'action basé sur les constatations de l'audit et le suivi de la mise en pratique de ce plan [10].

Une dizaine d'hôpitaux ont rencontré des difficultés pour compléter la couverture vaccinale contre l'influenza du personnel soignant, des sages-femmes et des aides-soignants. La vaccination des

travailleurs de la santé est l'une des stratégies effectives permettant de prévenir les infections grippales liées aux soins [11,12]. Comme défini dans le cahier des charges, seul le pourcentage du personnel soignant vacciné a été demandé parce que ces personnes sont proches des patients et parce que ces chiffres devraient être disponibles dans tous les hôpitaux [13]. Nous sommes conscients du fait que la vaccination contre l'influenza n'est efficace que dans la prévention des infections grippales liées aux soins si toute personne en contact avec les patients est vaccinée, comme le Conseil supérieur de la santé et l'Advisory Committee on Immunization Practices au sein des CDC (Centers for Disease Control and Prevention) le recommandent [14,15]. Si les hôpitaux veulent augmenter leur couverture vaccinale interne, il peut être utile de disposer de chiffres par catégorie de personnel et d'adapter la campagne de vaccination en fonction des différentes catégories. La littérature fait en effet apparaître que tant la couverture vaccinale que les raisons de refuser la vaccination diffèrent en fonction des catégories du personnel [16, 17].

### 3. Score de qualité

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].

### 4. 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.

## 5. Limitations

### 5.1. VALIDATION DES DONNÉES

Tant le rapport individuel par hôpital que le rapport national sont disponibles publiquement. Cela peut favoriser les réponses souhaitables socialement. Les données d'indicateurs fournies par les hôpitaux n'ont pas été et ne sont actuellement toujours pas validées. La nécessité d'une validation des données avait déjà été mentionnée dans l'étude de faisabilité de ce projet [22] et dans les rapports précédents [23].

### 5.2. INDICATEURS DE QUALITÉ COMME INSTRUMENT DE MESURE

La qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux est dans le cadre de ce projet principalement évaluée à l'aide de tâches précises faisant partie du paquet de tâches HH exécutées ou non au sein de l'hôpital. La qualité d'exécution de ces tâches et l'impact de cette qualité sur l'HH et la qualité générale des soins ne sont pas évaluées dans ce projet [23].

Obtenir un bon score sur les indicateurs fixés ne signifie pas automatiquement que les soins prodigués aux patients individuels et au niveau de l'hôpital sont d'une bonne qualité. Les aspects de la qualité pour lesquels aucune preuve ou donnée d'appui ne sont disponibles ou les aspects non mesurés ou non mesurables, manquent [18]. Il est donc important de savoir que les mesures de la qualité doivent être vues comme un outil faisant partie d'une stratégie plus large pour l'amélioration de la qualité [18]. La plupart des indicateurs demandent une étude et une validation plus approfondies avant que l'on puisse dire avec certitude que le programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins est 'bon' ou 'mauvais'. Une mauvaise conclusion comporte le risque que la bonne qualité soit considérée à tort comme de la mauvaise ou inversement, qu'une fausse garantie soit donnée sur la bonne qualité des hôpitaux ne prestant pas correctement. Les indicateurs sont plutôt considérés comme un outil de screening que comme un marqueur définitif de la qualité [21]. On peut poser la question de savoir si l'utilisation d'indicateurs et de scores de qualité est la meilleure méthode pour mesurer et améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux belges.

## 6. Forces

### 6.1. TAUX DE RÉPONSE

Pour 2017, 1 hôpital chronique et 102 hôpitaux aigus ont participé au projet des indicateurs de qualité, ce qui signifie que tous les hôpitaux aigus ont participé (taux de réponse : 100%). Malgré la participation obligatoire, ceci peut être considéré comme une force du projet.

### 6.2. VALIDATION DES DONNÉES

Pour les indicateurs exigeant la participation aux surveillances nationales, la charge de la preuve doit être fournie par Sciansano selon le cahier des charges, ce qui permet de valider ces indicateurs. Ces indicateurs ont été correctement complétés par les hôpitaux, ce qui nous donne le sentiment que les hôpitaux les ont complétés véridiquement.

### 6.3. PRÉVENTION DES INFECTIONS COORDONNÉE ET SOUS FORME DE PROJET

Ce set d'indicateurs a été développé en réponse au besoin de disposer d'une méthode coordonnée et sous forme de projet de la prévention des infections dans les hôpitaux. La roadmap peut être considérée comme un instrument couvrant entièrement la prévention et le contrôle des infections et elle promeut la stratégie de la plateforme fédérale pour l'hygiène hospitalière.

### 6.4. MOBILISATEUR SOLIDE

Le projet des indicateurs de qualité contient les indicateurs de qualité fédéraux dont les résultats sont disponibles publiquement. Pourtant, ces indicateurs sont solides et nous avons l'impression que ce projet déclenche des processus d'amélioration dans les hôpitaux. Ce projet mobilise non seulement les équipes HH dans les hôpitaux mais également la direction des hôpitaux, voire les plateformes régionales d'HH.

## 7. 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 ET RECOMMANDATIONS

## 1. 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.

## 2. Recommandations

### 2.1. RECOMMANDATIONS POUR LES HÔPITAUX

- Continuer à enregistrer leurs actions et résultats afin de pouvoir continuer à suivre et à améliorer le programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins au sein de leur hôpital.

### 2.2. RECOMMANDATIONS POUR LE GROUPE DE TRAVAIL BAPCOC 'INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE' ET POUR LES CHERCHEURS RESPONSABLES DE LA COLLECTE DES DONNÉES, DE L'ANALYSE ET DU RAPPORTAGE DU PROJET INDICATEURS DE QUALITÉ (SCIENSANO)

- Continuer à peaufiner un petit nombre d'indicateurs qui donnent une évaluation aussi bonne que possible des aspects les plus importants du contrôle des infections et de la qualité de la prévention des infections à l'hôpital. Ce qui est important dans le choix de ces indicateurs c'est qu'ils doivent être suffisamment sensibles que pour détecter une amélioration et des différences dans la qualité du contrôle des infections et pour identifier les prestations plus faibles. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- Investiguer dans quelle mesure la stabilité du groupe d'indicateurs peut être garantie au fil des ans et/ou si ce groupe d'indicateurs peut être fixé pour une période plus longue que 3 ans. De cette manière, les hôpitaux auraient le temps de travailler sur ces indicateurs.
- Investiguer dans quelle mesure les données collectées dans le cadre d'autres projets de qualité peuvent être harmonisées et intégrées dans ce projet d'indicateurs de qualité, ceci afin de diminuer la charge de travail du personnel en termes de collecte des données et d'améliorer l'efficacité de la mesure de la qualité des soins.
- Investiguer pourquoi la participation à la surveillance (locale et/ou nationale) des infections dans les unités de soins intensifs et celle des infections du site opératoire reste faible et encourager la participation à ces surveillances. Des recherches complémentaires sont nécessaires à cette fin.
- Investiguer pourquoi la participation aux différents audits a diminué et encourager la participation à ces audits. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- Continuer d'améliorer et d'optimiser l'outil de collecte de données (Healthdata) et la plateforme de rapportage en ligne avec des rapports individuels au niveau de l'hôpital (Healthstat).

### 2.3. RECOMMANDATIONS POUR LES RESPONSABLES POLITIQUES

- Vérifier si la législation actuelle relative au nombre de médecins et infirmiers HH en ETP doit être revue et adaptée en fonction des besoins actuels en prévention des infections en Belgique.
- Intégrer les indicateurs de qualité en HH dans un seul projet général relatif à la mesure et à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital, ceci afin de diminuer la charge de travail du personnel chargé de la collecte des données et de favoriser l'efficacité de la mesure de la qualité des soins. L'amélioration de la collaboration à tous les niveaux (politiques) peut contribuer à une approche et à une vision intégrées.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- Initier et soutenir l'installation et l'exécution d'un contrôle de qualité externe (validation) des données collectées pour le projet 'Indicateurs de qualité en HH'. Ce contrôle de qualité externe pourrait être effectué par Sciensano en collaboration avec le groupe de travail BAPCOO- 'Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière'.
- Poursuivre le support de ce projet 'Indicateurs de qualité en HH' afin que la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux puisse continuer à être suivie et améliorée.

# POINT DE VUE DU SPF SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PLATEFORME FÉDÉRALE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (BAPCOC)

Pour le SPF santé publique et sa Direction générale Soins de Santé (DGGS), le programme Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière vient soutenir et compléter les programmes de prévention et de contrôle des infections associées aux soins mis en place dans les hôpitaux de soins aigus. Ce set d'indicateurs a été construit dans le contexte général de la refonte de l'organisation et des missions des équipes d'hygiène hospitalière telle que stipulée par Arrêté Royal en 2007. Le programme permet tout d'abord d'évaluer la mise en œuvre de la politique d'hygiène hospitalière au niveau national, en fournissant aux décideurs politiques une vision globale de l'hygiène hospitalière ainsi que les tendances au cours du temps pour tous les hôpitaux. Il permet ensuite d'apprécier l'utilisation des moyens financiers accordés, l'engagement et les efforts institutionnels fournis dans le domaine de la lutte contre les infections liées aux soins. Il vise également à soutenir un processus local d'amélioration continue de la qualité des soins, en incitant les hôpitaux à mesurer en interne leurs actions et à optimiser leurs résultats. Soulignons enfin qu'il se veut un outil permettant au public d'apprécier la qualité de l'organisation de la lutte contre l'infection et l'engagement qu'y mettent les institutions de soins. Les domaines ciblés et la méthodologie commune proposée sont alignés avec ce que la littérature scientifique considère comme prioritaire.

La plateforme fédérale a souhaité un processus dynamique permettant d'inciter les hôpitaux à progressivement mettre en place et consolider un socle de mesures de base, de l'enrichir progressivement de nouveaux objectifs et enfin, d'assurer un déploiement cohérent d'audits de pratiques. Les champs explorés couvrent désormais à peu près toutes les dimensions de la lutte contre la transmission des agents infectieux et de la maîtrise des infections associées aux soins. Ils sont également congruents avec les exigences des processus d'accréditation en cours dans nos hôpitaux. Sur la base des résultats livrés ici par Sciensano, les progrès observés depuis 2013 sont encourageants. Les résultats engrangés successivement permettent de souligner une maturité croissante des programmes de prévention dans nos hôpitaux, même si certains hôpitaux récoltent des scores moins favorables que d'autres. Ce relevé met en lumière les points faibles résiduels et identifie à destination de Sciensano ceux où l'amélioration des protocoles de surveillance nationale permettrait de mieux appuyer les hôpitaux et donc de réaliser de nouveaux progrès (par exemple la surveillance des infections de plaies opératoires). La mise à disposition des résultats par plateforme régionale, regroupant les équipes d'hygiène hospitalière d'une même zone géographique, devrait renforcer les collaborations entre hygiénistes d'une même région, ainsi que favoriser les échanges d'information qui prendront alors tout leur sens, compte-tenu de la nécessité de gérer certains risques épidémiques (tels que la diffusion de bactéries multirésistantes, par exemple) à cette échelle loco-régionale. La DGGS apprécie cette nouveauté dans le présent rapport national, qui non seulement stimule l'interaction entre pairs, vecteur reconnu de l'amélioration des pratiques cliniques, mais offre également un exemple de collaboration et de complémentarité entre différents niveaux de notre système de santé, afin de mieux répondre à la situation épidémiologique actuelle.

Le point faible de ce programme reste cependant l'absence de validation externe. La DGGS partage cette préoccupation et s'attachera, en collaboration avec la plateforme fédérale, à y apporter des solutions. En effet, les indicateurs issus de ce programme devraient davantage illustrer la bonne utilisation et l'impact des moyens financiers mis à la disposition des hôpitaux. Les processus de validation qui seront mis en place devront également résulter d'une collaboration plus large, avec les entités fédérées et toutes les administrations fédérales concernées. L'élaboration d'une telle coopération pourra se faire dans le cadre du Plan d'Action National de lutte contre la résistance aux agents antimicrobiens que la Belgique prépare pour les années 2020-2024.

## POINT DE VUE DU SPF SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PLATEFORME FÉDÉRALE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (BAPCOC)

Les résultats présentés dans ce rapport montrent que les équipes d'hygiène de nos hôpitaux fournissent d'importants efforts pour la mise en œuvre de programmes de prévention et de contrôle des infections de qualité. Pourtant, au regard des MDRO, la situation épidémiologique que traversent de nombreux pays européens requiert temporairement, lors de crises localisées, ou parfois plus durablement, des réponses encore plus intenses, avec des équipes dument formées et expérimentées. C'est pourquoi il est rappelé ici que les infirmiers hygiénistes, qui élaborent avec les médecins hygiénistes et les directions hospitalières les stratégies institutionnelles de prévention et de lutte contre les infections, doivent occuper une place de cadre intermédiaire dans les organigrammes des hôpitaux généraux belges. C'est en effet de cette position stratégique qu'ils peuvent assumer efficacement les responsabilités primordiales liées à leur fonction. Par ailleurs, l'appel que la Belgique a reçu quant au renforcement des ressources humaines dans ce domaine nécessite une réponse concertée entre les différents niveaux de pouvoir. Ce point sera donc lui aussi relayé auprès de toutes les parties concernées et examiné lors de l'élaboration du Plan d'Action National de lutte contre la résistance aux agents antimicrobiens.

Ainsi, par l'évaluation du degré de mise en œuvre des programmes de prévention et de contrôle des infections associées aux soins, le SPF Santé publique, BAPCOC et Sciensano peuvent soutenir les professionnels spécialistes en hygiène hospitalière, inciter les institutions à s'aligner sur les objectifs nationaux et contribuer à l'amélioration de la gestion des risques infectieux dans l'ensemble des hôpitaux belges de soins aigus.

# 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'optimalisation 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.

# RÉFÉRENCES

1. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2016). *Gezondheidszorginstellingen*. Geraadpleegd op 5 maart 2019. <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen>
2. Belgische staat. C-2015/24034, Moniteur Belge - Belgisch Staatsblad 27.01.2015 Article 5, §2. 2015. <http://www.nsih.be/download/CDIF/Arrete%20Royal%202015.xps>
3. Mertens K.. (2018). *Surveillance of ICU - Acquired Infections National Feedback Report Infection Indicators Year 2017*. Brussels, Belgium, Scientific Institute of Public Health. [http://www.nsih.be/download/hi\\_fbc\\_nat\\_2017\\_10Dec2018\\_103026.pdf](http://www.nsih.be/download/hi_fbc_nat_2017_10Dec2018_103026.pdf)
4. Benenson S., Moses A., Cohen M., Brezis M., Minster N., Schwartz C., Kandel L., et al. (2017). A Practical Tool for Surveillance of Surgical Site Infections: A 5-Year Experience in Orthopedic Surgeries. *Infection control & hospital epidemiology*, 38 (5), 610-613.
5. Koek M.B.G., Wille J.C., Hopmans T.E.M., Geerlings S.E., Vos M.C., van der Sande M.A.B. & de Greeff S.C (2016). Surveillance van zorginfecties binnen het PREZIES-netwerk: noodzaak voor vernieuwing? *Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie*, 24 (3), 141-147.
6. Haubitz S., Atkinson A., Kaspar T., Nydegger D., Eichenberger A., Sommerstein R. & Marschall J. (2016). Handrub Consumption Mirrors Hand Hygiene Compliance. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 37(6), 707-710.
7. Magnus T.P., Marra A.R., Camargo T.Z., Victor E.S., da Costa L.S., Cardoso V.J., dos Santos O. et al. (2015). Measuring hand hygiene compliance rates in different special care settings: a comparative study of methodologies. *International Journal of Infectious Diseases*, 33, 205-208
8. Wetzker W., Walter J., Bunte-Schönberger K., Schwab F., Behnke M., Gastmeier P & Reichardt C. (2017). Hand Rub Consumption Has Almost Doubled in 132 German Hospitals over 9 Years. *Infection Control and hospital epidemiology*, 38 (7), 870-872.
9. European Centre for Disease Prevention and Control.(2018). *ECDC country visit to Belgium to discuss antimicrobial resistance issues*. Stockholm: ECDC.
10. Limb C., Fowler A., Gundogan B., Koshv K. & Agha R. (2017). How to conduct a clinical audit and quality improvement project. *International Journal of Surgery Oncology*, 2, e24.
11. Blanco N., Eisenberg M., Stillwell T. & Foxman B.: What Transmission Precautions Best Control Influenza Spread in a Hospital? *American Journal of Epidemiology* 2016, 183(11), 1045-1054.
12. Frenzel E., Chemaly R., Ariza-Heredia E., Jiang Y., Shah D., Thomas G., Graviss L. et al. (2016). Association of increased influenza vaccination in health care workers with a reduction in nosocomial influenza infections in cancer patients. *American Journal of Infection Control*, 44, 1016-1021.
13. (2018). Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne: Lastenboek: definities, instructies voor het invullen en bewijselementen Verzameling 2018 (gegevens 2017). Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public Health. [http://www.nsih.be/download/IQ/2018\\_lastenboek\\_IQ2.pdf](http://www.nsih.be/download/IQ/2018_lastenboek_IQ2.pdf)
14. Hoge Gezondheidsraad (2017). ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9418: Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep Winterseizoen 2017-2018. Brussels, Belgium, Hoge

## RÉFÉRENCES

- Gezondheidsraad.  
[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_9418\\_seizoensgriep\\_2017-2018.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9418_seizoensgriep_2017-2018.pdf)
15. Black C., Yue X., Ball S., Fink R., de Perio M., Laney s., Williams Q. et al. (2018). Influenza Vaccination Coverage Among Health Care Personnel —United States, 2017–18 Influenza Season. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67 (38), 1050-1054.
  16. Dass von Perbandt E., Hornung R. & Thanner M. (2018). Influenza vaccination coverage of health care workers: a cross-sectional study based on data from a Swiss gynaecological hospital *GMS Infectious Diseases*, 6, 1-8
  17. Hagemester M., Stock N., Ludwig T., Heuschmann P. & Vogel U. (2018). Self-reported influenza vaccination rates and attitudes towards vaccination among health care workers: results of a survey in a German university hospital. *Public Health*, 154; 102-109.
  18. Werner R. & Asch D. (2007). Clinical Concerns About Clinical Performance Measurement. *Annals of Family Medicine*, 5 (2): 159-163.
  19. Zorgnet-Icuro (z.d.). *Ziekenhuisaccreditatie*. Geraadpleegd op 5 maart 2019.  
<https://www.zorgneticuro.be/content/ziekenhuisaccreditatie>
  20. Donabedian A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*.,260, 1743-1748.
  21. Raleigh V. & Foot C.(2010). *Getting the measure of quality: opportunities and challenges*. London, England, The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Getting-the-measure-of-quality-Veena-Raleigh-Catherine-Foot-The-Kings-Fund-January-2010.pdf>
  22. Viseur N. & Lambert M.L. (2011). *Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen*. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public Health.  
[http://www.nsih.be/download/IQ/IQ\\_eindrapport\\_NL\\_aanpassing%20na%20opmerkingen%20RPs%20\\_vs3.pdf](http://www.nsih.be/download/IQ/IQ_eindrapport_NL_aanpassing%20na%20opmerkingen%20RPs%20_vs3.pdf)
  23. Duysburgh E., Dequeker S., Mortgat L. (2018). *Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen: jaarrapport 2017 – data 2016*. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public Health. [http://www.nsih.be/download/IQ/Rapport\\_QI\\_2017\\_NL.pdf](http://www.nsih.be/download/IQ/Rapport_QI_2017_NL.pdf)
  24. Shaw C.D., Groene O., Botje D., Sunol R., Kutryba B., Klazinga N et al. (2014). The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal of Quality Health Care*, 26 (1), 100-107.



# LISTE DES ANNEXES

1. Formulaire pour la collecte des données.....58

# ANNEXES

## 1. Formulaire pour la collecte des données

<p>Voir le <a href="#">Cahier des charges</a> pour les définitions, consignes, éléments de preuves à conserver.</p> <p>Toutes les données concernent l'année de référence (l'année précédant l'année de la collecte de données). <b>ATTENTION: UN FORMULAIRE PAR CODE D'AGREMENT !</b> Si l'hôpital est composé de plusieurs sites, il n'y a qu'un formulaire à remplir qui correspond à l'ensemble des sites aigus.</p>			Score (Total: 100)
<b>1. INDICATEURS D'ORGANISATION</b>			<b>Total : 10</b>
I.O.1.a	Il existe un plan stratégique général à long terme (3-5 ans) en matière de lutte contre les infections liées aux soins élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.O.1.b	Si oui : ce plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital.	<i>O Oui O Non</i>	2
I.O.2.	Nombre de réunions du comité d'hygiène hospitalière.	_ _ _ _	(≥ 4) =>1
I.O.3	Un plan d'action détaillé en matière de lutte contre les infections liées aux soins a été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.O.4	Un rapport annuel sur les activités en matière de lutte contre les infections liées aux soins a été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.O.5	L'infirmier(ère)-hygiéniste hospitalier(ère)– ou, si il y en plusieurs, les infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères)- faisant partie de l'encadrement minimal légal requis (voir partie du B4 du Budget des Moyens Financiers), ont le statut de cadre infirmier intermédiaire.	<i>O Oui O Non</i>	4
<b>2. INDICATEURS DE MOYENS</b>			<b>Total : 9</b>
I.M.1 a	Nombre EFFECTIF de médecins-hygiénistes hospitaliers dans l'hôpital, en équivalents temps plein (ETP) cette année.	_ _ _ _ , _ _ _ _	(≥0.9 x nombre ETP financé) => 2
I.M.1.b	Nombre de médecins-hygiénistes hospitaliers (en ETP) calculé sur base du nombre de lits justifiés pondérés pour le financement de cette activité par le gouvernement (comme décrit dans l'Arrêté royal).	(remplis automatiquement)	
I.M.2.a	Nombre EFFECTIF d'infirmiers(ières)-hygiénistes hospitaliers(ères) dans l' hôpital en équivalent temps plein (ETP) cette année.	_ _ _ _ , _ _ _ _	(≥0.9 x nombre ETP financé) => 2
I.M.2.b	Nombre d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitaliers(ères) (en ETP) calculé sur base du nombre de lits pondérés pour le financement de cette activité par le gouvernement (comme décrit dans l'arrêté royal).	(remplis automatiquement)	
I.M.3	L'hôpital a mis en place des référents en hygiène hospitalière.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.M.4.b	Nombre d'unités de soins intensifs (USI) dans l'hôpital.	_ _ _ _	

## ANNEXES

I.M.4.a	Nombre de référents dans les USI.	_ _ _ _	(Nombre référents USI/ Nombre unités USI $\geq 1$ ) => 2
I.M.5.a	Nombre total de référents en hygiène hospitalière dans les services dirigés par un infirmier en chef (y inclure les USI).	_ _ _ _	(nombre référents/ nombre unités $\geq 1$ ) => 2
I.M.5.b	Nombre de services dirigés par un infirmier en chef dans l'hôpital (y compris les USI).	_ _ _ _	
I.M.6.a	Nombre total d'heures de formation interne en hygiène hospitalière dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière au personnel de l'hôpital (que ce soit pour le nouveau personnel, le personnel soignant, le personnel médical...).	_ _ _ _	0
I.M.6.b	Nombre total de participants à ces formations sur l'année.	_ _ _ _	0
I.M.6.c	Nombre d'heures de formation sur la prévention des infections par e-learning suivies par le personnel de l'hôpital.	_ _ _ _	0
<b>3. INDICATEURS D' ACTIONS</b>			<b>Total:79</b>
<b>3.1 Des réunions</b>			
I.A.1	La direction participe aux réunions du comité d'hygiène hospitalière.	<i>O Oui O Non</i>	2
I.A.2	L'équipe d'hygiène hospitalière participe aux réunions de la plateforme régionale en HH.	<i>O Oui O Non</i>	1
<b>3.2 Surveillances</b>			
I.A.3.a	Il existe une surveillance locale des <i>S. aureus</i> résistant à la méticilline (MRSA).	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.3.b	Si oui : l'hôpital a participé à la surveillance nationale des MRSA en fournissant les données agrégées requises.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.4.a	Il existe une surveillance locale des septicémies associées à l'hôpital.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.4.b	Si oui : l'hôpital a participé à la surveillance nationale des septicémies en fournissant les données agrégées requises.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.5.a	Il existe une surveillance locale des bactéries Gram-négatif multi-résistantes.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.5.b	Si oui : l'hôpital a participé à la surveillance nationale des bactéries Gram négatif multi-résistantes en fournissant les données agrégées requises.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.6	Il existe une surveillance locale des infections à <i>C. difficile</i> toxigène.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.7	Il existe une surveillance locale des infections dans les USI.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.8	Il existe une surveillance locale des infections de site opératoire.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	1
I.A.9	Il existe une surveillance locale des entérocoques résistants à la vancomycine (VRE).	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.10.a	Il existe d'autres surveillances liées aux soins / bactéries multirésistantes autres que celles décrites ci-dessus.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.10.b	Si oui, lesquelles?		0

ANNEXES

I.A.11	Il existe une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'hygiène hospitalière permettant le partage rapide et facile de la liste des microorganismes nécessitant des précautions additionnelles (système d'alerte).	<i>O Oui O Non</i>	1
<b>3.3 Audits de processus</b>			
I.A.13.a	Il existe une démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux en fonction du risque infectieux.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.13.b	Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des septicémies associées au cathéter veineux central (CVC).	<i>O Oui O Non</i>	3 (2018:2, 2019:1)
I.A.13.c	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.14.a	Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des infections urinaires sur sonde.	<i>O Oui O Non</i>	3 (2018:2, 2019:1)
I.A.14.b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.15.a	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).	<i>O Oui O Non</i>	3 (2018:2, 2019:1)
I.A.15.b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.16.a	Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des infections de site opératoire.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	3 (2018:2, 2019:1)
I.A.16.b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.17.a	L'hôpital réalise d'autres audits en relation avec la prévention des infections que ceux repris ci-dessus.	<i>O Oui O Non</i>	0
I.A.17.b	Si oui, lesquels?		
<b>3.4 La campagne nationale/l'étude de prévalence</b>			
I.A.18	L'hôpital a participé à la campagne nationale « hygiène des mains ».	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.12.a	L'hôpital réalise un audit local d'observance des procédures recommandées pour l'hygiène des mains en dehors de la campagne nationale.	<i>O Oui O Non</i>	2
I.A.12.b	Si oui, nombre d'opportunités observées.	_ _ _ _	(≥150) => 1
I.A.19.	L'hôpital a participé à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques.	<i>O Oui O Non</i>	1
<b>3.5 Des procédures</b>			
<b>Information du patient</b>			
I.A.20	Existence d'une information du patient en ce qui concerne le risque infectieux.	<i>O Oui O Non</i>	2 (2018:3; 2019:4)
<b>Accidents exposant au sang (AES)</b>			
I.A.21	Il existe une démarche de prévention des AES.	<i>O Oui O Non</i>	2
I.A.22	Existence d'une procédure actualisée de prise en charge des accidents exposant au sang (AES).	<i>O Oui O Non</i>	2
<b>Vaccination contre l'influenza</b>			

## ANNEXES

I.A.23	Une campagne de vaccination du personnel contre l'influenza a eu lieu pendant l'année de référence.	<i>O Oui O Non</i>	2
I.A.24a	Nombre de personnes ayant le statut d'infirmier ou de sage-femme ou d'aidant soignant salarié de l'hôpital au 31 décembre de l'année de référence, ayant été vaccinées contre l'influenza pendant cette année.	_ _ _ _ _ _ _	0
I.A.24b	Nombre de personnes ayant le statut d'infirmier ou de sages-femmes ou d'aidant soignant salariés de l'hôpital au 31 décembre de l'année de référence.	_ _ _ _ _ _ _	
<b>Des dispositifs médicaux</b>			
I.A.25	Un des médecins et/ou des infirmiers(ères)-hygiéniste(s) hospitaliers(ères) participe aux réunions du comité des dispositifs médicaux.	<i>O Oui O Non</i>	2 (2018:2; 2019:1)
<b>L'antibiothérapie</b>			
I.A.26	Le médecin- hygiéniste hospitalier participe aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie (GGA).	<i>O Oui O Non</i>	2 (2018:1, 2019:1)
I.A.27a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne l'antibioprophylaxie en chirurgie.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	3 (2018:2; 2019:1)
I.A.27b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.28	L'hôpital a participé à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	1
<b>La prévention des infections</b>			
I.A.29a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne.	<i>O Oui O Non</i>	3 (2018:2; 2019:1)
I.A.29b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.30a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention de la transmission par dépistage des patients porteurs de MDRO.	<i>O Oui O Non</i>	3 (2018:2; 2019:1)
I.A.30b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.31a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention des infections liées à l'admission de patients porteurs MDRO connus.	<i>O Oui O Non</i>	3 (2018:2; 2019:1)
I.A.31b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.34	Il existe une démarche de prévention liée à la transmission du BK.	<i>O Oui O Non</i>	4
I.A.35	Il existe une démarche de prévention du risque CJD.	<i>O Oui O Non</i>	2
<b>Désinfection</b>			
I.A.32	Il existe une procédure actualisée relative à la désinfection des endoscopes.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	2
I.A.33a	Il existe une procédure actualisée relative à la désinfection des sondes échographiques endocavitaires.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	3 (2018:2; 2019:1)
I.A.33b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)

ANNEXES

I.A.36	Il existe une démarche de prévention du risque infectieux liée à la gestion des travaux.	<i>O Oui O Non</i>	2
I.A.37	Il existe une démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et à la désinfection des surfaces et du matériel non médical (ex : lit, table de nuit, toilettes...).	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.38	Il existe une démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et à la désinfection du matériel médical non critique (par exemple : stéthoscope, tensiomètre, thermomètre...).	<i>O Oui O Non</i>	1
Le contrôle des infections			
I.A.39	Il existe un plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire.	<i>O Oui O Non</i>	1
I.A.40a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques interventionnelles.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	3 (2018:2; 2019:1)
I.A.40b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
I.A.41.a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention du risque infectieux en salle d'accouchement.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	3 (2018:2; 2019:1)
I.A.41.b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	0 (2018:1, 2019:2)
<b>4. INDICATEURS DE PROCESSUS</b>			<b>Total: 2</b>
II.R.1a	Consommation totale (volume en litres) de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins dans l'hôpital.	_ _ _ _ _ _ _	> Médiane de la consommation 2016 => 2
II.R.1b	Nombre de journées d'hospitalisation.	_ _ _ _ _ _ _ _	
<b>5. FEEDBACK</b>			
	Feedback sur cet indicateurs (max 250 mots).		

# REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier tous les hôpitaux participants d'avoir enregistré leurs activités et résultats. Sans ces enregistrements, il ne serait pas possible de continuer à suivre et à améliorer la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux belges.

Nous voudrions également remercier les membres du groupe de travail BAPCOC 'Indicateurs de qualité pour l'hygiène hospitalière' de leur aide dans le peaufinage de ce rapport et à Healthdata de leur contribution au développement de l'outil de collecte des données (Healthdata) et de la plateforme de rapportage en ligne (Healthstat).

## CONTACT

S. Dequeker • T+32 2 642 52 34 • sara.dequeker@sciensano.be

### POUR PLUS D'INFORMATIONS

—  
Rendez-vous sur notre site  
web

[http://www.nsih.be/surv\\_iq/introduction\\_nl.asp](http://www.nsih.be/surv_iq/introduction_nl.asp) ou contactez-

nous à l'adresse  
sara.dequeker@sciensano.be