

INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LES HÔPITAUX AIGUS

Rapport annuel 2019 – Données 2018

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

Décembre 2019 • Bruxelles • Belgique

Numéro de référence interne : 2019/25

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 Commission, 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 Commission

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 76p. Numéro de rapport : D/2019/2505/440/43. Disponible en ligne : http://www.nsih.be/surv_iq/reports_fr.asp

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAUX	6
FIGURES	8
ABRÉVIATIONS	9
RÉSUMÉ	10
1. Informations générales	10
2. Méthodologie	10
3. Résultats	11
4. Conclusion et recommandations	12
4.1. Recommandations pour les hôpitaux.....	12
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).....	12
4.3. Recommandations pour les responsables politiques.....	12
INTRODUCTION	15
1. Objectifs	15
MÉTHODES	16
1. Evaluation de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins	16
1.1. Indicateurs individuels.....	16
1.2. Score de qualité.....	16
1.3. Classes de qualité.....	17
2. Collecte des données	17
3. Analyse des données	17
4. Rapportage	17
RÉSULTATS	23
1. Résultats au niveau national et régional	23
1.1. Indicateurs d'organisation.....	23
1.2. Indicateurs de moyens.....	26
1.3. Indicateurs d'actions.....	30
1.4. Indicateur de processus.....	38
1.5. Score de qualité total pour l'HH.....	39
2. Participation à d'autres surveillances et audits que ceux mentionnés dans le questionnaire	41
2.1. Participation à un autre système de surveillance local pour les infections liées aux soins/ les bactéries multirésistantes.....	41
2.2. Participation à des audits locaux de processus de soins et/ou infections relatives à l'hygiène hospitalière autres que ceux mentionnés dans le questionnaire.....	41
3. Résultats au niveau régional	42
4. Résultats par plateforme régionale d'hygiène hospitalière	48
4.1. Scores de qualité et classes de qualité.....	48
4.2. Indicateurs Individuels.....	51
RESULTATS PAR HOPITAL	55
DISCUSSION	58
1. Principales constatations	58
1.1. Indicateurs de qualité enregistrés depuis 2013.....	58
1.2. Indicateurs introduits dans la collecte de données de 2017.....	59
1.3. Classe de qualité.....	60
2. Constatations générales	60
2.1. Groupe d'indicateurs de qualité pour l'HH.....	60
2.2. Limitations.....	61
2.3. Forces.....	61
CONCLUSION	63
1. Conclusion	63
2. Recommandations	63
2.1. Recommandations pour les hôpitaux.....	63

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)	63
2.3. Recommandations pour les responsables politiques	63
POINT DE VUE DU SPF SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PLATEFORME FÉDÉRALE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (BAPCOC)	65
RÉFÉRENCES	67
LISTE DES ANNEXES	69
ANNEXES	70
1. Formulaire pour la collecte des données.....	70
REMERCIEMENTS	74

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 2018).	19
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, 2018.	23
Tableau 3 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau national, 2013 - 2018.	24
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, 2018.	26
Tableau 5 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau national, 2013-2018.	27
Tableau 6 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau national, 2013-2018.	27
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, 2018.	30
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, 2013-2018.	32
Tableau 9 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, au niveau national, 2017-2018.	35
Tableau 10 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillent depuis 2017, au niveau national, 2017-2018.	36
Tableau 11 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus, au niveau national, 2018.	38
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, au niveau national, 2013-2018.	38
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, 2018.	39
Tableau 14 • 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, 2018.	41
Tableau 15 • 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, 2018.	41
Tableau 16 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau régional, 2013 - 2018.	42
Tableau 17 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau régional, 2013-2018.	43
Tableau 18 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau régional, 2013-2018.	43
Tableau 19 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs également recueillis dans les collectes de données précédentes, au niveau régional, 2013 – 2018.	44
Tableau 20 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillent depuis 2017, au niveau régional, 2017-2018.	45
Tableau 21 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, au niveau régional, 2017-2018.	46
Tableau 22 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus, au niveau régional, 2017-2018.	46
Tableau 23 • 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, au niveau régionale, 2013-2018.	47
Tableau 24 • Légende: plateforme régionale en abréviation.	48
Tableau 25 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018.	48
Tableau 26 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs de moyens dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018.	49
Tableau 27 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'actions dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018.	49

Tableau 28 • Score de qualité médian et intervalle pour le total des indicateurs dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018.....	49
Tableau 29 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, par plateforme régionale, 2018.....	51
Tableau 30 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, par plateforme régionale, 2018.....	51
Tableau 31 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, par plateforme régionale, 2018	52
Tableau 32 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, par plateforme régionale, 2018.....	52
Tableau 33 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, par plateforme régionale, 2018.....	54
Tableau 34 • 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, 2018	54
Tableau 35 • Ziekenhuishygiëne kwaliteitsscores per ziekenhuis, België, 2018.....	55

FIGURES

Figure 1 • Indicateurs d'organisation; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national, 2018	24
Figure 2 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau national et régional 2013 - 2018	25
Figure 3 • Indicateurs de moyens; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2018.....	26
Figure 4 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau national, 2013-2017	29
Figure 5 • Indicateurs d'actions; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2018	30
Figure 6 • Indicateurs d'actions: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2018	31
Figure 7 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel; surveillances locales; 2013-2018	33
Figure 8 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel; audits de processus; 2013-2018	34
Figure 9 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillent depuis 2017, au niveau national, 2017-2018.....	37
Figure 10 • Indicateurs de qualité; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2018.....	39
Figure 11 • Indicateurs de qualité: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2018	40
Figure 12 • Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins des hôpitaux belges par région, 2013-2018 (B=Bruxelles, F=Flandre, W=Wallonie)	47

ABRÉVIATIONS

AR	Arrêté royal
BAPCOC	<i>Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CPE	Entérobactéries productrices de carbapénémase
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>
PPS	Etude de prévalence ponctuelle
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 de la *Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission* (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 liées aux soins afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux. Pour atteindre cet objectif général, trois objectifs spécifiques ont été établis : (1) 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 cinquième collecte de données (données recueillies en 2019 portant sur l'année 2018).

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. 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 scores pondérés évoluent dans le temps, avec une importance progressivement plus grande accordée aux indicateurs relatifs aux audits de processus.

Les données ont été recueillies par hôpital¹, de mars à juin 2019 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.

¹ 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

102 hôpitaux (101 aigus et 1 chronique) ont enregistré des données relatives aux indicateurs de qualité pour 2018.

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 (6%, 3% et 2% des hôpitaux présentent respectivement un score faible pour ces catégories d'indicateurs).

De nombreux indicateurs, recueillis depuis 2013, enregistrent des scores élevés :

- Au moins 95% des hôpitaux respectent 18 des 31 indicateurs recueillis depuis 2013.
- 11 des 31 indicateurs recueillis depuis 2013 sont déjà respectés par tous les hôpitaux.
- La consommation de solution hydro-alcoolique en litres/1000 journées d'hospitalisation dans les unités de soins des hôpitaux belges continue à augmenter (2013: 20,3/1000 journées d'hospitalisation; 2018: 24,1/1000 journées d'hospitalisation).

Une amélioration a été observée en 2018:

- Pour sept des neuf indicateurs obtenant un score plus faible (<80%) en 2017, recueillis depuis 2013, on observe une amélioration pour 2018. On retrouve l'augmentation la plus élevée dans le nombre d'hôpitaux qui réalisent des audits:
 - pour l'audit de la procédure 'Placement et soins cathéter veineux central', augmentation de 54 à 76%;
 - pour l'audit de la procédure 'Ventilation assistée', augmentation de 47 à 60%;
 - pour l'audit de la procédure 'Placement et soins sondes urinaires', augmentation de 58 à 74% et
 - pour l'audit de la procédure 'Prévention des infections du site opératoire (ISO)', augmentation de 34 à 55%.
- Pour sept des indicateurs obtenant un score plus faible, introduits dans la collecte de données de 2017, on observe une amélioration d'au moins 10% en 2018 par rapport à 2017.

Comparativement à 2017, les indicateurs suivants obtiennent un score plus faible:

- Participation à une étude de prévalence sur les infections liées aux soins et l'utilisation d'antibiotiques (2017: 79%; 2018: 44%); et
- Audit de la procédure concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie (2017: 64%; 2018: 53%).

Contrairement à 2017, aucune étude de prévalence ponctuelle (PPS) sur les infections liées aux soins et l'utilisation d'antibiotiques n'a été organisée en 2018 par le *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) et les hôpitaux n'ont pas été activement invités à participer à une PPS (inter)nationale, par exemple la Global PPS².

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.

² La Global PPS est organisée chaque année et les hôpitaux peuvent y participer volontairement.

4. Conclusion et recommandations

Un set d'indicateurs de qualité a été développé pour mesurer la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux. 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. Les résultats du projet indicateurs de qualité pour l'HH font apparaître un bon score de qualité pour l'hygiène hospitalière en Belgique.

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 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. Les indicateurs choisis doivent être suffisamment sensibles pour détecter une amélioration et des différences dans la qualité du contrôle des infections et pour identifier les prestations plus faibles. Un premier pas dans cette direction pourrait être une revue systématique de la littérature.
- 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. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- 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. Une enquête de satisfaction sera organisée à l'automne 2019 pour essayer de connaître entre autres les raisons d'une participation ou d'une non-participation aux différentes surveillances nationales mentionnées dans ce projet.
- 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).

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.
- 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 BAPCOC-'Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière'.
- 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.

RÉSUMÉ

- Poursuivre le soutien 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 de la *Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission* (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 2018. 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.

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

Ce rapport inclut, pour les données recueillies en 2018, les scores de qualité au niveau national et régional, ainsi que les scores de qualité par plateforme régionale et par hôpital.

En ce qui concerne les scores enregistrés au niveau national et régional, les résultats des années précédentes (2013, 2015-2017) sont également donnés à titre de comparaison.

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).

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. Les scores pondérés évoluent dans le temps, avec au début (2017) une attention particulière pour le développement de procédures et de protocoles pour évoluer ensuite vers les audits et le feedback (2019). Les scores ayant changé en 2018 par rapport à 2017 ont été indiqués en vert dans le tableau 1.

Si l'hôpital satisfaisait à un indicateur individuel, le score pondéré correspondant à cet indicateur lui était attribué. S'il ne satisfaisait pas à l'indicateur, un score de '0' lui était attribué. En cas de réponse 'non applicable', le score correspondant à l'indicateur lui était attribué seulement si cette réponse était justifiée (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). Un formulaire papier a été mis au point afin que les hôpitaux puissent le cas échéant préparer leur enregistrement (Annexe 1).

Les données de 2018 ont été saisies par les hôpitaux de mars à juin 2019 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, Caroline du Nord, Etats-Unis).

Les données de 2013, 2015 et 2016 ont été ré-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 déjà 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.

MÉTHODES

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.

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 2018).

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

3. Indicateurs d'actions			
3.1. Réunions			
1. (A.1) Participation de la direction aux réunions du comité d'HH	2		
2. (A.2) Participation de l'équipe d'HH aux réunions de la plateforme régionale en HH	1		
3.2. Surveillances			
3. (A.3.a) MRSA (surveillance locale)	1		
4. (A.3.b) MRSA (surveillance nationale)	1		
5. (A.4.a) Septicémies (surveillance locale)	1		
6. (A.4.b) Septicémies (surveillance nationale)	1		
7. (A.5.a) Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)	1		
8. (A.5.b) Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)	1		
9. (A.6) Infections à <i>Clostridioides difficile</i> ³ toxinogène (surveillance locale)	1		
10. (A.7) Infections dans les USI (surveillance locale)	1		
11. (A.8) Infections de site opératoire (surveillance locale)	1		
12. (A.9) Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)	1		
13. (A.10) Autres surveillances (locales)	Pas de score		
14. (A.11) Présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme)	1		
3.3. Audits de processus			
15. (A.13.a) Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux	1		
16. (A.13.b) Procédure de prévention des septicémies associées au CVC	2		
17. (A.13.c) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
18. (A.14.a.) Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	2		
19. (A.14.b.) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
20. (A.15.a) Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	2		
21. (A.15.b.) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
		<p><i>Nombre d'indicateurs: 57</i></p> <p><i>Score de qualité du groupe d'indicateurs :</i> maximum 79 – minimum 0</p> <p><i>Classement par classe de qualité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible: score <51 • Moyenne: score 51-62 • Bonne: score ≥63 <p><i>Score de qualité par sous-groupe</i></p> <p><i>3.1 Réunions</i> maximum 3 – minimum 0</p> <p><i>3.2 Surveillances</i> Maximum 11 – minimum 0</p> <p><i>3.3 Audits de processus</i> Maximum 13 – minimum 0</p> <p><i>3.4 Campagne nationale/étude de prévalence</i> Maximum 5 – minimum 0</p> <p><i>3.5 Autres</i> Maximum 47 – minimum 0</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer le score qui lui correspond si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ». • En cas d'absence d'un département soins intensifs, le nombre maximal de points a été attribué pour 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.

³ Anciennement *Clostridium difficile*

22. (A.16.a) Procédure de prévention des infections de site opératoire	2		
23. (A.16.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
24. (A.17) Autres audits relatifs à l'HH	Pas de score		
3.4. Campagne nationale/étude de prévalence			
25. (A.18) Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »	1		
26. (A.12.a.) Audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	2		
27. (A.12.b) L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	1		
28. (A.19) Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	1		
3.5. Autres			
29. (A.20) Information du patient en ce qui concerne le risque infectieux	3		
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	1		
36. (A.27.a) Procédure antibioprophylaxie en chirurgie	2		
37. (A.27.b) L'application de cette procédure a fait objet d'un audit	1		
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	2		
40. (A.29.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	1		
41. (A.30.a) Procédure de prévention de la transmission par dépistage	2		
42. (A.30.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	1		
43. (A.31.a) Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	2		
44. (A.31.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	1		
45. (A.34) Démarche de prévention du risque du bacille de Koch	4		

MÉTHODES

46. (A.35) Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	2		
47. (A.32) Procédure de désinfection des endoscopes	2		
48. (A.33.a) Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	2		
49. (A.33.b) L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit	1		
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	2		
55. (A.40.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
56. (A.41.a) Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	2		
57. (A.41.b) L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit	1		
4. Indicateur de processus			
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:</i> maximum 2 – minimum 0</p> <p><i>Classement par classe de qualité: /</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> En 2016, la consommation moyenne de solution hydro-alcoolique était de 24,7 l/1000 journées d'hospitalisation Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score correspondant si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non ».
Tous les indicateurs de qualité pour l'HH		<p><i>Score de qualité:</i> Maximum 100 – minimum 0</p> <p><i>Classement par classe de qualité:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Faible: score <67 Moyenne: score 67-79 Bonne: score ≥80 	<ul style="list-style-type: none"> Le score de qualité total est la somme des résultats de tous les indicateurs individuels. Les indicateurs auxquels aucun score n'a été attribué n'ont pas été repris dans le calcul du score de qualité du groupe d'indicateurs.

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

Les scores ayant changé par rapport à 2017 ont été indiqués en vert.

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.

1. Résultats au niveau national et régional

Cent deux hôpitaux (101 aigus et 1 chronique) (identifiés par leur numéro d'agrément) ont enregistré des données relatives aux indicateurs de qualité en HH pour 2018: 12 hôpitaux à Bruxelles, 53 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).

Plus de 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.

Les scores de ce groupe sont très élevés (tableau 2, 3 et figure 1). Au moins 98% des hôpitaux répondent à 4 des 6 indicateurs individuels. Malgré la forte hausse observée depuis 2013, l'intégration du plan stratégique général en HH dans le plan stratégique de l'hôpital obtient un score plus faible par rapport aux autres indicateurs d'organisation (de 39% en 2013 à 82% en 2018) (figure 2, tableau 3). Au sein de 94% des hôpitaux, tous les infirmiers-hygiénistes financés ont le statut du cadre infirmier intermédiaire (tableau 3).

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, 2018

	Belgique 2018 (n=102)	Bruxelles 2018 (n=12)	Flandre 2018 (n=53)	Wallonie 2018 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=10)	10 (4 – 10)	10 (4 – 10)	10 (6 - 10)	10 (6 – 10)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité				
Faible (score <7)	6	8	6	5
Moyenne (score = 7)	2	0	4	0
Bonne (score ≥8)	92	92	91	95

n, nombre d'hôpitaux

RÉSULTATS

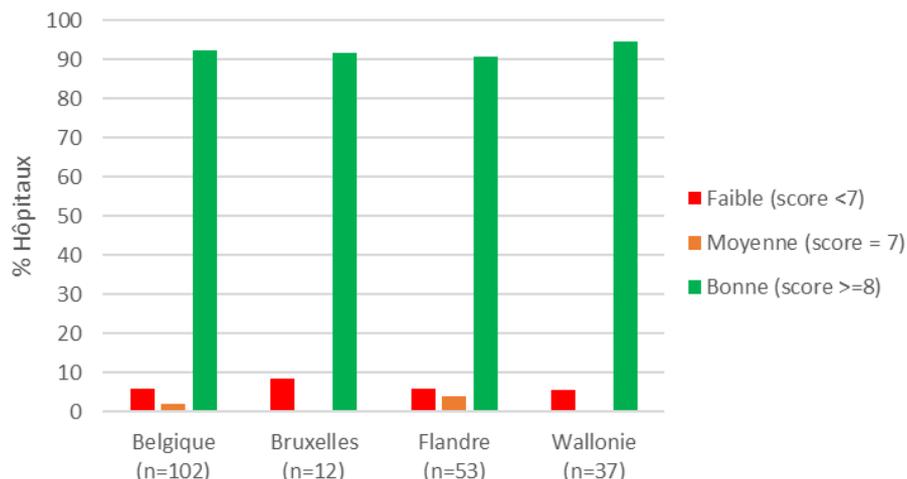


Figure 1 • Indicateurs d'organisation; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national, 2018

Tableau 3 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau national, 2013 - 2018

Indicateur Description	Belgique				
	2013 n=104	2015 n=103	2016 n=104	2017 n=103	2018 n=102
Présence d'un plan stratégique général en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité d'HH	79	97	100	99	98
Le plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital	39	70	79	86	82
Nombre de réunions annuelles du comité HH ≥4 par an	93	100	98	100	98
Plan d'action détaillé en HH présent et approuvé par le comité HH	87	97	99	100	98
Rapport annuel en HH est présent et approuvé par le comité HH.	87	100	99	100	100
L'/Les infirmier(s)-hygiénistes hospitalier(s) a/ont le statut de cadre infirmier intermédiaire	88 ¹	94 ¹	95 ¹	92	94
Pourcentage moyen	79	93	95	96	95

HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux

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

RÉSULTATS

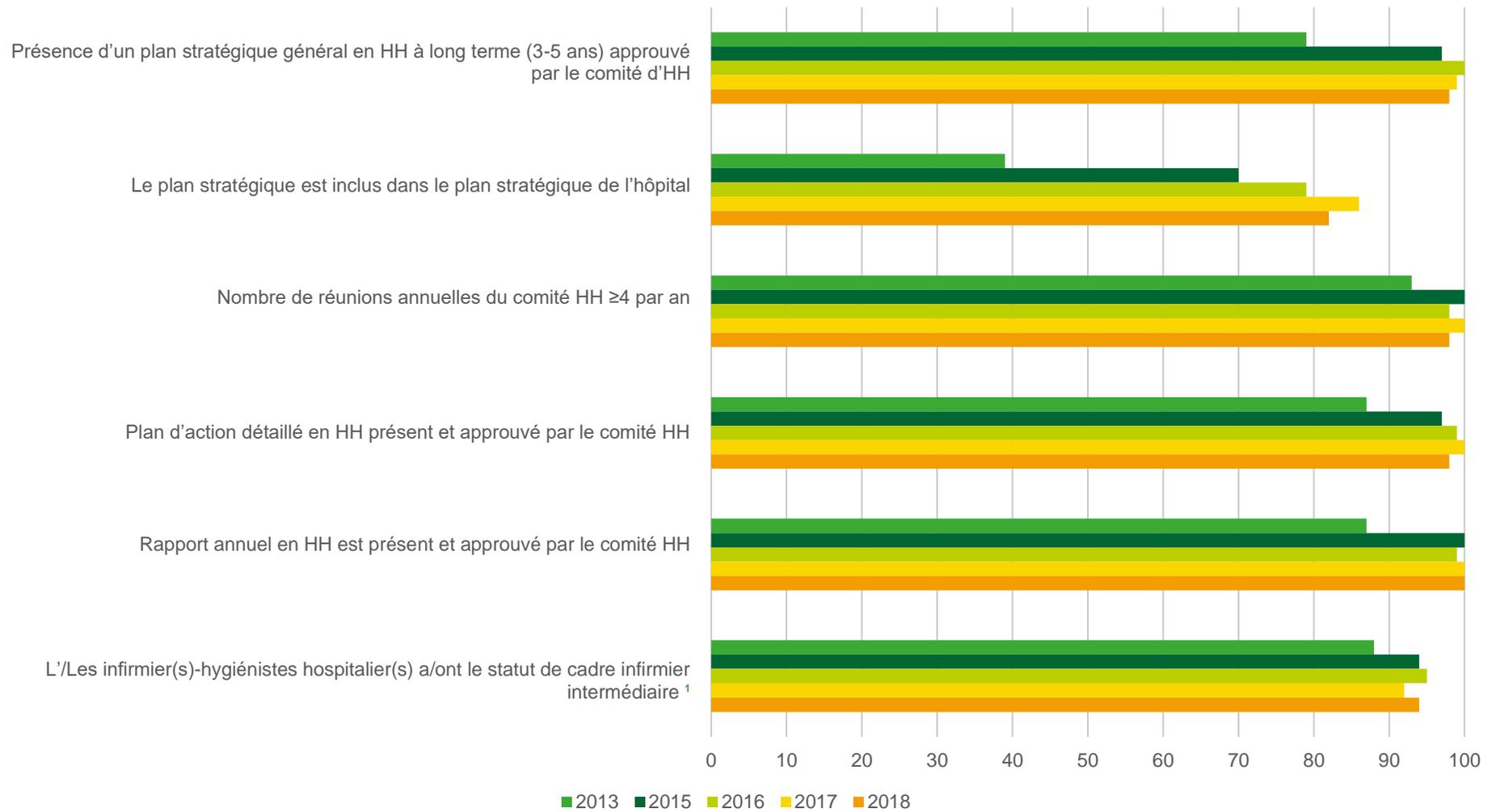


Figure 2 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau national et régional 2013 - 2018

¹En 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).

Environ 97% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité pour le groupe des indicateurs de moyens (tableau 4 et figure 3). 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.

Dans ce groupe également, les scores sont élevés (tableau 4, 5 et figure 3). 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). Tous les hôpitaux travaillent avec des référents en HH. 92% des hôpitaux possèdent au moins autant de référents que de départements/services. Pour ces indicateurs, on observe depuis 2013 une augmentation du pourcentage d'hôpitaux répondant aux indicateurs (tableau 5 et figure 4).

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).

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, 2018

	Belgique 2018 (n=102)	Bruxelles 2018 (n=12)	Flandre 2018 (n=53)	Wallonie 2018 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=9)	9 (5 – 9)	9 (7 – 9)	9 (5 – 9)	9 (5 – 9)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité				
Faible (score <6)	3	0	2	5
Moyenne (score = 6)	0	0	0	0
Bonne (score ≥7)	97	100	98	95

n, nombre d'hôpitaux

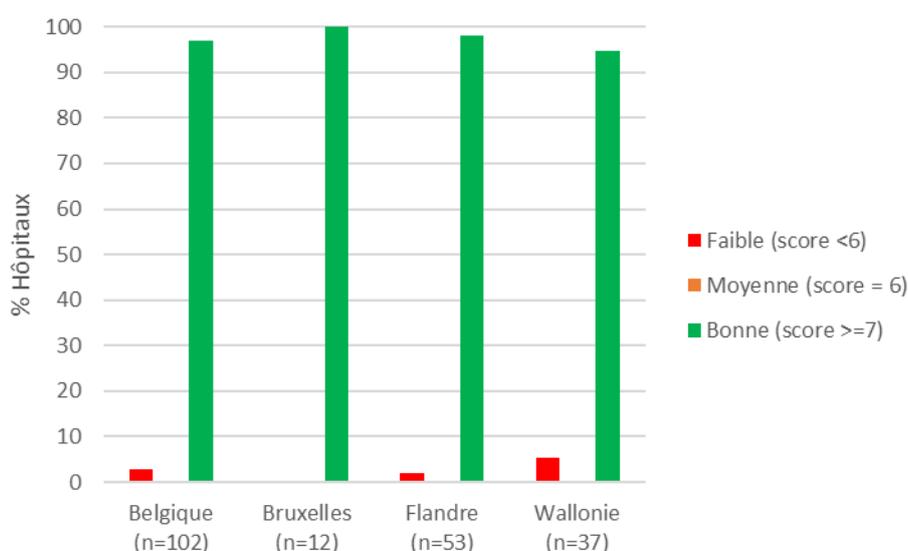


Figure 3 • Indicateurs de moyens; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2018

Tableau 5 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau national, 2013-2018

Indicateur Description	2013 n=104	2015 n=103	Belgique 2016 n=104	2017 n=103	2018 n=102
Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers ≥ 90 % du nombre théorique	81	87	89	91	92
Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères) ≥ 90 % du nombre théorique	92	91	90	93	92
Présence de référents en HH	90	96	99	99	100
Nombre de référents dans les USI/nombre des USI ≥ 1	80 ¹	91 ¹	95 ²	96 ¹	99 ¹
Nombre de référents dans tous les services/ nombre des services ≥ 1	65	82	90	93	92
Pourcentage moyen	82	89	93	95	95

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

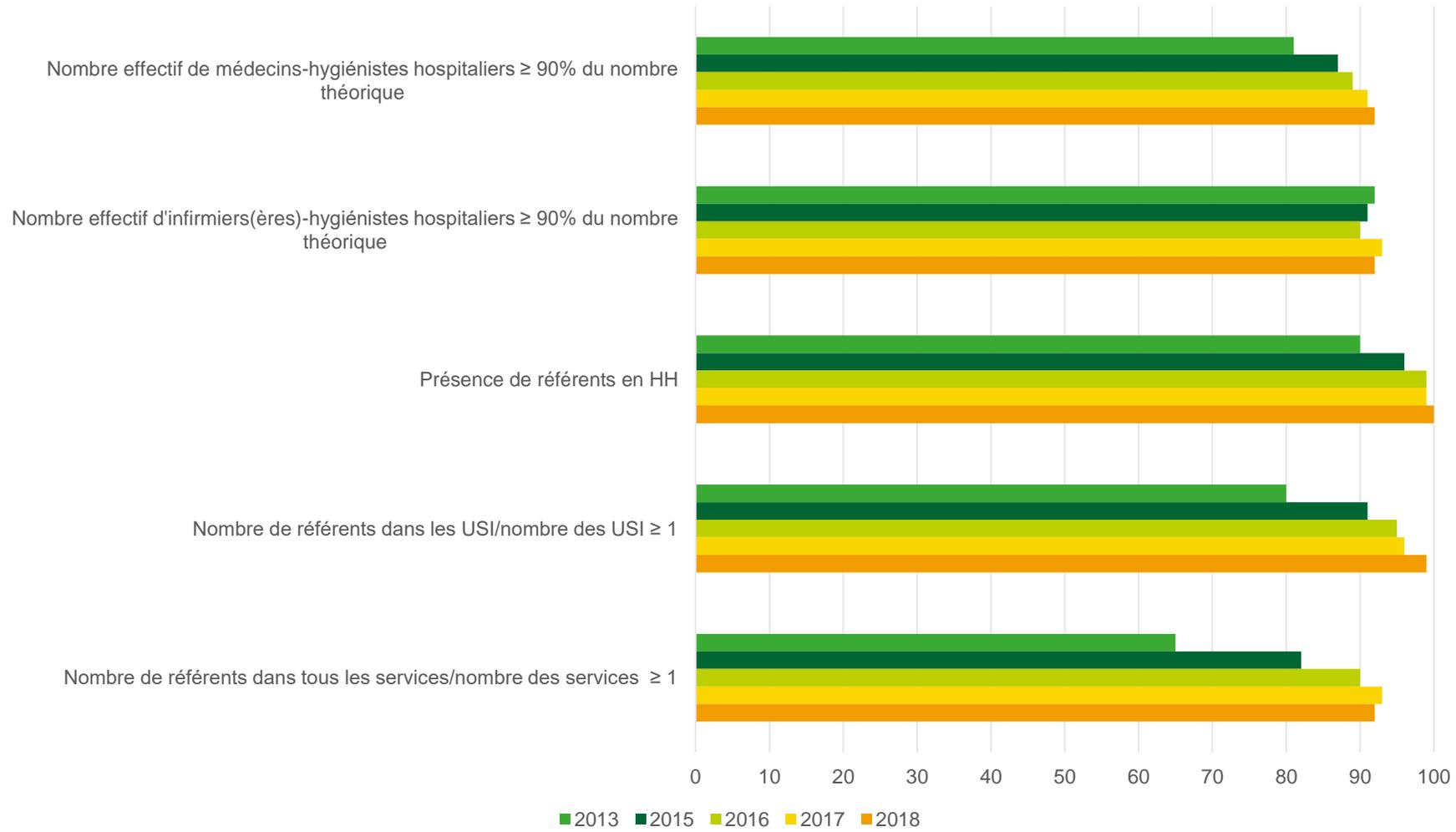
¹Cet indicateur n'était pas applicable dans 1 hôpital, ²Cet indicateur n'était pas applicable dans 2 hôpitaux

Tableau 6 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau national, 2013-2018

Indicateur Description	2013 n=104	2015 n=103	Belgique 2016 n=104	2017 n=103	2018 n=102
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)	18 (10-35)
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)	204 (130-404)
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 (0-27)

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

RÉSULTATS



RÉSULTATS

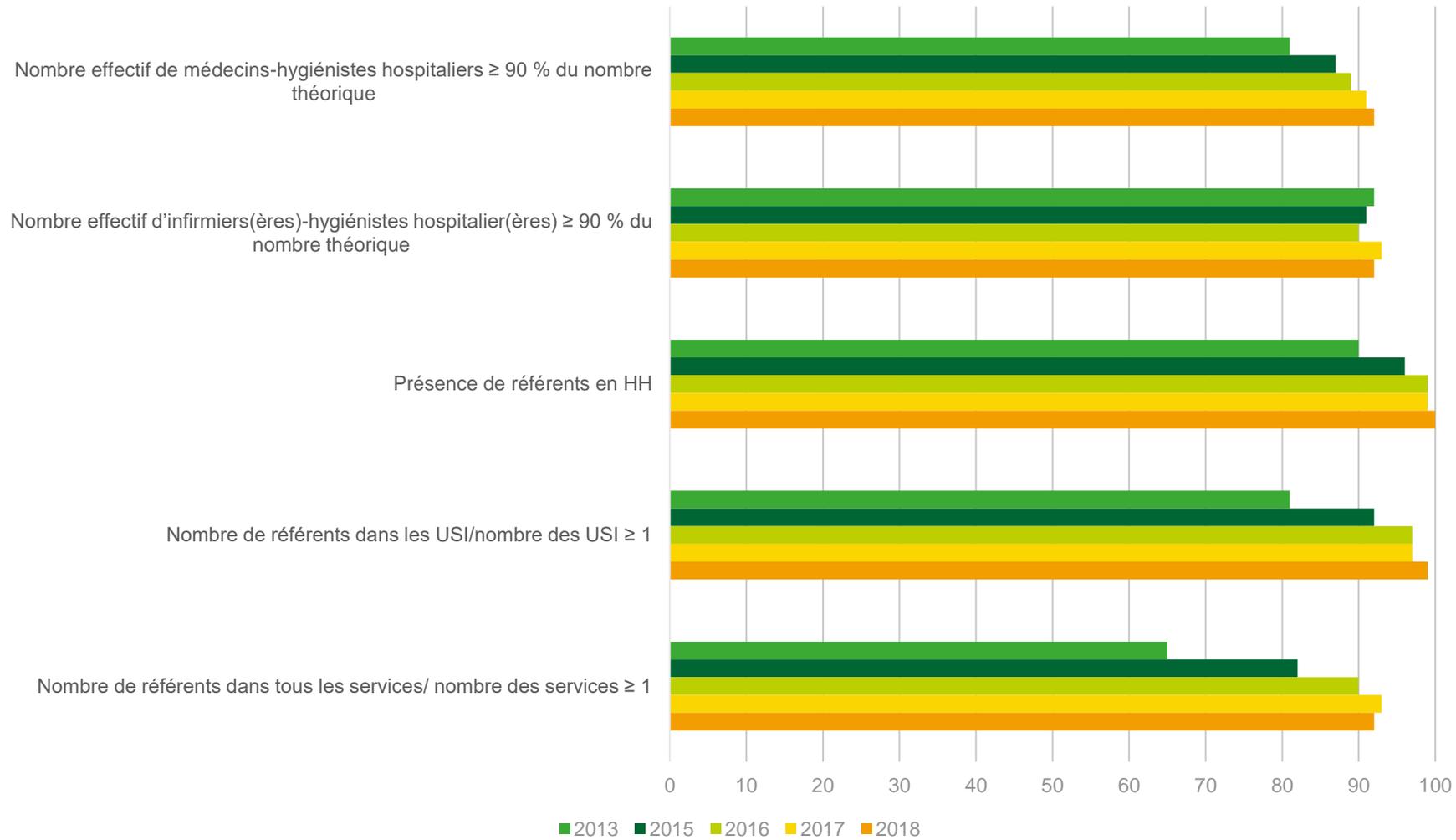


Figure 4 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau national, 2013-2017

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 5).

Plus de 80% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité pour le groupe d'indicateurs d'actions (voir figure 5). 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 16% 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 71 au niveau national (tableau 7), le score maximal étant de 79. La variation dans le score de qualité du groupe d'indicateurs d'actions est présentée dans un diagramme en boîte (figure 6).

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, 2018

	Belgique 2018 (n=102)	Bruxelles 2018 (n=12)	Flandre 2018 (n=53)	Wallonie 2018 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=79)	71 (31 - 79)	70 (52 - 78)	72 (57 - 79)	71 (31-78)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité				
Faible (score <51)	2	0	0	5
Moyenne (score 51 - 62)	15	25	9	19
Bonne (score ≥63)	83	75	91	76

n, nombre d'hôpitaux

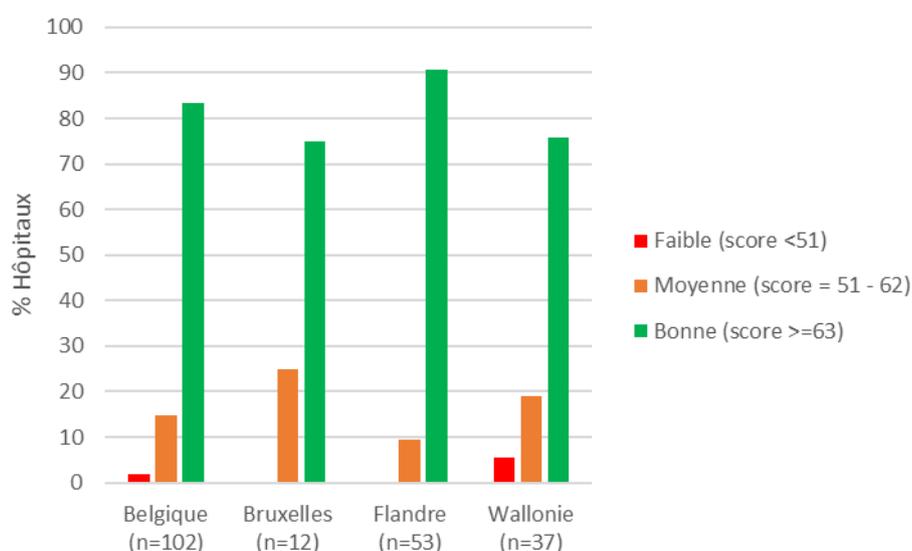


Figure 5 • Indicateurs d'actions; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2018

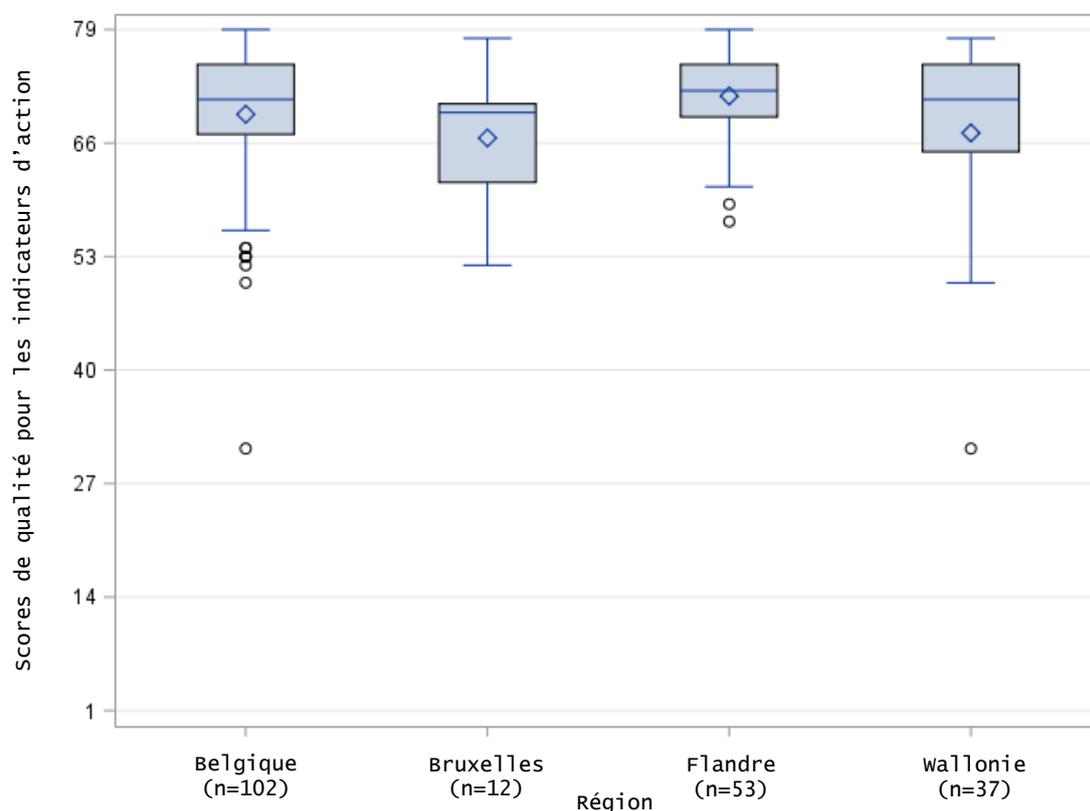


Figure 6 • Indicateurs d’actions: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2018

1.3.1. Indicateurs d’actions également présents dans toutes les autres collectes de données (2013-2018)

Dans plus de 97% 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 (tableau 8).

La participation aux surveillances organisées au niveau de l’hôpital (local) et/ou au niveau national obtient un résultat élevé (98% - 100%), sauf pour les ‘infections dans les unités de soins intensifs’ et pour la surveillance des ‘infections de site opératoire’. Seulement 75% et 59% des hôpitaux organisent respectivement ces surveillances au niveau local. Toutefois, depuis 2013, le nombre d’hôpitaux qui organisent ces deux surveillances a augmenté fortement (tableau 8, figure 7). Dans tous les hôpitaux, il existe une interaction systématique entre le laboratoire et l’équipe d’HH (système d’alarme).

Plus de la moitié des hôpitaux réalisent les audits de processus qui sont effectués depuis 2013 (tableau 8 et figure 8). La figure 8 donne une image visuelle du pourcentage d’hôpitaux qui satisfont à ces audits et elle montre une forte augmentation de ces audits de processus depuis 2013.

Presque tous les hôpitaux (99%) participent à la campagne nationale « hygiène des mains ». Des audits locaux relatifs à la compliance à l’hygiène des mains sont effectués par 83% des hôpitaux, également en dehors de la campagne nationale. Dans ce cadre, 76% des hôpitaux observent plus de 150 opportunités d’hygiène des mains.

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 2 ‘Participation à d’autres surveillances et audits que ceux mentionnés dans le questionnaire’, aux tableaux 14 et 15.

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, 2013-2018

Indicateur Description	2013 n=104	2015 n=103	Belgique 2016 n=104	2017 n=103	2018 n=102
1. Réunions					
Participation de la direction aux réunions du comité d'HH	95	94	97	96	97
Participation de l'équipe d'HH aux réunions de la plateforme régionale en HH	96	93	92	96	97
2. Surveillances					
MRSA (surveillance locale)	99	100	100	100	100
MRSA (surveillance nationale)	99	100	100	99	100
Septicémies (surveillance locale)	90	100	100	98	100
Septicémies (surveillance nationale)	85	99	99	97	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)	88	100	100	99	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)	71	99	100	98	100
Infections à <i>Clostridioïdes difficile</i> toxigène (surveillance locale)	97	97	98	98	100
Infections dans les USI (surveillance locale)	53	68	71	72 ¹	75 ¹
Infections de site opératoire (surveillance locale)	18	40	49	58 ¹	59 ¹
Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)	69	94	96	95	98
Autres surveillances (locales)			66	68	71
Présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme)	97	98	99	99	100
3. Audits de processus					
Audit de la procédure de prévention des septicémies associées au CVC	35	59	72	54	76
Audit de la procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	19	53	66	58	74
Audit de la procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	56	65	67	47 ¹	60 ¹
Audit de la procédure de prévention des infections de site opératoire	18	43	44	34 ¹	55 ¹
Autres audits relatifs à l'HH			63	68	66
4. Campagne nationale/étude de prévalence					
Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »	94	95	96	99	99
Audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	47	79	83	84	83
L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	39	59	74	74	76
Pourcentage moyen	60	78	84	86	86

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

¹Cet indicateur n'était pas applicable dans 1 hôpital

RÉSULTATS

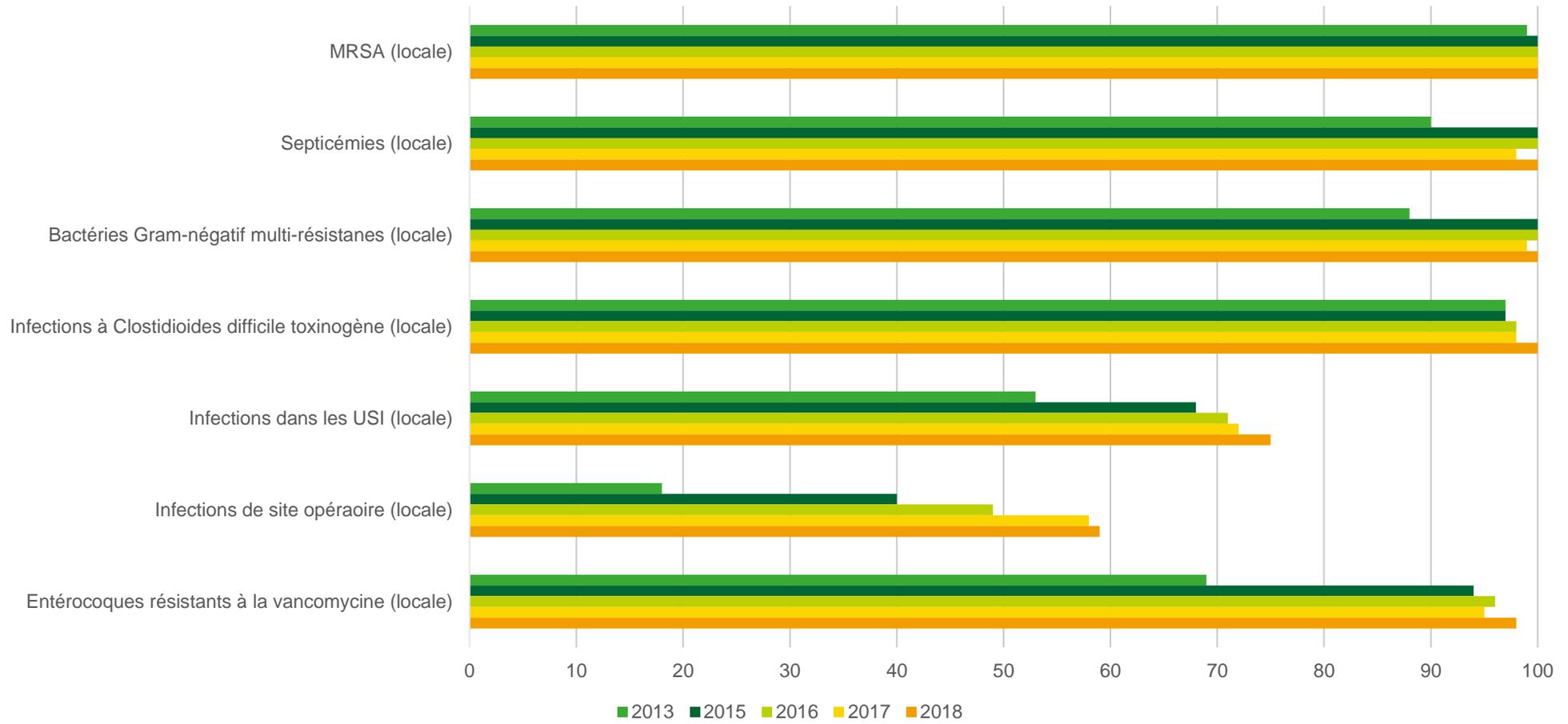


Figure 7 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel; surveillances locales; 2013-2018

RÉSULTATS

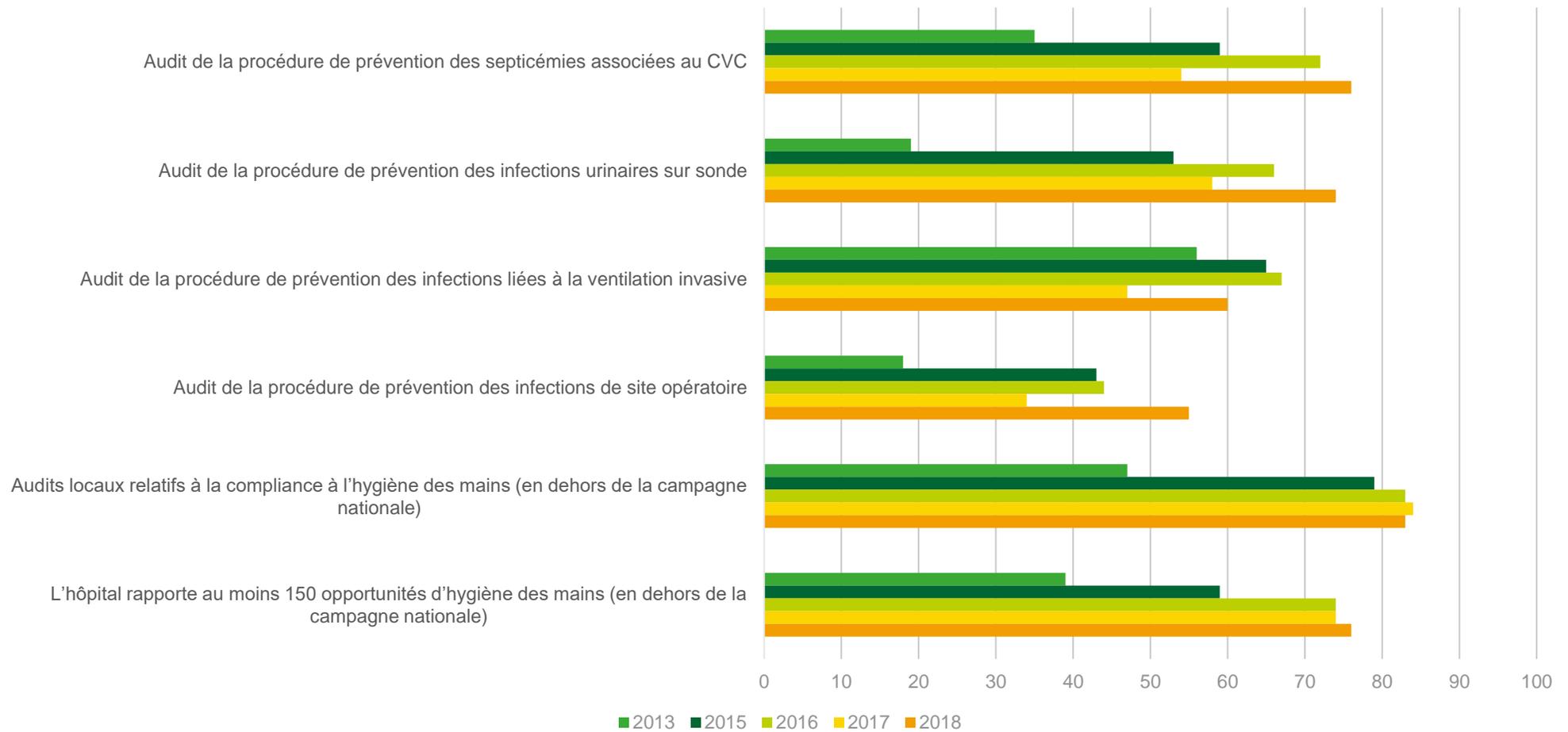


Figure 8 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel; audits de processus; 2013-2018

1.3.2. Indicateurs d'actions collectés seulement depuis 2017 (2017-2018)

De nombreux indicateurs qui testent la présence de procédures obtiennent un score élevé (>80%). Toutefois, les indicateurs 'Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux' (76%), 'Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement' (76%) et 'Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob' (79%) obtiennent un score plus faible (tableau 10).

Environ 70% des hôpitaux ou plus audient ces procédures présentes, à l'exception des procédures suivantes:

- Un audit de la procédure antibioprophylaxie en chirurgie n'est effectué que dans 53% des hôpitaux.
- Il n'y a pas eu d'audit national (BAPCOC) sur l'antibioprophylaxie en chirurgie en 2018.
- Seulement 33% 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 dans les salles de techniques interventionnelles n'est réalisé que dans 55% des hôpitaux.
- La procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement n'est auditée que dans 36% des hôpitaux.

La figure 9 donne une image visuelle des indicateurs d'actions collectés seulement depuis 2017, pour lesquels une hausse/baisse d'au moins 10% peut être observée entre 2017 et 2018. Cette figure montre une forte augmentation du nombre d'hôpitaux qui satisfont à ces indicateurs d'actions pour 6 des 7 audits testés depuis 2017. Seuls l'audit de la procédure d'antibioprophylaxie en chirurgie et la participation à l'étude de prévalence sur les infections liées aux soins et à l'utilisation d'antibiotiques présentent une baisse de plus de 10%.

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 obtiennent un résultat élevé.

Dans 95% des hôpitaux, des informations sur le risque d'infection pour le patient sont présentes (tableau 10).

Presque tous les hôpitaux (99%) mènent une campagne de vaccination contre la grippe. La médiane du degré vaccinal pour le personnel infirmier, les sages-femmes et les aides-soignants est de 45% (tableau 9).

Tableau 9 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, au niveau national, 2017-2018

Description	Belgique	
	2017 (n=103)	2018 (n=102)
Couverture vaccinale contre l'influenza du personnel infirmier, les sages-femmes et les aides-soignants (exprimé en pourcentage)	39% ² (20% – 54%)	45% ¹ (28%-64%)
Nombre d'opportunités pour l'hygiène des mains observées (en dehors de la campagne nationale)	440 (155 – 1077)	570 (187 – 1105)

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

¹Cet indicateur était manquant pour 2 hôpitaux, ²Cet indicateur était manquant pour 3 hôpitaux

Tableau 10 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillis depuis 2017, au niveau national, 2017-2018

Indicateur Description	Belgique	
	2017 n=103	2018 n=102
1. Audits de processus		
Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux	64	76
Procédure de prévention des septicémies associées au CVC	89	95
Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	90	90
Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	82 ¹	88 ¹
Procédure de prévention des infections de site opératoire	79 ¹	84 ¹
2. Campagne nationale/étude de prévalence		
Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	79	44
3. Autres		
Information du patient en ce qui concerne le risque infectieux	95	95
Démarche de prévention des accidents exposant au sang	97	99
Procédure de prise en charge des accidents exposant au sang	98	99
Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza	100	99
Participation de l'équipe HH aux réunions du comité pour des dispositifs médicaux	93	98
Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie par le médecin-hygiéniste hospitalier	99	99
Procédure antibioprophylaxie en chirurgie	92 ¹	90 ¹
Audit de la procédure antibioprophylaxie en chirurgie	64 ¹	54 ¹
Participation à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie	77 ²	/
Procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	99	98
Audit de la procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	53	80
Procédure de prévention de la transmission par dépistage	95	96
Audit de la procédure de prévention de la transmission par dépistage	45	70
Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	89	96
Audit de la procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	39	68
Procédure de désinfection des endoscopes	91	92
Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	73 ²	81 ²
Audit de la procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	15 ²	33 ²
Démarche de prévention du risque du bacille de Koch	94	97
Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	72	79
Démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux	91	94
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel non médical	98	99
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection du matériel médical non critique	89	94
Plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire	87	90
Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	88 ¹	89 ¹
Audit de la procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	38 ¹	55 ¹
Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	73 ³	76 ⁴
Audit de la procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	22 ³	36 ⁴
Pourcentage moyen	78	83

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

¹Cet indicateur n'était pas applicable dans 1 hôpital, ²Cet indicateur n'était pas applicable dans 2 hôpitaux, ³Cet indicateur n'était pas applicable dans 6 hôpitaux, ⁴Cet indicateur n'était pas applicable dans 7 hôpitaux

RÉSULTATS

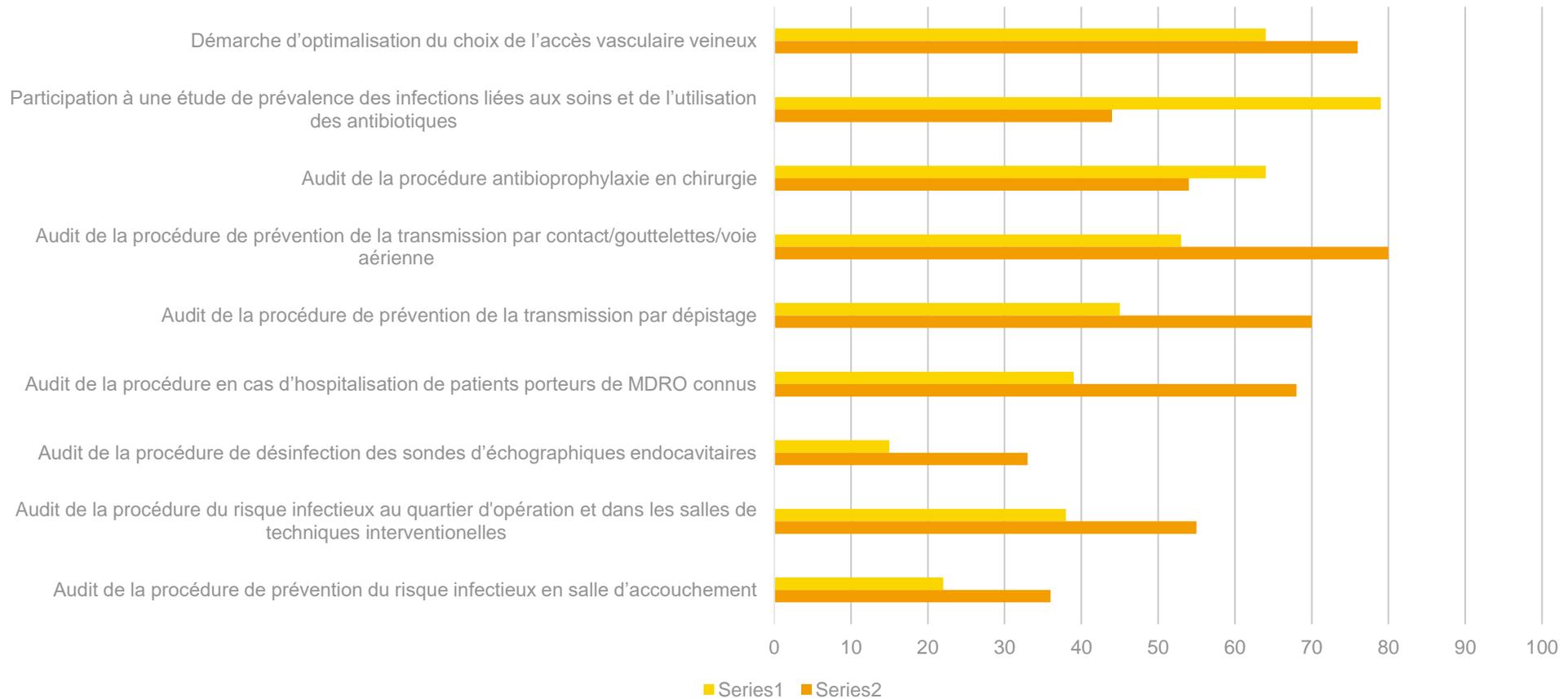


Figure 9 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillis depuis 2017, au niveau national, 2017-2018

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 24,1/1000 journées d'hospitalisation en 2018.

Tableau 11 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus, au niveau national, 2018

Indicateur Description	Belgique	
	2017 (n=103)	2018 (n=102)
Consommation de solution hydro-alcoolique \geq le moyen de 2016 (24,7 l/1000 journées d'hospitalisation)	43	42

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, au niveau national, 2013-2018

	Belgique				
	2013 n=104	2015 n=103	2016 n=104	2017 n=103	2018 n=102
Consommation de solution hydro-alcoolique	20,3 (15,2 – 27,4)	21,3 (17,2 – 28,0)	22,3 (16,7 – 30,7)	23,4 (18,8-35,9)	24,1 (17,6 – 32,6)

n, nombre d'hôpitaux

1.5. SCORE DE QUALITÉ TOTAL POUR L'HH

84% des hôpitaux obtiennent un bon score de qualité total en HH (tableau 13 et figure 10). Il existe toutefois des différences dans le score de qualité entre les différentes régions. En Flandre, jusqu'à 17% 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 90 au niveau national (tableau 13). La variation dans le score de qualité total est indiquée dans un diagramme en boîte (figure 11).

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, 2018

	Belgique 2018 (n=103)	Bruxelles 2018 (n=12)	Flandre 2018 (n=53)	Wallonie 2018 (n=37)
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 – max.=10)	90 (49 - 100)	88 (69 – 99)	91 (74-100)	90 (49-97)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité				
Faible (score <67)	2	0	0	5
Moyenne (score 67 - 79)	14	25	8	19
Bonne (score ≥ 80)	84	75	92	76

n, nombre d'hôpitaux

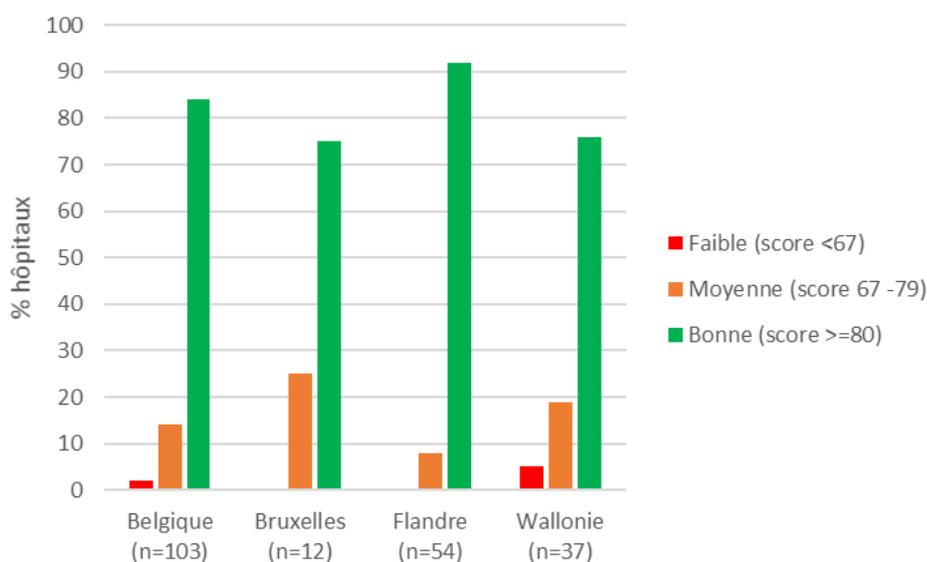


Figure 10 • Indicateurs de qualité; pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau national et régional, 2018

RÉSULTATS

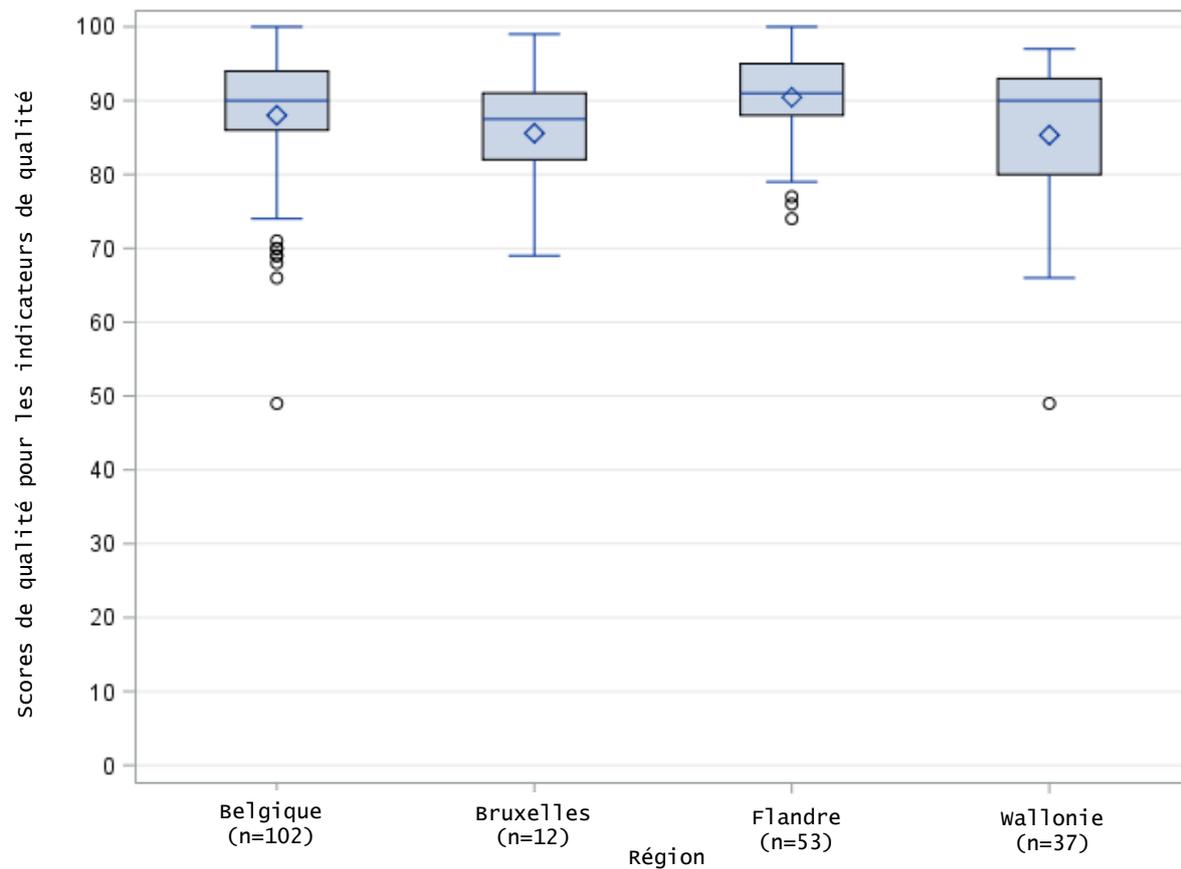


Figure 11 • Indicateurs de qualité: diagramme en boîte des scores de qualité au niveau national et régional, 2018

2. La présence d'autres surveillances locales et audits locaux que ceux mentionnés dans le questionnaire

2.1. LA PRÉSENCE D'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) ou à une surveillance de *Pseudomonas aeruginosa*. Toutes deux font partie de la surveillance des bactéries à Gram négatif multirésistantes.

Le tableau 14 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 14 • Aperçu des réponses les plus fréquentes données par les hôpitaux à la question de savoir à quelles surveillances ils organisent en dehors de celles déjà mentionnées dans le questionnaire, Belgique, 2018

Surveillance liée à	Surveillance
1. Infections associées à l'utilisation d'un dispositif invasif	<ul style="list-style-type: none"> • Infections urinaires associées aux cathéters (et infections urinaires)
2. Autres infections	<ul style="list-style-type: none"> • Influenza • Bacille de Koch • Légionnelle • Norovirus • Aspergillus • Rota virus

2.2. 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 15 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 15 • 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, 2018

Audits van	Audit
1. Matériel médical	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopes
2. Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> • Biberonnerie • Linge/Laverie • Cuisine de l'hôpital • Nettoyage • Conditions de base hygiène des mains et vêtements du personnel¹ • Séparation propre-sale • Contamination de l'environnement • Bloc opératoire
3. Autres audits	<ul style="list-style-type: none"> • Audits effectués dans le cadre d'une accréditation

¹ 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 VIP² 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.

3. Résultats au niveau régional

La médiane et la portée du score de qualité des différents groupes d'indicateurs et le score total de qualité, ainsi que le pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité au niveau régional ont été décrits au chapitre '1. Résultats au niveau national'. Ce chapitre aborde le pourcentage d'hôpitaux qui satisfont à chaque indicateur individuel par région (tableaux 16 à 23 et figure 12).

Pour un certain nombre d'indicateurs, des différences sont perceptibles entre les régions. Ainsi, à Bruxelles, plus d'heures de formation sont données par l'équipe HH au personnel hospitalier et ces formations comptent davantage de participants qu'en Flandres et en Wallonie (tableau 18). La médiane de consommation de solution hydro-alcoolique pour 1000 journées d'hospitalisation est environ de 10 litres plus élevée dans les hôpitaux bruxellois que dans les hôpitaux flamands et wallons en 2018 (tableau 23, figure 12). La couverture vaccinale du personnel infirmier, des sages-femmes et des aides-soignants est deux fois plus élevée en Flandres qu'à Bruxelles et qu'en Wallonie (tableau 21).

Tableau 16 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, au niveau régional, 2013 - 2018

Indicateur Description	Bruxelles					Flandre					Wallonie				
	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2018 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2018 n=53	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37	2018 n=37
Présence d'un plan stratégique général en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité d'HH	67	83	100	100	100	93	100	100	98	96	63	97	100	100	100
Le plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital	25	67	83	92	75	56	76	87	89	89	21	62	65	81	76
Nombre de réunions annuelles du comité HH ≥4 par an	100	100	100	100	100	89	100	98	100	98	97	100	97	100	97
Plan d'action détaillé en HH présent et approuvé par le comité HH	67	92	100	100	100	96	100	100	100	100	79	95	97	100	95
Rapport annuel en HH est présent et approuvé par le comité HH	75	100	92	100	100	96	100	100	100	100	76	100	100	100	100
L'/Les infirmier(s)-hygiénistes hospitalier(s) a/ont le statut de cadre infirmier intermédiaire	67 ¹	100 ¹	100 ¹	92	92	89 ¹	91 ¹	95 ¹	93	94	92 ¹	97 ¹	95 ¹	92	95
Pourcentage moyen	67	90	96	97	95	87	95	97	97	96	97	97	71	96	94

HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux

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

Tableau 17 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, au niveau régional, 2013-2018

Indicateur Description	Bruxelles					Flandre					Wallonie				
	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2018 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2018 n=53	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37	2018 n=37
Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers ≥ 90 % du nombre théorique	75	83	75	75	83	87	91	96	96	94	74	84	84	89	92
Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères) ≥ 90 % du nombre théorique	92	92	92	100	100	98	96	98	94	92	84	84	78	89	89
Présence de référents en HH	92	92	100	100	100	85	94	98	98	100	97	100	100	100	100
Nombre de référents dans les USI/le nombre des USI ≥ 1	75	92	100	100	100	72	87	93 ¹	96	100	92 ¹	97 ¹	97 ¹	95 ¹	97 ¹
Nombre de référents dans tous les services/le nombre des services ≥ 1	75	83	100	92	92	57	76	85	91	91	74	89	95	97	95
Pourcentage moyen	82	88	93	93	95	80	89	94	95	95	85	91	91	94	95

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

¹Cet indicateur était manquant pour 1 hôpital**Tableau 18 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau régional, 2013-2018**

Indicateur Description	Bruxelles					Flandre					Wallonie				
	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2018 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2018 n=53	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37	2018 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))	32 (20-144)	35 (23-36)	31 (26-38)	34 (25-48)	34 (24-56)	12 (7-28)	19 (11-41)	19 (12-30)	20 (12-26)	15 (10-34)	17 (11-26)	20 (13-28)	19 (12-33)	19 (11-31)	18 (12-28)
Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers(ères))	279 (192-362)	250 (160-393)	360 (241-443)	419 (235-608)	435 (209-470)	193 (111-318)	266 (152-384)	311 (146-500)	299 (244-468)	238 (140-404)	175 (61-265)	205 (105-313)	146 (99-238)	151 (107-287)	140 (93-318)
Nombre d'heures de formation par e-learning sur la prévention des infections suivies par le personnel de l'hôpital via e-learning				0 (0-0,3)	0 (0-4,4)				2 (0-91)	0,2 (0-57)				0 (0-0,5)	0 (0-0)

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

RÉSULTATS

Tableau 19 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs également recueillis dans les collectes de données précédentes, au niveau régional, 2013 – 2018

Indicateur Description	Bruxelles					Flandre					Wallonie				
	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2018 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2018 n=53	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37	2018 N=37
1. Réunions															
Participation de la direction aux réunions du comité d'HH	100	100	100	92	100	93	91	95	96	96	97	97	100	97	97
Participation de l'équipe d'HH aux réunions de la plateforme régionale en HH	92	100	83	100	100	96	89	89	96	94	97	97	100	95	100
2. Surveillances															
MRSA (surveillance locale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97	100	100	100	100
MRSA (surveillance nationale)	100	100	100	100	100	100	100	100	98	100	97	100	100	100	100
Septicémies (surveillance locale)	92	100	100	100	100	89	100	100	98	100	92	100	100	97	100
Septicémies (surveillance nationale)	92	100	100	100	100	83	100	100	96	100	84	97	97	97	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)	92	100	100	100	100	91	100	100	98	100	84	100	100	100	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)	75	100	100	100	100	80	100	100	96	100	58	97	100	100	100
Infections à <i>Clostridioides difficile</i> toxigène (surveillance locale)	92	100	100	92	100	100	98	100	98	100	95	95	95	100	100
Infections dans les USI (surveillance locale)	42	58	75	58	75	69	83	84	89	89	34	49	51	51 ¹	54 ¹
Infections de site opératoire (surveillance locale)	50	58	67	50	33	19	50	56	69	66	8	19	32	46 ¹	57 ¹
Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)	67	100	100	100	100	67	94	95	93	96	74	92	97	97	100
Autres surveillances (locales)			67	58	67			76	74	77			51	62	62
Présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme)	100	100	100	100	100	100	98	100	100	100	92	97	97	97	100
3. Audits de processus															
Audit de la procédure de prévention des septicémies associées au CVC	33	58	67	50	83	39	54	69	54	74	29	68	78	57	78
Audit de la procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	17	67	58	67	67	22	39	58	50	70	16	70	81	68	81
Audit de la procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	42	42	42	25 ¹	42	67	76	80	63	66	45	57	57	30 ¹	57 ¹
Audit de la procédure de prévention des infections de site opératoire	33	58	67	33 ¹	58	22	46	44	43	57	8	32	38	22 ¹	51 ¹
Autres audits relatifs à l'HH			75	67	83			47	76	79			81	57	41
4. Campagne nationale/étude de prévalence															
Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »	92	100	100	100	100	96	98	96	98	100	92	89	95	100	97
Audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	42	67	100	75	83	63	89	84	87	87	26	68	76	84	78
L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	33	67	100	67	75	54	69	76	70	81	21	43	62	81	70
Pourcentage moyen	56	78	100	81	85	71	85	85	85	88	46	67	78	88	84

RÉSULTATS

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, ¹Cet indicateur était manquant pour 1 hôpital

Tableau 20 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, pour les indicateurs recueillis depuis 2017, au niveau régional, 2017-2018

Indicateur Description	Bruxelles		Flandre		Wallonie	
	2017 n=12	2018 n=12	2017 n=54	2018 n=53	2017 n=37	2018 n=37
3. Audits de processus						
Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux	58	92	63	74	68	76
Procédure de prévention des septicémies associées au CVC	100	100	91	98	84	89
Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	92	92	87	89	95	92
Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	58	83	94	94	70 ¹	81 ¹
Procédure de prévention des infections de site opératoire	67	83	80	87	81 ¹	81 ¹
4. Campagne nationale/étude de prévalence						
Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	75	33	78	47	81	43
5. Autres						
Information du patient en ce qui concerne le risque infectieux	75	75	100	100	95	95
Démarche de prévention des accidents exposant au sang	100	100	98	100	95	97
Procédure de prise en charge des accidents exposant au sang	100	100	100	100	95	97
Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza	100	100	100	98	100	100
Participation de l'équipe HH aux réunions du comité pour des dispositifs médicaux	100	100	94	98	89	97
Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie par le médecin-hygiéniste hospitalier	100	100	100	100	97	97
Procédure antibioprophylaxie en chirurgie	83	83	98	100	87 ¹	78 ¹
Audit de la procédure antibioprophylaxie en chirurgie	50	25	76	66	51 ¹	46 ¹
Participation à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie	75	/	81	/	70 ²	/
Procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	92	100	100	100	100	95
Audit de la procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	50	75	72	89	27	70
Procédure de prévention de la transmission par dépistage	92	92	96	94	95	100
Audit de la procédure de prévention de la transmission par dépistage	42	58	67	83	14	54
Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	75	92	93	96	89	97
Audit de la procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	25	33	56	89	19	49
Procédure de désinfection des endoscopes	83	92	94	96	89	87
Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	58	83	72 ²	75 ²	78	89
Audit de la procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	8	25	19 ²	42 ²	11	89
Démarche de prévention du risque du bacille de Koch	100	100	96	100	89	92
Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	67	75	72	79	73	81
Démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux	92	83	100	98	78	92
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel non médical	83	92	100	100	100	100
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection du matériel médical non critique	50	92	98	98	89	89

RÉSULTATS

Indicateur Description	Bruxelles		Flandre		Wallonie	
	2017 n=12	2018 n=12	2017 n=54	2018 n=53	2017 n=12	2018 n=12
Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	75	75	98	98	78 ¹	81 ¹
Audit de la procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	33	50	54	64	16 ¹	43 ¹
Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	50 ¹	67 ²	83	85	65 ³	68 ³
Procédure de la procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	0 ¹	17 ²	39	49	5 ³	24 ³
Pourcentage moyen	71	78	84	86	72	80

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

¹Cet indicateur n'était pas applicable dans 1 hôpital, ²Cet indicateur n'était pas applicable dans 2 hôpitaux, ³Cet indicateur n'était pas applicable dans 5 hôpitaux

Tableau 21 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, au niveau régional, 2017-2018

Description	Bruxelles		Flandre		Wallonie	
	2017 (n=12)	2018 (n=12)	2017 (n=54)	2018 (n=53)	2017 (n=37)	2018 (n=37)
Couverture vaccinale contre l'influenza du personnel ¹ (exprimé en pourcentage)	21% ¹ (11% - 34%)	23% (15% - 36%)	52% (44% - 62%)	63% ¹ (54% - 70%)	19% ² (14% - 26%)	29% ¹ (17% - 36%)
Nombre d'opportunités pour l'hygiène des mains observées (en dehors de la campagne nationale)	342 (250 - 1110)	958 (300 - 1613)	562 (150 - 1366)	541 (187 - 1105)	201 (155 - 751)	432 (181 - 1009)

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

¹Cet indicateur était manquant pour 1 hôpital, ²Cet indicateur était manquant pour 2 hôpitaux

Tableau 22 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à l'indicateur de processus, au niveau régional, 2017-2018

Indicateur Description	Bruxelles		Flandre		Wallonie	
	2017 (n=12)	2018 (n=12)	2017 (n=54)	2018 (n=53)	2017 (n=37)	2018 (n=37)
Consommation de solution hydro-alcoolique ≥ le moyen de 2016 (24,7 l/1000 journées d'hospitalisation)	75	67	48	51	24	22

n, nombre d'hôpitaux

RÉSULTATS

Tableau 23 • 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, au niveau régionale, 2013-2018

	Bruxelles					Flandre					Wallonie				
	2013 n=12	2015 n=12	2016 n=12	2017 n=12	2018 n=12	2013 n=54	2015 n=54	2016 n=55	2017 n=54	2018 n=53	2013 n=38	2015 n=37	2016 n=37	2017 n=37	2018 n=37
Consommation de solution hydro-alcoolique	30,4 (23,9 – 47,2)	25,1 (20,8 – 34,6)	30,7 (23,6 – 41,2)	33,6 (24,5- 44,6)	33,2 (20,0 – 50,4)	18,5 (14,8 – 23,1)	21,5 (18,2 – 28,3)	23,5 (18,0 – 31,4)	24,1 (19,6- 38,2)	24,7 (21,0 – 37,7)	20,8 (14,9 – 28,7)	19,6 (16,6 – 25,2)	17,4 (15,7 – 22,2)	20,5 (17,5- 24,5)	21,0 (15,4 – 24,5)

n, nombre d'hôpitaux

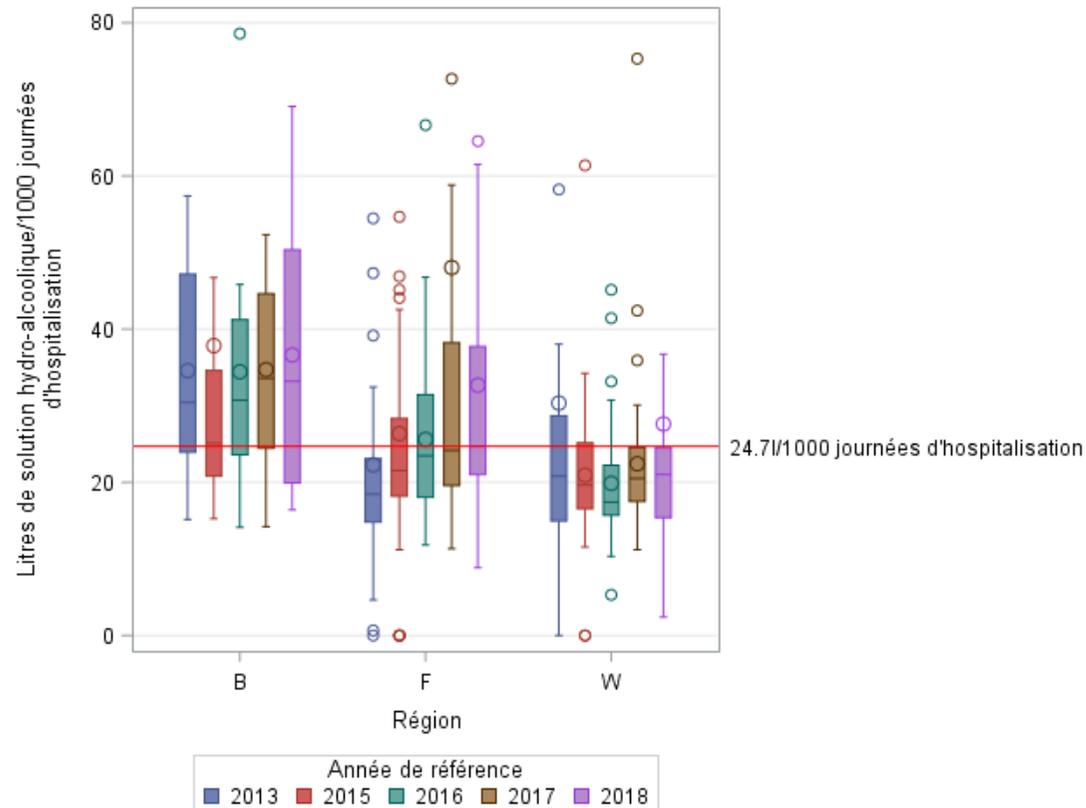


Figure 12 • Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins des hôpitaux belges par région, 2013-2018 (B=Bruxelles, F=Flandre, W=Wallonie)

4. 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 d'hygiène hospitalière en psychiatrie n'ont pas été donnés séparément.

Quatre 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 le tableau ci-dessous (tableau 24).

Tableau 24 • Plateformes régionales et leurs abréviations

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.

4.1. SCORES DE QUALITÉ ET CLASSES DE QUALITÉ

4.1.1. Indicateurs d'organisation

Tableau 25 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018

	A 2018 n=15	B-BW 2018 n=15	BF-B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=10)	10 (8-10)	10 (4-10)	10 (10-10)	10 (8-10)	10 (6-10)	10 (6-10)	10 (6-10)	10 (6-10)	10 (8-10)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité									
Faible (score<7)	0	7	0	0	18	7	7	8	0
Moyenne (score=7)	0	0	0	0	18	0	0	0	0
Bonne (score≥8)	100	93	100	100	63	93	93	92	100

n, nombre d'hôpitaux

4.1.2. Indicateurs de moyens

Tableau 26 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs de moyens dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018

	A 2018 n=15	B-BW 2018 n=15	BF-B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=9)	9 (7-9)	9 (7-9)	9 (9-9)	9 (7-9)	9 (5-9)	9 (7-9)	9 (7-9)	9 (5-9)	9 (7-9)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité									
Faible (score<6)	0	0	0	0	9	0	0	17	0
Moyenne (score=6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bonne (score≥7)	100	100	100	100	91	100	100	83	100

n, nombre d'hôpitaux

4.1.3. Indicateurs d'actions

Tableau 27 • Score de qualité médian et intervalle pour le groupe d'indicateurs d'actions dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018

	A 2018 n=15	B-BW 2018 n=15	BF-B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=79)	73 (59-79)	70 (52-78)	70 (61-78)	73 (57-79)	71 (63-79)	71 (63-78)	69 (53-78)	72 (54 - 77)	69 (31-71)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité									
Faible (score<51)	0	0	0	0	0	0	0	0	25
Moyenne (score 51-62)	13	27	50	15	0	0	29	17	13
Bonne (score≥63)	87	73	50	85	100	100	71	83	63

n, nombre d'hôpitaux

4.1.4. Score de qualité total pour l'HH

Tableau 28 • Score de qualité médian et intervalle pour le total des indicateurs dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par plateforme régionale, 2018

	A 2018 n=15	B-BW 2018 n=15	BF-B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
Score de qualité médian (intervalle) (min.=0 - max.=100)	92 (76- 100)	89 (69-99)	90 (80-99)	94 (74- 100)	88 (77-98)	91 (80-99)	89 (68-97)	90 (69-95)	87 (49-90)
Pourcentage d'hôpitaux par classe de qualité									
Faible (score<67)	0	0	0	0	0	0	0	0	25
Moyenne (score 67-79)	7	27	0	15	9	0	36	8	13
Bonne (score≥80)	93	73	100	85	91	100	64	92	63

n, nombre d'hôpitaux

4.2. INDICATEURS INDIVIDUELS

4.2.1. Indicateurs d'organisation

Tableau 29 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'organisation individuel, par plateforme régionale, 2018

Indicateur	A	B-	BF-	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
	2018 n=15	BW 2018 n=15	B 2018 n=4	2018 n=13	2018 n=11	2018 n=14	2018 n=14	2018 n=12	2018 n=8
Présence d'un plan stratégique général en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité d'HH	100	100	100	100	82	100	100	100	100
Le plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital	80	67	100	92	82	100	71	75	88
Nombre de réunions annuelles du comité HH ≥4 par an	93	100	100	100	100	100	100	100	88
Plan d'action détaillé en HH présent et approuvé par le comité HH	100	100	100	100	100	100	100	100	75
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	100	82	93	93	92	100
Pourcentage moyen	96	93	100	99	91	99	94	95	92

HH, hygiène hospitalière; n, nombre d'hôpitaux

4.2.2. Indicateurs de moyens

Tableau 30 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur de moyens individuel, par plateforme régionale, 2018

Indicateur	A	B-	BF-	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
	2018 n=15	BW 2018 n=15	B 2018 n=4	2018 n=13	2018 n=11	2018 n=14	2018 n=14	2018 n=12	2018 n=8
Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers ≥ 90 % du nombre théorique	93	80	100	100	91	93	93	83	100
Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitalier(ères) ≥ 90 % du nombre théorique	100	100	100	85	82	100	93	75	100
Présence de référents en HH	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nombre de référents dans les USI/le nombre des USI ≥ 1	100	100	100	100	100	100	100	100 ¹	100
Nombre de référents dans tous les services/le nombre des services ≥ 1	80	93	100	92	100	93	93	100	88
Pourcentage moyen	95	95	100	95	95	97	96	92	98

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

¹Cet indicateur était manquant pour 1 hôpital

Tableau 31 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les trois indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, par plateforme régionale, 2018

Indicateur	A	B-	BF-	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
	2018 n=15	BW 2018 n=15	B 2018 n=4	2018 n=13	2018 n=11	2018 n=14	2018 n=14	2018 n=12	2018 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))	12 (7-19)	27 (20-36)	61 (12-159)	15 (10-40)	16 (11-34)	18 (8-42)	29 (16-69)	7 (3-21)	14 (14-17)
Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers(ères))	238 (140-542)	383 (188-443)	315 (182-573)	227 (162-408)	262 (168-698)	202 (95-308)	197 (126-470)	119 (36-202)	121 (70-143)
Nombre d'heures de formation par e-learning sur la prévention des infections suivies par le personnel de l'hôpital via e-learning	0 (0-30)	0 (0-9)	0 (0-31)	0 (0-78)	55 (9-168)	0 (0-27)	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-0)

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

4.2.3. Indicateurs d'actions**Tableau 32 • Pourcentage d'hôpitaux répondant à chaque indicateur d'actions individuel, par plateforme régionale, 2018**

Indicateur	A	B-	BF-	BF-L	F-Oc	F-Or	H	L	N-L
	2018 n=15	BW 2018 n=15	B 2018 n=4	2018 n=13	2018 n=11	2018 n=14	2018 n=14	2018 n=12	2018 n=8
1. Réunions									
Participation de la direction aux réunions du comité d'HH	100	100	75	92	100	100	100	100	88
Participation de l'équipe d'HH aux réunions de la plateforme régionale en HH	93	100	100	100	82	100	100	100	100
2. Surveillances									
MRSA (surveillance locale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MRSA (surveillance nationale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Septicémies (surveillance locale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Septicémies (surveillance nationale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance locale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bactéries Gram-négatif multi-résistantes (surveillance nationale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Infections à Clostridioides difficile toxigène (surveillance locale)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Infections dans les USI (surveillance locale)	100	73	75	62	100	93	57	42 ¹	50
Infections de site opératoire (surveillance locale)	67	40	100	62	73	64	57	42 ¹	63
Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale)	93	100	100	100	100	93	100	100	100
Présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH (système d'alarme)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3. Audits de processus									
Démarche d'optimisation du choix de l'accès vasculaire veineux	80	87	50	77	55	79	50	100	88
Procédure de prévention des septicémies associées au CVC	100	100	100	100	91	100	86	100	75
Audit de la procédure de prévention des septicémies associées au CVC	73	87	100	69	55	93	71	92	63
Procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	80	93	50	92	100	93	93	100	75
Audit de la procédure de prévention des infections urinaires sur sonde	67	73	50	62	73	86	79	92	63
Procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	93	80	100	100	91	93	71	92 ¹	75
Audit de la procédure de prévention des infections liées à la ventilation invasive	67	47	75	69	55	79	43	58 ¹	63
Procédure de prévention des infections de site opératoire	80	80	100	92	91	86	79	83 ¹	75
Audit de la procédure de prévention des infections de site opératoire	53	60	100	69	18	79	36	50 ¹	63

RÉSULTATS

Indicateur	A 2018 n=15	B- BW 2018 n=15	BF- B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
4. Campagne nationale/étude de prévalence									
Participation à la campagne nationale « hygiène des mains »	100	100	100	100	100	100	100	92	100
Audits locaux relatifs à la compliance à l'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	87	87	100	92	82	86	86	83	50
L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains (en dehors de la campagne nationale)	87	73	75	85	82	79	86	67	50
Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques	73	40	25	46	27	43	43	50	25
5. Autres									
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	100	100	100	88
Procédure de prise en charge des accidents exposant au sang	100	100	100	100	100	100	100	100	88
Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza	100	100	100	100	91	100	100	100	100
Participation de l'équipe HH aux réunions du comité pour des dispositifs médicaux	100	100	100	100	100	93	100	92	100
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	100	80	100	100	100	100	86	83 ¹	63
Audit de la procédure antibioprophylaxie en chirurgie	80	33	25	69	46	71	57	25 ¹	50
Participation à l'audit BAPCOG concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	100	100	100	100	100	100	100	100	75
Audit de la procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne	80	100	100	92	100	86	64	92	38
Procédure de prévention de la transmission par dépistage	100	93	100	85	100	93	100	100	100
Audit de la procédure de prévention de la transmission par dépistage	87	60	100	69	100	78	57	50	38
Procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	100	93	100	92	100	93	100	100	88
Audit de la procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus	93	47	75	85	100	79	50	42	38
Procédure de désinfection des endoscopes	100	93	100	92	100	93	93	83	75
Procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	67 ²	87	100	85	100	57	86	92	88
Audit de la procédure de désinfection des sondes d'échographiques endocavitaires	40 ²	33	50	54	45	36	29	17	13
Démarche de prévention du risque du bacille de Koch	100	93	100	100	100	100	86	100	88
Démarche de prévention du risque de Creutzfeld Jacob	93	87	50	100	73	64	86	83	63
Démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux	100	87	75	100	100	100	93	92	88
Démarche de prévention du risque infectieux lié au nettoyage et la désinfection des surfaces et du matériel non médical	100	93	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	93	100	100	100	93	71	100	100
Plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire	100	87	100	100	100	100	64	92	63
Procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	100	73	100	100	100	93	79	75 ¹	88
Audit de la procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles	67	60	25	85	45	64	29	67 ¹	13

Indicateur	A 2018 n=15	B- BW 2018 n=15	BF- B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
Procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	87	60 ³	50	92	82	86	79	67 ²	50 ²
Audit de la procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement	47	13 ³	25	69	27	57	29	42 ²	0 ²
Pourcentage moyen	89	82	86	89	86	88	81	84	74

BAPCOC, *Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission*; 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

¹Cet indicateur était manquant pour 1 hôpital, ²Cet indicateur était manquant pour 2 hôpitaux, ³Cet indicateur était manquant pour 3 hôpitaux

Tableau 33 • Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs d'actions, par plateforme régionale, 2018

Indicateur	A 2018 n=15	B- BW 2018 n=15	BF-B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
Couverture vaccinale contre l'influenza du personnel (exprimé en pourcentage)	49% (46%-65%)	19% ¹ (12%-25%)	41% (39%-50%)	45% (39%-55%)	59% (54%-64%)	50% ¹ (39%-63%)	25% (18%-35%)	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)	583 (309-1230,5)	167 (153-376)	566 (164-959)

n, nombre d'hôpitaux

¹Cet indicateur était manquant pour 1 hôpital

4.2.4. Indicateur de processus

Tableau 34 • 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, 2018

A 2018 n=15	B-BW 2018 n=15	BF-B 2018 n=4	BF-L 2018 n=13	F-Oc 2018 n=11	F-Or 2018 n=14	H 2018 n=14	L 2018 n=12	N-L 2018 n=8
Handalcohol-verbruik, mediaan en percentiel 25 en 75 (in liter/1000 hospitalisatiedagen)								
24,5 (16,8-37,2)	25,7 (17,6-48,3)	30,8 (22,7-37,6)	35,5 (21,2-45,4)	24,4 (20,5-29,8)	30,2 (24,2-43,6)	23,2 (21,0-25,9)	16,3 (12,1-24,7)	18,7 (13,7-22,2)
Percentage ziekenhuizen voor handalcohol-verbruik (liter/1000 hospitalisatiedagen) ≥ gemiddelde in 2016 (24.7l/1000 hospitalisatiedagen)								
47	53	50	54	45	64	36	25	0

n, nombre d'hôpitaux

RESULTATS PAR HÔPITAL

Les scores de qualité par hôpital pour chacun des trois groupes d'indicateurs sont très bons (tableau 35). Plus de 70% des hôpitaux affichent un score élevé (vert) pour les trois groupes d'indicateurs : organisation, moyens et actions.

Tableau 35 • Ziekenhuishygiëne kwaliteitsscores per ziekenhuis, België, 2018

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	70	2	91
1000	BRUSSELS	INSTITUT JULES BORDET	10	9	78	2	99
1000	BRUSSELS	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	10	9	65	2	86
1020	BRUSSELS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	10	9	58	2	79
1020	BRUSSELS	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA (HUDERF)	8	9	70	2	89
1040	BRUSSELS	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	10	9	52	0	71
1070	BRUSSELS	CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME	4	9	74	2	89
1070	BRUSSELS	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL (SARE) + BRAINE L'ALLEUD	10	7	69	0	86
1090	BRUSSELS	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	10	9	70	2	91
1160	BRUXELLES	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL DELTA	10	7	68	0	85
1180	BRUSSELS	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	8	7	54	0	69
1200	BRUSSELS	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC	10	9	71	2	92
1340	OTTIGNIES	CLINIQUE SAINT PIERRE	10	9	77	0	96
1400	NIVELLES	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	10	9	76	0	95
1500	HALLE	A.Z. SINT-MARIA	10	9	69	0	88
1800	VILVOORDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	10	9	61	0	80
2060	ANTWERPEN	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	8	7	79	2	96
2100	DEURNE	A.Z. MONICA	10	9	73	0	92
2200	HERENTALS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HERENTALS	8	9	76	0	93
2300	TURNHOUT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	10	9	72	0	91
2390	MALLE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF	10	9	62	0	81
2400	MOL	HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	10	7	59	0	76
2440	GEEL	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA	10	7	75	2	94
2500	LIER	HEILIG HART ZIEKENHUIS Vzw	10	9	78	2	99
2610	WILRIJK	GZA- ZIEKENHUIZEN	10	9	68	0	87
2650	EDEGEM	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	10	7	77	2	96
2800	MECHELEN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN	9	9	68	0	86
2820	BONHEIDEN	IMELDA ZIEKENHUIS	10	9	79	2	100
2840	REET	A.Z. RIVIERENLAND	8	9	71	2	90
2880	BORNEM	A.Z. RIVIERENLAND	10	9	78	2	99
2930	BRASSCHAAT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	10	9	72	0	91
3000	LEUVEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	8	9	71	2	90
3000	LEUVEN	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	10	9	73	2	94

RÉSULTATS

Code postal	Endroit	Hôpital	Score organisation (max. 10)	Score moyens (max.9)	Score actions (max. 79)	Score processus (max.2)	Score total (max. 100)
3290	DIEST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST	10	9	77	2	98
3300	TIENEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART TIENEN	10	7	73	2	92
3500	HASSELT	JESSAZIEKENHUIS	10	9	73	0	92
3550	HEUSDEN	ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS	10	7	62	0	79
3600	GENK	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	10	9	78	0	97
3680	MAASEIK	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	10	7	57	0	74
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	75	2	96
4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	10	9	76	0	95
4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	10	9	67	0	86
4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	6	9	77	2	94
4020	LIEGE	INTERCOM. DE SOINS SPECIALISES DE LIEGE	10	5	70	0	85
4000	ROCOURT	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	10	9	74	0	93
4040	HERSTAL	CLINIQUE ANDRE RENARD	8	9	75	2	94
4100	SERAING	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	10	9	67	0	86
4500	HUY	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	10	9	69	0	88
4700	EUPEN	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	8	9	73	2	92
4780	SANKT-VITH	KLINIK ST.-JOSEF	10	5	77	0	92
4960	MALMEDY	CLINIQUE REINE ASTRID	8	7	54	0	69
4800	VERVIERS	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE VERVIERS	10	9	61	0	80
5000	NAMUR	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	8	9	67	0	84
5000	NAMUR	CHU UCL NAMUR	9	7	50	0	66
5004	BOUGE	CLINIQUE ST.-LUC	10	9	70	0	89
5060	AUVELAIS	CHR SAMBRE ET MEUSE	8	7	53	0	68
5500	DINANT	CHU UCL NAMUR	9	9	31	0	49
5530	MONT-GODINNE	CHU UCL NAMUR	9	9	59	0	77
6000	CHARLEROI	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	10	9	78	0	97
6041	GOSELIES	CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	10	9	75	0	94
6042	LODELINSART	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI	10	9	71	0	90
6110	MONTIGNY-LE-TILLEUL	C.H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	10	9	71	2	92
6460	CHIMAY	CENTRE DE SANTE DES FAGNES	10	9	65	2	86
6700	ARLON	VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	10	9	71	0	90
6800	LIBRAMONT	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	10	9	71	0	90
6900	MARCHE-EN-FAMENNE	VIVALIA - INSTITUT FAMENNE-ARDENNE-CONDROZ	10	9	71	0	90
7000	MONS	C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE	10	9	75	0	94
7000	MONS	CHR MONS - HAINAUT	10	9	59	0	78

RÉSULTATS

Code postal	Endroit	Hôpital	Score organisation (max. 10)	Score moyens (max.9)	Score actions (max. 79)	Score processus (max.2)	Score total (max. 100)
7060	SOIGNIES	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	6	7	65	0	78
7100	HAINÉ-SAINT-PAUL	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	8	9	75	0	92
7100	LA LOUVIERE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	8	9	74	2	93
7301	HORNU	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	8	9	53	0	70
7500	TOURNAI	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	10	9	71	0	90
7700	MOUSCRON	CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	10	9	67	2	88
7800	ATH	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	8	7	53	2	70
8000	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	7	5	63	2	77
8300	KNOKKE-HEIST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ZENO	7	9	72	2	90
8310	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	6	9	73	0	88
8400	OOSTENDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	10	9	67	0	86
8500	KORTRIJK	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	10	9	79	0	98
8630	VEURNE	AZ WEST	10	9	71	2	92
8700	TIELT	ST.-ANDRIESZIEKENHUIS	10	9	69	0	88
8790	WAREGEM	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	10	9	68	0	87
8800	ROESELARE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	6	9	71	2	88
8870	IZEGEM	ST.-JOZEFSKLINIEK Vzw	10	7	73	0	90
8900	IEPER	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzw	10	9	73	2	94
9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	10	9	75	2	96
9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	10	9	66	0	85
9000	GENT	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	10	7	64	2	83
9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	10	9	69	2	90
9100	SINT-NIKLAAS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	10	9	71	2	92
9160	LOKEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN	10	9	74	2	95
9200	DENDERMONDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIVS	10	9	78	0	97
9300	AALST	ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	10	9	78	2	99
9300	AALST	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	10	9	69	0	88
9600	RONSE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	10	9	70	0	89
9620	ZOTTEGEM	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	10	9	73	2	94
9700	OUDENAARDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENAARDE	6	9	71	2	88
9800	DEINZE	ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS	10	9	74	2	95
9900	EEKLO	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	10	7	63	0	80

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

Bonne

Moyenne

Faible

DISCUSSION

La parution successive rapide du rapport contenant les données de 2017 et ce rapport a pour conséquence que de nombreux points de discussion du rapport précédent (données 2017) sont toujours d'application. Ce rapport les passe rapidement en revue.

1. Principales constatations

1.1. INDICATEURS DE QUALITÉ ENREGISTRÉS DEPUIS 2013

Le groupe d'indicateurs pour la collecte de données de 2018 contient tous les indicateurs provenant des collectes précédentes (utilisés en 2013, 2015-2017). Cela permet de comparer les résultats de 2018 avec les évaluations précédentes pour ces indicateurs de qualité communs.

Les résultats de 2018 pour ces indicateurs sont comparables aux résultats de 2015-2017.

Les indicateurs qui notaient un score élevé en 2017 ont toujours des scores élevés.

- Au moins 95% des hôpitaux satisfont en 2018 à 18 des 31 indicateurs recueillis depuis 2013.
- Tous les hôpitaux satisfont déjà à 11 des 31 indicateurs recueillis depuis 2013:
 - Un rapport annuel HH approuvé par le comité d'HH est présent;
 - Présence de référents HH et au moins autant de référents HH dans un département de SI que le nombre de départements de SI;
 - Surveillances locales pour les *S. aureus* résistant à la méticilline (MRSA), les septicémies, les bactéries à Gram négatif multirésistantes et les infections *Clostridioides difficile* toxigènes;
 - Participation à la surveillance nationale pour les *S. aureus* résistant à la méticilline (MRSA), les septicémies, les bactéries à Gram négatif multirésistantes, et
 - La présence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe HH (système d'alarme).
- La consommation de solution hydro-alcoolique en litres/1000 journées d'hospitalisation dans les unités de soins des hôpitaux belges continue à augmenter (2013: 20,3/1000 journées d'hospitalisation; 2018: 24,1/1000 journées d'hospitalisation).

Pour sept des neuf indicateurs obtenant un score plus faible (<80%) en 2017, recueillis depuis 2013, on observe une amélioration pour 2018.

- On retrouve l'augmentation la plus élevée dans le nombre d'hôpitaux qui réalisent des audits:
 - pour l'audit de la procédure 'Placement et soins cathéter veineux central', augmentation de 54 à 76%;
 - pour l'audit de la procédure 'Ventilation assistée', augmentation de 47 à 60%;
 - pour l'audit de la procédure 'Placement et soins sondes urinaires', augmentation de 58 à 74% et
 - pour l'audit de la procédure 'Prévention des infections du site opératoire (ISO)', augmentation de 34 à 55%.

Malgré une augmentation depuis 2013, la réalisation d'une surveillance locale des infections dans les unités des soins intensifs et d'une surveillance locale des infections en site opératoire obtiennent toujours un score plus faible que les autres surveillances recueillis. Les scores élevés pour les 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]. Malgré leur caractère non obligatoire, la participation aux surveillances nationales de *Clostridioides difficile* et des entérocoques résistants à la vancomycine est élevée [3]. Cela contraste avec la participation aux surveillances nationales de la ISO [4] et des infections en soins intensifs, qui sont également faibles. Comme indiqué dans le rapport précédent, une étude supplémentaire est nécessaire pour évaluer ce que peut expliquer la participation faible aux

surveillances (nationales) des ISO et des infections dans les unités de soins intensifs et ce qui pourrait contribuer à une plus grande participation à ces surveillances [3]. Une enquête de satisfaction sera organisée à l'automne 2019 pour essayer de connaître entre autres les raisons d'une participation ou d'une non-participation aux différentes surveillances nationales mentionnées dans ce projet.

La consommation de solution hydro-alcoolique peut être considérée comme un indicateur de compliance avec l'hygiène des mains [5]. Depuis 2013, la consommation de solution hydro-alcoolique augmente chaque année : d'une médiane de 20,3 litres/1000 journées d'hospitalisation en 2013 à 24,1 litres/1000 journées d'hospitalisation en 2018. 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. Comme indiqué dans le rapport précédent, il est donc recommandé de vérifier quelles possibilités de collaboration existent entre ce projet et la campagne nationale afin de pouvoir répertorier la grande variation dans la consommation de solution hydro-alcoolique entre les régions.

1.2. INDICATEURS INTRODUIITS DANS LA COLLECTE DE DONNÉES DE 2017

Pour les indicateurs qui ont été introduits dans la collecte de données de 2017, il est possible de comparer les résultats de 2018 aux résultats de 2017.

Les indicateurs qui notaient un score élevé en 2017 ont toujours des scores élevés.

Pour un certain nombre d'indicateurs ayant eu un résultat plus faible (principalement des audits) en 2017, on observe une amélioration pour 2018. Les indicateurs suivants enregistrent une augmentation d'au moins 10%:

- Démarche d'optimisation du choix d'accès vasculaire veineux (2017: 64%; 2018: 77%);
- Audit de la procédure de prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne (2017: 53%; 2018: 80%);
- Audit de la procédure de prévention de la transmission par dépistage (2017: 45%; 2018: 70%);
- Audit de la procédure en cas d'hospitalisation de patients porteurs de MDRO connus (2017: 39%; 2018: 68%);
- Procédure de désinfection des sondes échographiques endocavitaires (2017: 15%, 2018: 33%);
- Audit de la procédure de prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques d'interventionnelles (2017 : 38% ; 2018/ :55%) ; et
- Audit de la procédure de prévention du risque infectieux en salle d'accouchement (2017: 22%; 2018: 36%)

Par rapport à 2017, les indicateurs suivants obtiennent un score moins élevé:

- Participation à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques (2017: 79%; 2018: 44%); et
- Audit de la procédure antibioprophylaxie en chirurgie (2017: 64%; 2018: 53%)

Contrairement à 2017, aucune étude de prévalence ponctuelle (PPS) sur les infections liées aux soins et l'utilisation d'antibiotiques n'a été organisée en 2018 par le *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) et les hôpitaux n'ont pas été activement invités à participer à une PPS (inter)nationale. Ceci peut expliquer la forte baisse de la participation à une étude de prévalence ponctuelle sur les infections liées aux soins et l'utilisation d'antibiotiques. Le rapport rédigé à l'occasion de la PPS de l'ECDC en 2017 conseille aux hôpitaux de participer régulièrement à une PPS afin

d'assurer le suivi de l'évolution des infections liées aux soins et de l'utilisation d'antibiotiques, par exemple en participant tous les deux ans à la Global PPS [6].⁴

1.3. CLASSE DE QUALITÉ

Contrairement à 2017, en 2018 un score pondéré a été attribué aux indicateurs relatifs à la réalisation d'audits. Malgré ces scores modifiés, la plupart des hôpitaux obtiennent encore un score de qualité élevé pour leur programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins. Plusieurs indicateurs renvoient à des obligations légales [2], raison pour laquelle des scores élevés sont attendus pour ces indicateurs. En Flandres, un sixième (16%) 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 ont été accrédités par un institut d'accréditation internationalement agréé ou sont en phase d'accréditation [7].

Ce projet fonctionne avec des scores pondérés pour les indicateurs. Selon Werner et Asch (2007), les indicateurs devraient être pondérés selon la valeur clinique [8]. Or, dans ce projet, les scores pondérés ont été attribués sur la base d'*expert opinion* 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. Le nombre d'indicateurs n'est pas réparti de 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.

2. Constatations générales

2.1. GROUPE D'INDICATEURS DE QUALITÉ POUR L'HH

La vaccination antigrippale des travailleurs de santé est l'une des stratégies efficaces permettant de prévenir les infections grippales liées aux soins [12,13]. Comme défini dans le cahier des charges, seul le pourcentage du personnel soignant vacciné a été demandé [14]. 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'*Advisatory Committee on Immunization Practices* au sein des CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) le recommandent [15,16]. 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 du personnel. 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 [17,18].

La qualité est complexe et multidimensionnelle. Il est important de trouver un bon équilibre dans le nombre d'indicateurs pour mesurer tous les aspects de la qualité en évitant de causer une confusion ou une apathie à propos de l'utilité de cette mesure [9]. Comme indiqué dans le rapport précédent, il existe trois types d'indicateurs: les indicateurs de structure, de processus et de résultats [3,9,10]. 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 [3].

⁴ La Global PPS est organisée chaque année et les hôpitaux peuvent y participer volontairement.

Il existe actuellement en Belgique un grand 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. Nombre de ces initiatives, avec participation obligatoire ou non, se déroulent toutefois indépendamment l'une de l'autre, ce qui ne profite pas à l'efficacité de la politique de soins [19]. L'intégration de toutes ces initiatives dans une seule vision plus large et dans un unique projet de qualité des soins semble donc défendable [20]. Ce projet a été mis au point par des experts sur le terrain, il va donc plus loin dans la prévention et le contrôle des infections et il est conforme à l'actuelle législation belge, ce qui peut être considéré comme une plus-value.

Les décideurs politiques et les organisations nationales de soins de santé devraient trouver un équilibre dans 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. 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 [9]. Une autre question qui peut être posée est celle de savoir si tous les indicateurs doivent être testés chaque année. Le développement d'un système permettant aux hôpitaux de sélectionner un groupe de tous les audits pour satisfaire aux exigences de ce projet de qualité pourrait être une solution pour limiter la charge de travail. Cela permettrait de travailler sur certains thèmes et de créer une plus grande profondeur.

Comme le précédent rapport l'indique, satisfaire à tous les indicateurs recueillis, y compris les 13 audits, est un véritable défi au vu du personnel et des moyens actuellement disponibles [3]. Le rapport rédigé à l'occasion de la visite du *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) en Belgique en 2017 recommande de revoir la législation relative au nombre d'ETP pour l'HH par hôpital et de l'adapter en fonction des actuels besoins de prévention des infections en Belgique [11].

2.2. LIMITATIONS

- 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 [14] et dans les rapports précédents [3].
- 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 [19].
- 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. 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' [8,9]. 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 [3].

2.3. FORCES

- Pour 2018, 1 hôpital chronique et 101 hôpitaux aigus belges ont participé au projet des indicateurs de qualité, ce qui signifie que tous les hôpitaux aigus ont participé (taux de réponse: 100%). Malgré participation obligatoire, ceci peut être considéré comme une force du 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. Le cahier des charges 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.

DISCUSSION

- 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.

CONCLUSION

1. Conclusion

Un set d'indicateurs de qualité a été développé pour mesurer la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux. 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. Les résultats du projet indicateurs de qualité pour l'HH font apparaître un bon score de qualité pour l'hygiène hospitalière en Belgique.

2. Recommandations

2.1. 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.

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. Un premier pas dans cette direction pourrait être une revue systématique de la littérature.
- 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. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- 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. Une enquête de satisfaction sera organisée à l'automne 2019 pour essayer de connaître entre autres les raisons d'une participation ou d'une non-participation aux différentes surveillances nationales mentionnées dans ce projet.
- 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

- 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.
- 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 BAPCOC-'Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière'.

CONCLUSION

- 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.
- Poursuivre le soutien 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 d'abord mettre en place et consolider un socle de mesures de base, à progressivement enrichir celui-ci de nouveaux objectifs et enfin, à 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.

Ce rapport contient une première évaluation de cette approche dynamique, et les résultats sont encourageants puisque l'on observe déjà, entre 2017 et 2018, une augmentation des scores de réalisation mesurés par les nouveaux indicateurs. Ce nouveau set élargi d'indicateurs a permis de mettre en évidence les points faibles des stratégies de prévention des infections dans les hôpitaux belges et en particulier dans les processus d'audits et les indicateurs de résultats que sont particulièrement la mesure du taux d'infections post-opératoires et des infections en soins intensifs. La mesure de ces taux est réputée difficile, car nécessitant la prise en considération de données complexes, dont de nombreuses données cliniques. Cette difficulté et la faible participation constatée au niveau de certaines surveillances justifient l'initiation par les autorités de santé d'une réflexion sur le déploiement d'outils de collecte et d'analyse des données plus performants, au service d'abord de la qualité des soins et de l'évaluation interne des pratiques. De tels outils devraient s'articuler autour des dossiers médicaux informatisés et devraient également être compatibles avec les systèmes nationaux de surveillance épidémiologique déjà mis en place.

La ventilation des données par plateforme régionale, telle que demandée par la plateforme fédérale d'hygiène, permet de constater des différences intéressantes qui pourront être analysées au niveau de ces plateformes régionales. Elle serait opportunément complétée par une analyse des 'success stories' au niveau sous-régional ainsi que des variations épidémiologiques détectées par les programmes de surveillance Sciensano.

Certaines différences restent interpellantes et soulèvent la nécessité d'une réflexion approfondie au niveau institutionnel ou sous-régional. Il en va ainsi par exemple de la consommation de solution hydroalcoolique ou du taux de vaccination du personnel infirmier contre la grippe saisonnière. Il apparaît donc que le rôle des plateformes régionales devrait être mis en perspective par rapport au contexte loco-régional des soins de santé.

Comme déjà mentionné antérieurement, le point faible de ce programme reste toujours l'absence de validation externe. Ceci a pour conséquence de rendre parfois trop hâtive toute conclusion tirée de comparaisons interhospitalières. La DGGG partage cette préoccupation et s'attachera, en collaboration avec la plateforme fédérale, à y apporter des solutions. Cela pourra prendre forme au sein du plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (NAP-AMR) qui sera déployé entre les années 2020 et 2024. C'est aussi dans le cadre de ce NAP-AMR que la question fondamentale du cadre de travail et des moyens des équipes en charge de l'hygiène hospitalière devra être discutée et résolue.

L'année 2020 verra la collecte de la dernière année programmée à ce jour dans la dynamique triennale initiée en 2017. Une réflexion approfondie sera ensuite nécessaire pour faire à nouveau évoluer ce set d'indicateur, dont il est utile de rappeler qu'il représente l'une des rares situations en Belgique où existent des indicateurs publics et fédéraux ayant trait à la qualité des soins fournis à la population.

RÉFÉRENCES

1. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Gezondheidszorginstellingen. 2016. Geraadpleegd op 18-7-2019. <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. 27-1-2015. <http://www.nsih.be/download/CDIF/Arrete%20Royal%202015.xps>
3. Dequeker S, Duysburgh E. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen: Jaarrapport 2019 - Data 2017. 2019. Brussels, Belgium, Sciensano. http://www.nsih.be/download/IQ/QI_Report_2018_NL_DEF.pdf
4. Mertens K.. Surveillance of ICU - Acquired Infections National Feedback Report Infection Indicators Year 2017. 2018. Brussels, Belgium, Scientific Institute of Public Health. http://www.nsih.be/download/hi_fbc_nat_2017_10Dec2018_103026.pdf
5. Haubitz S, Atkinson A, Kaspar T, Nydegger D, Eichenberger A, Sommerstein R *et al.*: **Handrub Consumption Mirrors Hand Hygiene Compliance.** *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2016, **37**: 707-710.
6. Vandaele E, Catry B, Latour K. Point prevalence study of healthcare-associated infections and antimicrobial use in Belgian acute care hospitals: Results of the ECDC PPS 2017. 2018. Brussels, Belgium, Sciensano. http://www.nsih.be/download/ECDC%20PPS/nationalreport_ECDCPPS2017_Belgium_20181119.pdf
7. Zorgnet-Icuro. Ziekenhuisaccreditatie. 2018. Geraadpleegd op 18-7-2019. <https://www.zorgneticuro.be/content/ziekenhuisaccreditatie>
8. Werner R, Asch D: **Clinical Concerns About Clinical Performance Measurement.** *Annals of Family Medicine* 2007, **5**: 159-163.
9. Raleigh V, Foot C. Getting the measure of quality: opportunities and challenges. 2010. 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>
10. Donabedian A: **The Quality of Care: How Can It Be Assessed?** *Journal of the American Medical Association* 1988, **260**: 1743-1748.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC country visit to Belgium to discuss antimicrobial resistance issues. 2018. Stockholm, Sweden, ECDC. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/ECDC-AMR-country-visit-report_Belgium-2017.pdf
12. Blanco N, Eisenberg M, Stillwell T, Foxman B: **What Transmission Precautions Best Control Influenza Spread in a Hospital?** *American Journal of Epidemiology* 2016, **183**: 1045-1054.
13. Frenzel E, Chemaly R, Ariza-Heredia E, Jiang Y, Shah D, Thomas G *et al.*: **Association of increased influenza vaccination in health care workers with a reduction in nosocomial influenza infections in cancer patients.** *American Journal of Infection Control* 2016, **44**: 1016-1021.
14. Viseur N, Lambert ML. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen. 2011. Brussels, Belgium, Scientific Insitutie for Public Health. http://www.nsih.be/download/IQ/IQ_eindrapport_NL_aanpassing%20na%20opmerkingen%20RPs%20_vs3.pdf

15. Hoge Gezondheidsraad. Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr.9488: Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep Winterseizoen 2018-2019. 2018. Brussels, Belgium, Hoge Gezondheidsraad.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9488_advies_griep_update201810.pdf
16. Black C, Yue X, Ball S, Fink R, de Perio M, Laney S *et al.*: **Influenza Vaccination Coverage Among Health Care Personnel.** *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2018, **67**: 1050-1054.
17. Dass von Perbandt E, Hornung R, Thanner M: **Influenza vaccination coverage of health care workers: a cross-sectional study based on data from a Swiss gynaecological hospital.** *GMS Infectious Diseases* 2018, **6**: 1-8.
18. Hagemester M, Stock N, Ludwig T, Heuschmann P, Vogel U: **Self-reported influenza vaccination rates and attitudes towards vaccination among health care workers: results of a survey in a German university hospital.** *Public Health* 2018, **154**: 102-109.
19. Duysburgh E, Dequeker S, Mortgat L. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen: Jaarrapport 2017 - Data 2016. 2018. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public Health.
http://www.nsih.be/download/IQ/Rapport_QI_2017_NL.pdf
20. Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N *et al.*: **The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals.** *International Journal of Quality Health Care* 2014, **26**: 100-107.

LISTE DES ANNEXES

1. Formulaire pour la collecte des données.....70

ANNEXES

1. Formulaire pour la collecte des données

Voir le Cahier des charges pour les définitions, consignes, éléments de preuves à conserver. Toutes les données concernent l'année de référence (l'année précédant l'année de la collecte de données). ATTENTION: UN FORMULAIRE PAR CODE D'AGREMENT ! 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.			Score (Total: 100)
1. Indicateurs d'organisation			Total : 10
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
2. Indicateurs de moyens			Total : 9
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.	_ _ _ _	
I.M.4. a	Nombre de référents dans les USI.	_ _ _ _	(Nombre référents USI/ Nombre unités USI ≥ 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 ≥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

3. Indicateurs d'actions			Total:79
3.1 Des réunions			
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
3.2 Surveillances			
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>	0
I.A.10.b	Si oui, lesquelles?		0
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
3.3 Audits de processus			
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>	2 (2017:3, 2019:1)
I.A.13.c	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0, 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>	2 (2017:3, 2019:1)
I.A.14.b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0, 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>	2 (2017:3, 2019:1)
I.A.15.b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0, 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>	2 (2017:3, 2019:1)
I.A.16.b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0, 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?		
3.4 La campagne nationale/l'étude de prévalence			
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.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(≥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
3.5 Des procédures			
Information du patient			
I.A.20	Existence d'une information du patient en ce qui concerne le risque infectieux.	<i>O Oui O Non</i>	3 (2017:2; 2019:4)
Accidents exposant au sang (AES)			
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
Vaccination contre l'influenza			
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.24 a	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.24 b	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.	_ _ _ _ _ _ _	
Des dispositifs médicaux			
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 (2017:2; 2019:1)
L'antibiothérapie			
I.A.26	Le médecin- hygiéniste hospitalier participe aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie (GGA).	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:2; 2019:1)
I.A.27 a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne l'antibioprophylaxie en chirurgie.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	2 (2017:3; 2019:1)
I.A.27 b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0; 2019:2)
I.A.28	L'hôpital a participé à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie.	<i>N' a pas été réalisé pendant 2018</i>	1
La prévention des infections			
I.A.29 a	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>	2 (2017:3; 2019:1)
I.A.29 b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0; 2019:2)
I.A.30 a	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>	2 (2017:3; 2019:1)
I.A.30 b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0; 2019:2)
I.A.31 a	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>	2 (2017:3; 2019:1)
I.A.31 b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0; 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
Désinfection			
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.33 a	Il existe une procédure actualisée relative à la désinfection des sondes échographiques endocavitaires.	<i>O Oui O Non</i> <i>O NA</i>	2 (2017:3; 2019:1)
I.A.33 b	L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.	<i>O Oui O Non</i>	1 (2017:0; 2019:2)
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

ANNEXES

I.A.40 a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques interventionnelles.	O <i>Oui</i> O <i>Non</i> O <i>NA</i>	2 (2017:3; 2019:1)
I.A.40 b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	O <i>Oui</i> O <i>Non</i>	1 (2017:0, 2019:2)
I.A.41. a	Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention du risque infectieux en salle d'accouchement.	O <i>Oui</i> O <i>Non</i> O <i>NA</i>	2 (2017:3; 2019:1)
I.A.41. b	L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.	O <i>Oui</i> O <i>Non</i>	1 (2017:0, 2019:2)
4. Indicateurs de processus			Total: 2
II.R.1 a	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.1 b	Nombre de journées d'hospitalisation.	_ _ _ _ _ _ _	
5. FEEDBACK			
	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).

	Reçu	Approuvé
Sciensano	/	23/07/2019
Groupe de travail BAPCOC 'indicateurs de qualité pour l'HH'	1 ^{er} : 23/07/2019 2 ^{ème} : 07/09/2019	06/11/2019
SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement	07/09/2019	

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_fr.asp ou contactez-

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