Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière

Cahier des charges : définitions, consignes de remplissage, preuves à conserver

Récolte 2020 (données 2019)

Elaboré par le groupe « indicateurs qualité en hygiène» associant la Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière (BAPCOC) et Siensano

Soumis pour approbation au bureau de la BAPCOC – pas de modifications, Approuvé avec modifications par la plateforme fédérale d'hygiène le 16 mars 2017

Version 1.2

12 août 2019

Abbréviations

AES	Accidents exposant au sang
BK	Bacille de Koch
CJD	Creutzfeld Jacob Disease
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
ETP	Equivalent temps plein
GGA	Groupe de gestion de l'antibiothérapie
HH	Hygiène hospitalière
MDRO	Multidrug resistant microorganisms (microorganismes multirésistants)
MRSA	Meticillin-resistant S. aureus (Staphylocoque résistant à la méticilline)
PFHH	Plateforme fédérale en hygiène hospitalière
PRHH	Plateforme régionale en hygiène hospitalière
USI	Unité de soins intensifs

Modifications

Aucune modification de contenu n'a été apportée à ce cahier des charges par rapport au cahier des charges relatif à la collecte des données 2017 (date de version: le 20 mars 2018).

En 2018 et 2019, aucun audit sur l'antibioprophylaxie en chirurgie n'a été organisé par la BAPCOC. Cet indicateur (4.28) n'est donc pas inclus dans la collecte des données 2018 et 2019.

Le 1er avril 2018, l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) et le Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) ont donné naissance à un nouveau centre fédéral de recherche: Sciensano. Ce changement de nom a été ajusté dans ce cahier des charges. »

Table des matières

1 Introduction 4
Vision de la plateforme fédérale en hygiène hospitalière 4
Objectif principal 4
Objectifs secondaires 4
Orientation du set d'indicateurs 4
Généralités 5
2 Indicateurs d'organisation 6
2.1 Plan stratégique en matière de lutte contre les infections liées aux soins 6
2.2 Réunions du comité d'hygiène hospitalière 6
2.3 Plan d'action annuel en hygiène hospitalière 7
2.4 Rapport annuel en hygiène hospitalière 7
2.5 Statut de l'infirmier(ère)-hygiéniste hospitalier(ère) 8
3 Indicateurs de moyens 9
3.1 Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers 9
3.2 Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitaliers(ères) 9
3.3 Référents en hygiène hospitalière 10
3.4 Référents en hygiène hospitalière dans les unités de soins intensifs 10
3.5 Référents en hygiène hospitalière dans l'hôpital 10
3.6 Formation en hygiène hospitalière dans l'hôpital 11
4 Indicateurs d'actions 12
4.1 Participation de la direction aux réunions du comité d'hygiène hospitalière 12
4.2 Participation de l'équipe d'hygiène hospitalière aux réunions de la plateforme régionale 12
4.3 Surveillance des *S. aureus* résistant à la méthicilline* 13
4.4 Surveillance des septicémies associées à l'hôpital * 13
4.5 Surveillance des microorganismes Gram-négatif résistants* 14
4.6 Surveillance des infections à *C. difficile** 14
4.7 Surveillance des infections dans les unités de soins intensifs (USI)* 15
4.8 Surveillance des infections du site opératoire* 15
4.9 Surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine* 16
4.10 Autres surveillance pertinentes* 16
4.11 Interaction avec le laboratoire 17

4.12 Hygiène des mains 17
4.13 Audits de processus : prévention du risque infectieux lié à l'accès vasculaire veineux* 18
4.14 Audits de processus : prévention du risque infectieux lié aux sondes urinaires* 19
4.15 Audits de processus: prévention du risque infectieux lié à la ventilation invasive* 19
4.16 Audits de processus: prévention des infections de site opératoire* 20
4.17 Audits de processus autres que ceux repris ci-dessus 20
4.18 Participation à la campagne « hygiène des mains » 20
4.19 Participation à une étude de prévalence 21
4.20 Information du patient* 21
4.21 Prévention des accidents exposant au sang* 21
4.22 Prise en charge des accidents exposant au sang* 21
4.23 Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza* 22
4.24 Couverture vaccinale (influenza) du personnel infirmier et aide-soignant* 22
4.25 Participation aux réunions du comité des dispositifs médicaux* 22
4.26 Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie* 23
4.27 Antibioprophylaxie en chirurgie* 23
4.28 Participation de l'hôpital à l'audit BAPCOC antibioprophylaxie* 23
4.29 Précautions additionnelles* 24
4.30 Dépistage des MDRO* 24
4.31 Admission de patients porteurs MDRO connus* 25
4.32 Désinfection des endoscopes* 25
4.33 Désinfection des sondes échographiques endocavitaires* 26
4.34 Prévention du risque tuberculose* 26
4.35 Prévention du risque Creutzfeld Jacob Disease (CJD)* 26
4.36 Prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux* 27
4.37 Environnement : surfaces et matériel non médical* 27
4.38 Environnement : matériel médical non critique* 27
4.39 Environnement: eau chaude sanitaire* 27
4.40 Quartier opératoire et salles de techniques interventionnelles* 28
4.41 Salle d'accouchement* 28
5 Indicateur de processus : consommation de solution hydro-alcoolique 29

1 Introduction

Vision de la plateforme fédérale en hygiène hospitalière

Le set d'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière (HH) est né de la volonté des hygiénistes hospitaliers (représentés par la plateforme fédérale en hygiène hospitalière (PFHH) et les plateformes régionales d'hygiène hospitalière [PRHH]) de construire un outil permettant par effet de levier de promouvoir les programmes de lutte contre les infections associées aux soins et leur qualité dans les hôpitaux aigus.

Objectif principal

Promouvoir la qualité des programmes de prévention des infections dans les institutions de soins aigus, en favorisant des indicateurs orientés sur les stratégies définies comme prioritaires au niveau des instances de conseil et scientifiques: Conseil supérieur de la Santé (CSS), PFHH, Belgian Infection Control Society (BICS). Le nouveau set des indicateurs (portant sur les données concernant l'année 2017, 2018 et 2019) se veut un outil d'amélioration prospectif (= indicateurs fournis en début de période avec une vision de 2 à 3 ans). Les indicateurs sont construits de façon à favoriser prioritairement la mesure des progrès à l'intérieur d'une même institution de soins. Ils n'ont pas pour vocation première de permettre un classement ou une comparaison des performances entre hôpitaux et ce programme ne dispose pas des moyens de réaliser un tel classement.

Objectifs secondaires

Identifier des cibles d'amélioration méthodologiques dans les programmes de prévention, afin de les partager avec les différents partenaires (CSS, Sciensano, PFHH, BICS) pour pouvoir améliorer les outils de prévention et/ou de surveillance, fournir quand pertinent des données de surveillance nationale agrégées aux autorités de santé publique, fournir des éléments d'information sur l'organisation de la lutte contre les infections hospitalières au grand public.

Orientation du set d'indicateurs

Le nouveau set contient tous les indicateurs historiques (portant sur les années 2013, 2015 et 2016) complété par un nouveau groupe d'indicateurs, fixé pour 3 ans. L'analyse permettra de comparer 2017 à 2016 et 2015 (set historique) et de comparer 2019 à 2017 (set prospectif).

Généralités

Tous les indicateurs se rapportent à l'année de référence. Les modalités de gestion des éléments de preuves sont laissées à l'appréciation des hôpitaux. Tout élément de preuve manquant fera considérer l'indicateur comme absent.

En ce qui concerne les procédures et protocoles, ils doivent dater de moins de 5 ans et, en cas de nouvelles recommandations du Conseil Supérieur de la Santé au cours des 5 dernières années, une révision doit être faite au plus tard l'année suivant leur édition.

En ce qui concerne le contenu des audits de processus, la liste des items audités est laissée à l'appréciation des hôpitaux, invités à intégrer les points d'attention locaux (points critiques justifiant une attention particulière par exemple) dans une sélection basée sur les recommandations de la littérature et celles du CSS quand disponibles. Il en va de même pour le nombre d'audits à réaliser quand ce n'est pas détaillé ; il doit être adapté à la taille de l'établissement et aux objectifs prioritaires de celui-ci.

La pondération des indicateurs variera de 2017 à 2019 afin de favoriser dans un premier temps l'élaboration des procédures et protocoles nécessaires et à encourager dans un second temps la mise sur pied d'audits de processus et de feedback.[1]

[1] Les indicateurs nouveaux ou faisant l'objet d'une modification sont indiqués par un astérisque. Le calcul de scoring fait l'objet d'un document séparé

2 Indicateurs d'organisation

2.1 Plan stratégique en matière de lutte contre les infections liées aux soins

Indicateurs
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 (HH) et approuvé par le comité d'HH. b. (Si oui) Ce plan stratégique est inclus dans le plan stratégique de l'hôpital.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI » à la question « a », si le plan stratégique général couvre une période de minimum 3 ans et s'il comprend au moins les 3 éléments suivants: ○ une note stratégique définissant la vision, les programmes d'action et les objectifs prioritaires ; ○ la structure organisationnelle de l'équipe d'HH ; et ○ un budget de l'équipe d'HH prévoyant les revenus (financement par le gouvernement) et les frais de personnel (nombre d'ETP effectif) et de fonctionnement. Si le contenu du plan stratégique répond au canevas établi en accord avec votre inspection d'hygiène, vous pouvez répondre « oui » à la question même si le contenu diffère quelque peu des exigences ci-dessus.
Preuves à conserver
a. Le document du plan stratégique général contenant au moins les 3 éléments décrits ci-dessus, ou les éléments du canevas de votre inspection d'hygiène. Le compte-rendu de la réunion du comité d'HH au cours de laquelle le plan stratégique général a été présenté. b. L'extrait du plan stratégique de l'hôpital contenant le plan stratégique général en matière de lutte contre les infections liées aux soins.

2.2 Réunions du comité d'hygiène hospitalière

Indicateur
Le nombre de réunions du comité d'HH correspond au nombre minimal requis par l'arrêté royal (4).
Consignes de remplissage
Encoder le nombre de réunions. Par réunions, on entend « séances plénières », pour lesquelles tous les membres du comité sont supposés être présents.
Preuves à conserver
Comptes-rendus de chaque réunion du comité d'HH au cours de l'année.

2.3 Plan d'action annuel en hygiène hospitalière

Indicateur
Un plan d'action détaillé en matière de lutte contre les infections liées aux soins a été élaboré par l'équipe d'HH et approuvé par le comité d'HH.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI » si le plan d'action annuel comprend au moins les 5 éléments suivants : ○ les objectifs spécifiques d'année ; ○ les moyens nécessaires (financiers, humains et logistiques) ; ○ les procédures, indicateurs utilisés ; ○ les résultats attendus ; et ○ la procédure d'évaluation (audit). **NB** : Les résultats attendus et la procédure d'évaluation peuvent être étalés sur plusieurs années. Si le contenu du plan d'action annuel répond au canevas établi en accord avec l'inspection d'hygiène, vous pouvez répondre « oui » à la question même si le contenu diffère quelque peu des exigences ci-dessus.
Preuves à conserver
Le document du plan d'action annuel contenant au moins les 5 éléments décrits ci-dessus, ou les éléments du canevas de votre inspection d'hygiène. Le compte-rendu de la réunion du comité d'HH au cours de laquelle le plan d'action annuel a été présenté.

2.4 Rapport annuel en hygiène hospitalière

Indicateur
Un rapport annuel sur les activités en matière de lutte contre les infections liées aux soins a été élaboré par l'équipe d'HH et approuvé par le comité d'HH.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI » si le rapport annuel comprend au moins les 5 éléments suivants: ○ une évaluation des actions mises en œuvre: les résultats des indicateurs et la comparaison de ceux-ci avec les objectifs fixés ; ○ les actions qui ont atteint leur objectif de départ ; ○ les démarches à entreprendre pour les actions qui n'ont pas atteint leur objectif de départ ; ○ les objectifs futurs ; et ○ les moyens mis en œuvre, octroyés: revenus (financement par le gouvernement), humains (nombre d'ETP effectif) et logistiques (fonctionnement). **NB** : L'évaluation des actions mises en œuvre à moyen ou long terme peut s'étaler sur plusieurs années. Si le contenu du rapport annuel répond au canevas établi en accord avec l'inspection d'hygiène, vous pouvez répondre « oui » à la question même si le contenu diffère quelque peu des exigences ci-dessus.
Preuves à conserver
Le document du rapport annuel contenant au moins les 5 éléments décrits ci-dessus, ou les éléments du canevas de votre inspection d'hygiène. Le compte-rendu de la réunion du comité d'HH au cours de laquelle le rapport annuel a été présenté.

2.5 Statut de l'infirmier(ère)-hygiéniste hospitalier(ère)

Indicateur
L'infirmier(ère)-hygiéniste hospitalier(ère)– ou, s'il y en plusieurs, les infirmiers(ères)-hygiénistes hospitaliers(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.
Consignes de remplissage
On entend par cadre infirmier intermédiaire, la position de l'infirmier(ère)-hygiéniste hospitalier(ère) dans l'organigramme du département infirmier et non la notion de barème salarial. L'encadrement minimal légal requis = celui qui se trouve dans le BMF (Budget des Moyens Financiers) de l'hôpital. Cela correspond au nombre d'ETP calculé sur base du nombre de lits justifiés pondérés. Répondre « OUI » si, effectivement, les infirmiers(ères) -hygiénistes hospitaliers(ères), faisant partie du cadre minimal légal requis ont un statut de cadre infirmier intermédiaire.
Preuves à conserver
L'organigramme de l'hôpital.

3 Indicateurs de moyens

3.1 Nombre effectif de médecins-hygiénistes hospitaliers

Indicateur
Ratio a/b : a. Nombre EFFECTIF de médecins -hygiénistes hospitaliers dans l'hôpital, en équivalents temps plein (ETP) cette année. 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).
Consignes de remplissage
Encoder uniquement (a). ETP = équivalent temps plein, 100% d'activité. EFFECTIF = temps de travail réel. Cette information doit apparaître dans le rapport annuel de l'HH. Si le médecin-hygiéniste hospitalier partage son temps, au sein de l'hôpital, avec d'autres activités, ne compter que la part consacrée à l'HH. Le nombre d'ETP calculé (b) est encodé automatiquement (données du Service Public Fédéral Santé Publique).
Preuves à conserver
(a) Nombre EFFECTIF de médecins-hygiénistes hospitaliers: via le rapport annuel de l'HH.

3.2 Nombre effectif d'infirmiers(ères)-hygiénistes hospitaliers(ères)

Indicateur
Ratio a/b a. Nombre EFFECTIF d'infirmiers(ères) -hygiénistes hospitaliers(ères) dans l'hôpital en équivalent temps plein (ETP) cette année. 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).
Consignes de remplissage
Encoder uniquement (a). ETP = équivalent temps plein, 100% d'activité. EFFECTIF = temps de travail réel. Cette information doit apparaître dans le rapport annuel de l'HH. Si l'infirmier(ère)-hygiéniste hospitalier(ère) partage son temps, au sein de l'hôpital, avec d'autres activités, ne compter que la part consacrée à l'HH. Le nombre d'ETP calculé est fourni par le Service Public Fédéral Santé Publique.
Preuves à conserver
(a) via le rapport annuel de l'HH.

3.3 Référents en hygiène hospitalière

Indicateur
L'hôpital a mis en place des référents en HH.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si les 3 conditions ci-dessous sont remplies: ○ existence d'une description de fonction. La description de fonction est une description institutionnelle ; ○ formation interne ou externe des référents en HH à l'entrée de cette fonction (au maximum dans le courant de leur 1ère année) ; et ○ participation des référents en HH aux réunions organisées par l'équipe HH spécifiquement pour eux.
Preuves à conserver
Liste des référents en HH reconnus comme tels par l'hôpital. Document de description de fonction. Liste de présence des référents en HH à la séance de formation interne ou externe. Compte-rendu de chaque réunion avec les référents en HH et la liste des présences de chaque réunion.

3.4 Référents en hygiène hospitalière dans les unités de soins intensifs.

Indicateur
L'indicateur est le ratio a/b a. Nombre de référents dans les unités de soins intensifs (USI). b. Nombre d'USI dans l'hôpital.
Consignes de remplissage
Encoder séparément (a) et (b). Le nombre d'USI reprend les USI adultes, pédiatriques et néonatales ; une unité est une entité fonctionnelle dirigée par un infirmier en chef (ou cadre de proximité).
Preuves à conserver
La liste des référents en HH dans les USI reconnus comme tel par l'hôpital.
NB : pas d'application si pas de service de soins intensifs.

3.5 Référents en hygiène hospitalière dans l'hôpital

Indicateur
L'indicateur est le ratio a/b : a. Nombre total de référents en HH dans les services dirigés par un infirmier en chef (y inclure les USI). b. Nombre de services dirigés par un infirmier en chef dans l'hôpital (y compris les USI).
Consignes de remplissage
Encoder séparément (a) et (b). Service = entité fonctionnelle dirigée par un infirmier en chef (ou cadre de proximité).
Preuves à conserver
La liste des référents en HH reconnus comme tels par l'hôpital.

3.6 Formation en hygiène hospitalière dans l'hôpital

Indicateurs
a. Nombre total d'heures de formation interne en HH dispensées par l'équipe d'HH au personnel de l'hôpital (que ce soit pour le nouveau personnel, le personnel soignant, le personnel médical…). b. Nombre total de participants à ces formations sur l'année. c. Nombre d'heures de formation sur la prévention des infections par e-learning suivies par le personnel de l'hôpital.
Consignes de remplissage
Encoder a, b et c. a. Heures de formations : additionner les temps horaires de chaque séance de formation. Le nombre d'heures de formation ne dépend pas du nombre de formateurs ni du nombre de participants. Par exemple : ○ 2 membres de l'équipe d'hygiène donnent ensemble une heure de formation à 10 participants = une heure dispensée. ○ 1 membre de l'équipe d'hygiène donne une heure de formation à 20 participants= 1 heure dispensée. b. Nombre de participants : additionner le nombre de participants présents à chaque séance de formation. Ceci ne dépend pas de la durée de la formation. Par exemple : ○ 20 participants à une séance de 1h30 = 20 participants c. Nombre d'heures de formation par e-learning sur la prévention des infections suivies par le personnel de l'hôpital.
Preuves à conserver
Le document de formation (présentation PowerPoint, fiche récapitulative,..) et la durée de chaque formation, la liste des présences de chaque formation et la somme des heures de formation de e-learning suivies.

4 Indicateurs d'actions

4.1 Participation de la direction aux réunions du comité d'hygiène hospitalière

Indicateur
La direction participe aux réunions du comité d'HH.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » si à chaque réunion du comité d'HH, il y a eu au moins la présence d'une personne de la direction (directeur, ou médecin chef, ou chef du département infirmier). Les 3 personnes de la direction peuvent se faire représenter par un représentant officiel.
Preuves à conserver
Les présences sur le compte-rendu de chaque réunion du comité d'HH au cours de l'année.

4.2 Participation de l'équipe d'hygiène hospitalière aux réunions de la plateforme régionale

Indicateur
L'équipe d'HH participe aux réunions de la plateforme régionale en HH.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » si au moins un membre de l'équipe d'hygiène de l'hôpital était présent à chaque réunion de la plateforme régionale en HH.
Preuves à conserver
Liste de présence des réunions de la plateforme régionale en HH (à réclamer par l'hôpital lui-même auprès du président de la plateforme régionale en HH).

4.3 Surveillance des *S. aureus* résistant à la méticilline*

Indicateurs
a. Il existe une surveillance locale des *S. aureus* résistant à la méticilline (MRSA). b. Si oui : l'hôpital a participé à la surveillance nationale des MRSA en fournissant les données agrégées requises.
Consignes de remplissage
(a) Surveillance locale: répondre « OUI », si le système local de surveillance du MRSA comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local. La surveillance peut ne porter que sur une période définie, ponctuelle (quelques mois sur l'année par exemple) et ne doit pas être obligatoirement continue. En ce qui concerne le système local, le nombre d'unités surveillées est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH. (b) Répondre « oui » si l'hôpital envoie à Sciensano ses données de surveillance MRSA, récoltées selon le protocole national.
Preuves à conserver
a. Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance du MRSA. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) du MRSA. b. Via Sciensano.

4.4 Surveillance des septicémies associées à l'hôpital *

Indicateurs
a. Il existe une surveillance locale des septicémies associées à l'hôpital. b. Si oui : l'hôpital a participé à la surveillance nationale des septicémies en fournissant les données agrégées requises.
Consignes de remplissage
a. Surveillance locale: répondre « OUI », si le système local de surveillance des septicémies comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local. La surveillance peut ne porter que sur une période définie, ponctuelle (quelques mois sur l'année par exemple) et ne doit pas être obligatoirement continue. En ce qui concerne le système local, le nombre d'unités surveillées est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH. b. Répondre « oui » si l'hôpital envoie à Sciensano ses données de surveillance des septicémies, récoltées selon le protocole national.
Preuves à conserver
a. Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance des septicémies. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) des septicémies. b. Via Sciensano.

4.5 Surveillance des microorganismes Gram-négatif multi-résistants*

Indicateurs
a. Il existe une surveillance locale des bactéries Gram-négatif multi-résistantes. b. Si oui : l'hôpital a participé à la surveillance nationale des bactéries Gram-négatif multi-résistantes en fournissant les données agrégées requises.
Consignes de remplissage
a. Surveillance locale : répondre « OUI », si le système local de surveillance des bactéries Gram-négatif multi-résistantes comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local. La surveillance peut ne porter que sur une période définie, ponctuelle (quelques mois sur l'année par ex) et ne doit pas nécessairement être continue. En ce qui concerne le système local, le nombre d'unités surveillées est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH. b. Répondre « oui » si l'hôpital envoie à Sciensano ses données de surveillance des bactéries Gram-négatif multi-résistantes, récoltées selon le protocole national.
Preuves à conserver
a. Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance des bactéries Gram-négatif multi-résistantes. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) des bactéries Gram-négatif multi-résistantes. b. Via Sciensano.

4.6 Surveillance des infections à *C. difficile**

Indicateur
Il existe une surveillance locale des infections à *C. difficile* toxinogène.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si le système local de surveillance des infections à *C. difficile* toxinogène comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local. La surveillance peut ne porter que sur une période définie, ponctuelle (quelques mois sur l'année par exemple) et ne doit pas être obligatoirement continue. Le nombre d'unités surveillées est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH.
Preuves à conserver
Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) de surveillance.

4.7 Surveillance des infections dans les unités de soins intensifs (USI)*

Indicateur
Il existe une surveillance locale des infections dans les USI.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si le système local de surveillance des infections aux soins intensifs comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local. La surveillance peut ne porter que sur une période définie, ponctuelle (quelques mois sur l'année par ex) et ne doit pas être obligatoirement continue. En ce qui concerne le système local, le nombre d'unités surveillées est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH. **Remarque** Pour répondre « oui » à « surveillance des infections à l'USI », il est nécessaire que cette surveillance USI inclue au moins un site d'infection en plus des septicémies (par exemple pneumonies).
Preuves à conserver
Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) de surveillance.
NB : pas d'application si pas de service de soins intensifs.

4.8 Surveillance des infections du site opératoire*

Indicateur
Il existe une surveillance locale des infections de site opératoire.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si le système local de surveillance des infections de site opératoire comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local. La surveillance peut ne porter que sur une période définie, ponctuelle (quelques mois sur l'année par exemple) et ne doit pas être obligatoirement continue. En ce qui concerne le système local, le nombre d'unités surveillées est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH. **Remarque :** la surveillance d'au-moins un type d'intervention chirurgicale suffit et il n'est pas exigé un suivi après la sortie du patient.
Preuves à conserver
Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance des infections de site opératoire. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) de surveillance.

4.9 Surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine*

Indicateur
Il existe une surveillance locale des entérocoques résistants à la vancomycine (VRE).
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si le système local de surveillance comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local. La surveillance peut ne porter que sur une période définie, ponctuelle (quelques mois sur l'année par exemple) et ne doit pas être obligatoirement continue. En ce qui concerne le système local, le nombre d'unités surveillées est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH.
Preuves à conserver
Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) de surveillance.

4.10 Autres surveillances pertinentes*

Indicateurs
a. Il existe d'autres surveillances liées aux soins / bactéries multi-résistantes autres que celles décrites ci-dessus. b. Si oui, lesquelles ?
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si le système local de surveillance d'activités liées aux soins / bactéries multi-résistantes comprend les éléments suivants : ○ protocole de la surveillance ; ○ formulaire d'enregistrement ; ○ suivi de cette surveillance (récolte et analyse des données) ; et ○ feed-back local.
Preuves à conserver
Le protocole et le formulaire d'enregistrement de la surveillance. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) de surveillance.

4.11 Interaction avec le laboratoire

Indicateur
Il existe une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'HH permettant le partage rapide et facile de la liste des microorganismes nécessitant des précautions additionnelles (système d'alerte).
Consignes de remplissage
Par interaction systématique, on entend une collaboration/contact quotidien (chaque jour de la semaine) entre le laboratoire et l'équipe d'HH d'une manière ou d'une autre (logiciel informatique et/ou une vérification manuelle); système d'alerte étant plus pointu. Nous avons utilisé, volontairement, un terme large au vu de la grande diversité des 'interactions' entre le laboratoire et l'équipe d'HH. Il est laissé à l'appréciation de l'équipe d'HH de juger de manière critique de la présence oui ou non d'une réelle collaboration avec le laboratoire.
Preuves à conserver
La communication (sous forme d'e-mails par exemple,…) entre le laboratoire et l'équipe d'HH reprenant la liste des microorganismes nécessitant des précautions additionnelles.

4.12 Hygiène des mains

Indicateurs
a. L'hôpital réalise un audit local d'observance des procédures recommandées pour l'hygiène des mains en dehors de la campagne nationale. b. (Si oui) : nombre d'opportunités observées.
Consignes de remplissage
Preuves à conserver
Le document reprenant les enregistrements des opportunités d'hygiène des mains observées cette année.

4.13 Audits de processus : prévention du risque infectieux lié à l'accès vasculaire veineux*

Indicateurs
a. Il existe une démarche d'optimalisation du choix de l'accès vasculaire veineux en fonction du risque infectieux. b. Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des septicémies associées au cathéter veineux central (CVC). c. L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre oui s'il existe un algorithme/arbre de décision des indications des accès veineux, actualisé dans les 5 dernières années. b. Répondre oui s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années et comprenant au minimum les 5 éléments suivants relatifs à la pose et l'entretien du CVC : indications cliniques, pose (choix du site d'insertion, méthodes de préparation et désinfection), pansement, entretien y compris nécessité de réévaluation quotidienne de la nécessité du dispositif invasif. c. Répondre oui si toutes les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et/ou d'un formulaire d'enregistrement ; ○ audit : au moins **20** entretiens de CVC par an et par ETP infirmier financé en HH ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Algorithme daté. b. Procédure datée. c. Rapport d'audit, trace du feedback.

4.14 Audits de processus : prévention du risque infectieux lié aux sondes urinaires*

Indicateur
a. Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des infections urinaires sur sonde. b. L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre oui s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années et comprenant au minimum les éléments suivants relatifs à la pose et l'entretien du cathéter urinaire: indications cliniques, pose (méthodes de préparation et désinfection), entretien y compris nécessité de réévaluation quotidienne de l'utilité du cathéter, asepsie et sécurité des manipulations (conformément aux dernières recommandations du CSS). b. Répondre oui si toutes les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement ; ○ audit des soins apportés à au moins **20** patients sondés par an et par ETP infirmier financé en HH ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit des soins, traces du feedback.

4.15 Audits de processus: prévention du risque infectieux lié à la ventilation invasive*

Indicateur
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). b. L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre oui s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années et comprenant au minimum les éléments d'un VAP bundle. b. Répondre oui si toutes les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et/ou d'un formulaire d'enregistrement ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.
NB : pas d'application si pas de service de soins intensifs.

4.16 Audits de processus: prévention des infections de site opératoire*

Indicateur
a. Il existe une procédure actualisée en relation avec la prévention des infections de site opératoire. b. L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre oui s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années et comprenant au minimum les éléments suivants : préparation préopératoire (patient, champs,…). b. Répondre oui si toutes les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.

4.17 Audits de processus autres que ceux repris ci-dessus

Indicateurs
a. L'hôpital réalise d'autres audits en relation avec la prévention des infections que ceux repris ci-dessus. b. Si oui, lesquels ?
Consignes de remplissage
a. Répondre « OUI », si l'audit comprend les éléments suivants : ○ un protocole ; ○ un formulaire d'enregistrement ; et ○ le suivi de cet audit (données).
Preuves à conserver
Le protocole et le formulaire d'enregistrement de l'audit en question. Le document (feuille Excel, par exemple) reprenant les enregistrements (données) de l'audit.

4.18 Participation à la campagne « hygiène des mains »

Indicateurs
L'hôpital a participé à la campagne nationale « hygiène des mains » si une telle campagne a eu lieu pendant l'année de référence.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si l'hôpital a participé.
Preuves à conserver
Via Sciensano.

4.19 Participation à une étude de prévalence

Indicateurs
L'hôpital a participé à une étude de prévalence des infections liées aux soins et de l'utilisation des antibiotiques si une telle étude a eu lieu pendant l'année de référence.
Consignes de remplissage
Répondre « OUI », si l'hôpital a participé.
Preuves à conserver
Par l'autorité (inter)nationale concernée.

4.20 Information du patient*

Indicateur
Existence d'une information du patient en ce qui concerne le risque infectieux.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe un document destiné au patient (quel que soit son support) visant à fournir une information sur le risque infectieux à l'hôpital. Ce document doit contenir au minimum, une information sur le risque et sur l'existence des mesures de prévention.
Preuves à conserver
Le document d'information.

4.21 Prévention des accidents exposant au sang*

Indicateur
Il existe une démarche de prévention des AES.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années.
Preuves à conserver
La procédure datée.

4.22 Prise en charge des accidents exposant au sang*

Indicateur
Existence d'une procédure actualisée de prise en charge des accidents exposant au sang (AES).
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années.
Preuves à conserver
La procédure datée.

4.23 Campagne de vaccination du personnel contre l'influenza*

Indicateur
Une campagne de vaccination du personnel contre l'influenza a eu lieu pendant l'année de référence.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » si au moins un canal d'information activé pour le personnel.
Preuves à conserver
Trace du canal d'information.

4.24 Couverture vaccinale (influenza) du personnel infirmier et aide-soignant*

Indicateur
Couverture vaccinale du personnel infirmier, les sages-femmes et aides-soignants salariés.
Consignes de remplissage
La couverture vaccinale est une proportion (%). ○ Numérateur: 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. ○ Dénominateur: 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.
Preuves à conserver
Enregistrement des données par l'entité responsable de la vaccination. **NB** : le taux demandé est celui du personnel limité au personnel soignant (car proche du patient) et salarié par soucis d'homogénéisation des données. En effet, les autres catégories de personnel sont soit peu associées à un risque pour les patients (personnel administratif) soit régulièrement composées de proportions importantes d'indépendants et de ce fait pas toujours gérées par la médecine du travail de l'hôpital (médecins, kinésithérapeutes, …), rendant les données d'interprétation difficile.

4.25 Participation aux réunions du comité des dispositifs médicaux*

Indicateur
Un des médecins et/ou des infirmiers(ères)-hygiéniste(s) hospitaliers(ères)participe aux réunions du comité des dispositifs médicaux.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » si présence à au moins la moitié de ces réunions.
Preuves à conserver
Procès-verbaux des réunions du comité des dispositifs médicaux.

4.26 Participation aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie*

Indicateur
Le médecin-hygiéniste hospitalier participe aux réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie (GGA).
Consignes de remplissage
Répondre « oui » si présence à au moins la moitié de ces réunions.
Preuves à conserver
Procès-verbaux des réunions du GGA.

4.27 Antibioprophylaxie en chirurgie*

Indicateurs (ATTENTION : ces indicateurs seront remplacés par d'éventuels indicateurs identiques si mis en place par le groupe « médecine hospitalière »de la BAPCOC.)
a. Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne l'antibioprophylaxie en chirurgie. b. L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années. b. Répondre « oui » si les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.

4.28 Participation de l'hôpital à l'audit BAPCOC antibioprophylaxie*

Indicateur (ATTENTION : cet indicateur sera remplacé par un éventuel indicateur identique si mis en place par le groupe « médecine hospitalière ».)
L'hôpital a participé à l'audit BAPCOC concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie, si cet audit a été réalisé pendant l'année de référence.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » si participation.
Preuves à conserver
Documents d'audit : par l'autorité (inter)nationale concernée.

4.29 Précautions additionnelles*

Indicateur
a. Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention de la transmission par contact/gouttelettes/voie aérienne. b. L'application de ces mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre « oui » s'il existe une procédure de moins de 5 ans. b. Répondre « oui » si les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.

4.30 Dépistage des MDRO*

Indicateurs
a. Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention de la transmission par dépistage des patients porteurs de MDRO. b. L'application des mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre « oui » s'il existe une procédure de moins de 5 ans. b. Répondre « oui » si les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.

4.31 Admission de patients porteurs MDRO connus*

Indicateur
a. Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention des infections liées à l'admission de patients porteurs MDRO connus. b. L'application des mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre « oui » si toutes les conditions suivantes sont remplies : ○ il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années définissant les interactions avec la gestion des admissions (programmées et urgences) ; et ○ cette procédure mentionne explicitement la nécessité, en cas d'admission de patient porteur MDRO connu ▪ de mettre immédiatement en place les précautions additionnelles ▪ d'informer l'équipe d'hygiène ET l'équipe soignante en charge du patient, au plus tard le jour ouvrable suivant l'admission. b. Répondre « oui » si les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.

4.32 Désinfection des endoscopes*

Indicateur
Il existe une procédure actualisée relative à la désinfection des endoscopes.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années relative à la désinfection des endoscopes.
Preuves à conserver
Procédure datée.

4.33 Désinfection des sondes échographiques endocavitaires*

Indicateur
a. Il existe une procédure actualisée relative à la désinfection des sondes échographiques endocavitaires. b. L'application des mesures de prévention a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années relative à la désinfection des sondes échographiques endocavitaires. b. Répondre « oui » si les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.

4.34 Prévention du risque tuberculose*

Indicateur
Il existe une démarche de prévention liée à la transmission du BK.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » si tous les éléments suivants sont réunis : ○ existence d'une procédure actualisée depuis moins de 5 ans ; ○ existence d'un document d'analyse de risques ; et ○ existence de liste(s) reprenant les accidents d'exposition du personnel et de patients à des cas de tuberculose contagieuse.
Preuves à conserver
Procédure, document d'analyse, listes.

4.35 Prévention du risque Creutzfeld Jacob Disease (CJD)*

Indicateur
Il existe une démarche de prévention du risque CJD.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années.
Preuves à conserver
Procédure datée.

4.36 Prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux*

Indicateur
Il existe une démarche de prévention du risque infectieux lié à la gestion des travaux.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée selon les recommandations du CSS et actualisé depuis moins de 5 ans.
Preuves à conserver
Procédure datée.

4.37 Environnement : surfaces et matériel non médical*

Indicateur
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…).
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années relative aux procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces et du matériel non médical.
Preuves à conserver
Procédure datée.

4.38 Environnement : matériel médical non critique*

Indicateur
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…).
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années relative au nettoyage et à la désinfection du matériel médical non critique.
Preuves à conserver
Procédure datée.

4.39 Environnement: eau chaude sanitaire*

Indicateur
Il existe un plan de gestion du risque lié à la distribution d'eau chaude à usage sanitaire.
Consignes de remplissage
Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années relative à la gestion de ce risque.
Preuves à conserver
Procédure datée.

4.40 Quartier opératoire et salles de techniques interventionnelles*

Indicateur
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. b. L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années qui concerne la prévention du risque infectieux au quartier opératoire et dans les salles de techniques interventionnelles. b. Répondre « oui » si les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement (check-list) ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.
NB : incluse ou pas dans le règlement d'ordre intérieur, pas d'application si pas de quartier opératoire et de salles de techniques interventionnelles.

4.41 Salle d'accouchement*

Indicateur
a. Il existe une procédure actualisée en ce qui concerne la prévention du risque infectieux en salle d'accouchement. b. L'application de cette procédure a fait l'objet d'un audit.
Consignes de remplissage
a. Répondre « oui » s'il existe une procédure actualisée dans les 5 dernières années, qui concerne la prévention du risque infectieux en salle d'accouchement. b. Répondre « oui » si les conditions suivantes sont remplies : ○ existence d'un protocole d'audit et d'un formulaire d'enregistrement (check-list) ; ○ réalisation d'un audit ; et ○ feedback des résultats de l'audit aux personnes et responsables en position de remédier aux problèmes identifiés.
Preuves à conserver
a. Procédure datée. b. Rapport d'audit, traces du feedback.
NB : incluse ou pas dans le règlement d'ordre intérieur ; pas d'application si pas de quartier d'accouchement.

5 Indicateur de processus : consommation de solution hydro-alcoolique

Indicateur
Consommation de solution hydro-alcoolique (a) par journée d'hospitalisation (b) a. Consommation totale (volume en litres) de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins dans l'hôpital. b. Nombre de journées d'hospitalisation.
Consignes de remplissage
Encoder séparément numérateur et dénominateur : a. Unités de soins = tous les services hospitaliers aigus. Les services suivants sont pris en considération: ○ soins intensifs, services intensifs de néonatologie, service de soins coronaires ; ○ services mixtes (index-H) ; ○ chirurgie, médecine, pédiatrie, maternité, néonatologie (index-n) ; ○ psychiatrie ; et ○ gériatrie et index- Sp pour autant que ces deux derniers services appartiennent physiquement à l'hôpital ou à la fusion. Cette définition exclut *de facto* la consommation dans les services ambulatoires / les hospitalisations de jour / le bloc opératoire, les services de kinésithérapie, d'ergothérapie, …. b. Dénominateur : nombre de journées d'hospitalisation comme défini dans les protocoles Siensano. (Doit correspondre aux services pris en compte au numérateur)
Preuves à conserver
Le document de facturation des commandes de solutions hydro-alcooliques pour les unités de soins via la pharmacie ou tout autre département en charge de ces commandes.