



INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LES HÔPITAUX AIGUS

RAPPORT ANNUEL 2017- DONNÉES 2016

AUTEURS

Els DUYSBURGH, MD, MPH, PhD
Sara DEQUEKER, RN, MSc
Laure MORTGAT, MD, MPH

INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LES HÔPITAUX AIGUS

RAPPORT ANNUEL 2017 - DONNÉES 2016

AUTEURS

Els DUYSBURGH, MD, MPH, PhD

Sara DEQUEKER, RN, MSc

Laure MORTGAT, MD, MPH

Le 1er avril 2018, l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) et le Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) fusionneront pour donner naissance à un nouveau centre fédéral de recherche: Sciensano.

Questions concernant les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière :

Els Duysburgh

E-mail : els.duysburgh@wiv-isp.be

Tél. : 02 642 57 44

Sara Dequeker

E-mail: sara.dequeker@wiv-isp.be

Nous tenons à remercier :

- les membres de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière, du Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC), en particulier le professeur Baudoin Byl (Président) et le professeur Annette Schuermans (vice-présidente)
- Xavier Pretlot, Cédric malache (service ICT WIV-ISP) pour leur appui technique, et
- Tadek Krzywania, et Marie-Joëlle Robberechts (WIV-ISP) pour la mise en page de ce rapport.

Ce rapport est disponible en ligne (ainsi que les rapports individuels des hôpitaux) sur le site

http://www.nsih.be/surv_iq/reports_fr.asp

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

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



BAPCOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP)

Direction Opérationnelle Santé publique et Surveillance

Service infections liées aux soins et antibiorésistance

Rue Juliette Wytsman 14 | 1050 Bruxelles | Belgique

www.nsih.be

Rédaction finale: Boudewijn Catry

Mars 2018

PHS Report 2016-017

N° ISSN : 2466-6750

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| 1. Introduction | 10 |
| 2. Objectifs | 11 |
| 3. Méthodologie | 12 |
| 3.1. Évaluation de la qualité de l'hygiène hospitalière dispensée | 12 |
| 3.1.1. Composition des scores de qualité HH | 12 |
| 3.1.2. Scores de qualité au niveau national, régional et de l'hôpital | 12 |
| 3.1.3. Indicateurs de processus et de résultats | 13 |
| 3.2. Collecte des données | 13 |
| 3.3. Analyse des données | 13 |
| 4. Résultats | 16 |
| 4.1. Résultats au niveau national et régional | 16 |
| 4.1.1. Indicateurs d'organisation | 16 |
| 4.1.2. Indicateurs de moyens | 18 |
| 4.1.3. Indicateurs d'activités | 22 |
| 4.1.4. Indicateurs de processus | 25 |
| 4.1.5. Indicateurs de résultats | 27 |
| 4.2. Résultats par hôpital | 29 |
| 5. Discussion | 31 |
| 6. Conclusions et recommandations | 34 |
| 7. Point de vue du SPF Santé publique et de BAPCOC | 35 |
| 8. Références | 36 |
| 9. Annexes | 37 |
| 9.1. Formulaire pour la collecte des données | 37 |
| 9.2. Formation en hygiène hospitalière organisée au niveau de l'hôpital | 39 |
| 9.3. Participation à des surveillances et audits autres que ceux mentionnés dans le questionnaire | 41 |
| 9.3.1. Participation à un autre système de surveillance local pour les bactéries multirésistantes/infections liées aux soins ? | 41 |
| 9.3.2. Participation à des audits locaux d'infections et/ou de processus de soins autres que ceux mentionnés dans le questionnaire en ce qui concerne l'hygiène hospitalière ? | 44 |
| 9.4. Nombre d'opportunités d'hygiène des mains qui ont été observées par hôpital en dehors de la campagne nationale sur l'hygiène des mains | 47 |
| 9.5. Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins de l'hôpital au cours de l'année complète | 48 |

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 de l'hygiène hospitalière en Belgique | 14 |
| Tableau 2 | Pourcentage d'hôpitaux avec un score « 1 » pour chaque indicateur d'organisation, au niveau national et régional, 2013-2016..... | 17 |
| Tableau 3 | Score de qualité médian pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité, 2013-2016 | 17 |
| Tableau 4 | Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau national et régional, 2013-2016..... | 19 |
| Tableau 5 | Pourcentage d'hôpitaux avec un score « 1 » pour chaque indicateur de moyens, au niveau national et régional, 2013-2016 | 20 |
| Tableau 6 | Score de qualité médian pour le groupe d'indicateurs de moyens dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité, 2013-2016..... | 21 |
| Tableau 7 | Pourcentage d'hôpitaux avec un score « 1 » pour chaque indicateur d'activités, au niveau national et régional, 2013-2016 | 23 |
| Tableau 8 | Score de qualité médian pour le groupe d'indicateurs d'activités dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité, 2013-2016..... | 24 |
| Tableau 9 | Consommation de solution hydro-alcoolique (en litres/1 000 journées d'hospitalisation) dans les unités de soins d'hôpitaux belges, 2013-2016..... | 25 |
| Tableau 10 | Respect des directives sur l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs, résultats post-campagne, Belgique, 2013-2017..... | 26 |
| Tableau 11 | Incidence des infections à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline associées à l'hôpital en Belgique et par région, 2013-2016 (voir http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_fr.asp) | 27 |
| Tableau 12 | Incidence par 10 000 journées d'hospitalisation des septicémies associées à un cathéter veineux central, en Belgique et par région, 2013-2016 | 28 |
| Tableau 13 | Scores de qualité de l'hygiène hospitalière par hôpital, Belgique, 2016 | 29 |
| 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 mentionnées dans le questionnaire, Belgique, 2016..... | 41 |
| Tableau 15 | Réponses individuelles des hôpitaux à la question de savoir si l'hôpital participe à un autre système de surveillance local pour les bactéries multirésistantes/infections liées aux soins, Belgique, 2016..... | 42 |
| Tableau 16 | Aperçu des réponses les plus fréquentes données par les hôpitaux à la question de savoir à quels audits ils participent en dehors de ceux mentionnés dans le questionnaire, Belgique, 2016 .. | 44 |
| Tableau 17 | Réponses individuelles des hôpitaux à la question de savoir si l'hôpital participe à un autre audit des infections et/ou processus de soins concernant l'hygiène hospitalière, Belgique, 2016 .. | 45 |

FIGURES

| | | |
|-------------------|--|----|
| Figure 1 | Indicateurs d'organisation : pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité au niveau national et régional, 2016 | 16 |
| Figure 2 | Indicateurs de moyens : pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité au niveau national et régional, 2016 | 18 |
| Figure 3 | Indicateurs d'activités : pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité au niveau national et régional, 2016 | 22 |
| Figure 4 | Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins des hôpitaux belges par région, 2013-2016 (B, Bruxelles ; F, Flandre ; W, Wallonie) | 26 |
| Figure 5 | Classement des hôpitaux selon le nombre d'heures de formation en hygiène hospitalière dispensées par nombre théorique d'ETP en HH, Belgique, 2016 (HH, hygiène hospitalière ; n, nombre) | 39 |
| Figure 6 | Classement des hôpitaux selon le nombre de participants à une formation en hygiène hospitalière organisée par l'équipe d'hygiène hospitalière par nombre théorique d'ETP en HH, Belgique, 2016 | 40 |
| Figure 7 | Classement des hôpitaux selon le nombre d'opportunités d'hygiène des mains observées en dehors de la campagne nationale sur l'hygiène des mains, Belgique, 2016 | 47 |
| Figure 8 | Classement des hôpitaux selon la consommation de litres de solution hydro-alcoolique par 1 000 journées d'hospitalisation, Belgique, 2016 | 48 |

ABRÉVIATIONS

| | |
|---------|--|
| AR | Arrêté royal |
| BAPCOC | Belgian antibiotic policy coordination committee |
| CLABS | <i>Central line associated bloodstream infections</i> |
| CPE | Carbapenemase producing Enterobacteriaceae |
| ETP | Equivalent temps plein |
| HH | Hygiène hospitalière |
| MRSA | Methicilline resistant <i>Staphylococcus aureus</i> |
| NSIH | <i>National Surveillance of Infections in Hospitals</i> |
| SPF | Service public fédéral |
| WIV-ISP | Wetenschappelijk instituut volksgezondheid - Institut scientifique de santé publique |

RÉSUMÉ

Informations générales

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

L'objectif général de ce projet relatif aux indicateurs de qualité HH est de définir, de hiérarchiser et de mettre en œuvre des stratégies et interventions de prévention des infections hospitalières afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux. Pour atteindre cet objectif général, trois objectifs spécifiques ont été établis : (1) une évaluation de la politique HH au niveau national ; (2) l'appréciation de la qualité HH au niveau de chaque hôpital et (3) l'amélioration de la qualité HH au niveau de l'hôpital.

Afin de satisfaire aux trois objectifs spécifiques susmentionnés, les données relatives aux indicateurs de qualité 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 HH individualisé par hôpital.

Ce rapport présente les résultats de la troisième collecte de données (données recueillies en 2017 portant sur l'année 2016).

Méthodologie

En 2016, les indicateurs de qualité HH n'ont pas été modifiés, de sorte que les indicateurs de qualité et les résultats de 2016 ont pu être comparés avec ceux de 2013 et 2015.

L'ensemble des indicateurs de qualité HH englobe 5 catégories : 1) les indicateurs d'organisation, (2) les indicateurs de moyens, (3) les indicateurs d'activités, (4) les indicateurs de processus et (5) les indicateurs de résultats. Chacune de ces catégories inclut à ses tours différents indicateurs individuels. Les trois premières catégories ont été utilisées pour composer et calculer des scores de qualité, pour lesquels médianes et proportions au niveau national et régional ont été calculées. Au niveau de l'hôpital, le score de qualité a été calculé par groupe d'indicateurs et la qualité a été définie comme faible, moyenne ou bonne. Les indicateurs de processus et de résultats n'ont pas été utilisés dans le calcul des scores de qualité et ont été analysés et présentés séparément.

Les données, recueillies par entité administrative/code d'agrément (« fusion ») et non pas par site, ont été mises en ligne en avril 2017 par les hôpitaux eux-mêmes dans une application Internet développée spécifiquement à cet effet (NSIHweb2). La liste du nombre d'équivalents temps plein (ETP) financés, médecins et/ou infirmiers/infirmières en HH, a été fournie par le service public fédéral (SPF) Santé publique. Pour la collecte des données d'un indicateur de processus et de deux indicateurs de résultats, il a été fait appel aux surveillances coordonnées par le wetenschappelijk instituut volksgezondheid - institut scientifique de santé publique (WIV-ISP).

Résultats

Au total, 104 hôpitaux ont enregistré des données relatives aux indicateurs de qualité pour 2016.

Globalement, les performances concernant les indicateurs d'organisation, de moyens et d'activités étaient très bonnes (0 %, 4 % et 3 % des hôpitaux présentaient respectivement un score faible pour ces catégories d'indicateurs).

En 2016, quelques améliorations importantes ont été constatées par rapport à 2015 :

- Augmentation du nombre d'hôpitaux qui ont au moins 1 infirmier/infirmière référent(e) en HH par service (82 % des hôpitaux en 2015, 91 % en 2016).
- Augmentation du nombre d'hôpitaux participant à la surveillance locale des infections aux soins intensifs (68 % en 2015, 72 % en 2016) et/ou la surveillance des infections du site opératoire (40 % en 2015, 50 % en 2016).

- Augmentation du nombre d'hôpitaux rapportant des audits de processus locaux : (1) hygiène des mains (79 % en 2015, 83 % en 2016), (2) cathéter veineux central (59 % en 2015, 72 % en 2016), (3) ventilation assistée (65 % en 2015, 67 % en 2016), (4) sondes urinaires (53 % en 2015, 66 % en 2016) et (5) prévention des infections du site opératoire (43 % en 2015, 44 % en 2016).
- Baisse de l'incidence des CLABSI (central line associated bloodstream infections) par 10 000 journées d'hospitalisation (2,2 en 2015 et 1,8 en 2016).

Les indicateurs relatifs à l'organisation d'audits de pratiques et d'activités 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.

Conclusions et recommandations

Les résultats du projet « indicateurs de qualité HH » montrent que la qualité du contrôle des infections en Belgique est très bonne. Cependant, il faut noter que le projet « indicateurs de qualité HH » ne mesure pas tous les aspects du contrôle des infections. Le projet utilise surtout des indicateurs input et process pour mesurer et évaluer la qualité de l'hygiène hospitalière. Cet ensemble d'indicateurs satisfait 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.

Recommandations relatives au projet « indicateurs de qualité » :

- Un contrôle de qualité externe (validation) des données recueillies pour le projet sur les indicateurs de qualité HH.
- L'intégration du projet sur les indicateurs de qualité HH dans un projet global visant à mesurer et à améliorer la qualité des soins au sein de l'hôpital.

Recommandations relatives à la qualité du contrôle des infections :

- Investiguer les raisons pour lesquelles la participation à une surveillance (locale et/ou nationale) des infections dans les unités de soins intensifs et des infections du site opératoire reste moindre et encourager la participation à ces surveillances.
- Investiguer les raisons pour lesquelles la participation aux audits de processus suivants est moindre et encourager la participation à ces audits :
 - la pose et les soins d'un cathéter veineux central
 - la ventilation assistée
 - la pose et les soins des cathéters urinaires
 - la prévention des infections postopératoires

1. 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'améliorer la prévention des risques d'infection au sein de l'hôpital. La plateforme fédérale d'hygiène hospitalière fait partie du Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC). Les hôpitaux belges 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) [1].

Le présent rapport fournit les résultats des données relatives aux indicateurs de qualité HH de 2016. Vous trouverez des rapports détaillés avec les résultats des deux précédentes collectes de données sur les indicateurs de qualité (données de 2013 et 2015) sur le site web de l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) : http://www.nsih.be/surv_iq/reports_fr.asp.

2. OBJECTIFS

L'objectif général de ce projet relatif aux indicateurs de qualité 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 de l'hygiène hospitalière au niveau de l'hôpital par l'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 de l'hygiène hospitalière au niveau de l'hôpital en encourageant les hôpitaux à enregistrer et améliorer leurs activités et leurs résultats.

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

- Objectif 1 : publication des scores de qualité agrégés au niveau national et régional¹.
- Objectif 2 : publication de scores de qualité par hôpital^{1,2}. Vous trouverez les scores totaux du groupe d'indicateurs dans le présent rapport. Vous trouverez les scores détaillés via <https://nsihreports.wiv-isp.be/>.
- Objectif 3 : la mise à disposition pour chaque hôpital d'un rapport de qualité HH individualisé (voir <https://nsihreports.wiv-isp.be/>).

Ce rapport inclut, pour les données recueillies en 2016, les scores de qualité au niveau national et régional, ainsi que les scores de qualité par hôpital. Pour les scores au niveau national et régional, les résultats de 2013 et 2015 sont également fournis à titre de comparaison.

¹ En raison de l'absence de valeur de référence, les indicateurs de processus et de résultats ne sont pas utilisés dans le calcul du score de qualité.

² Les indicateurs de résultats ne sont pas rapportés par hôpital.

3. MÉTHODOLOGIE

La plateforme fédérale d'hygiène hospitalière a décidé, pour 2016, de ne pas modifier le protocole relatif aux indicateurs de qualité HH, afin que les scores de qualité et les résultats puissent être comparés avec ceux de 2013 et 2015.

3.1. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DISPENSÉE

La plateforme fédérale d'hygiène hospitalière a sélectionné et défini un ensemble d'indicateurs en collaboration avec le WIV-ISP afin de mesurer et de suivre la qualité de l'HH dispensée. Cet ensemble d'indicateurs se divise en cinq groupes :

1. indicateurs d'organisation,
2. indicateurs de moyens,
3. indicateurs d'activités,
4. indicateurs de processus, et
5. indicateurs de résultats.

Chacun de ces cinq groupes d'indicateurs englobe plusieurs indicateurs individuels. Vous trouverez une description détaillée dans le cahier des charges (voir http://www.nsih.be/download/IQ/QI_cahier%20des%20charges_2016_v2.pdf).

La qualité de l'HH est rapportée en utilisant des scores de qualité agrégés, ainsi que des données par indicateur individuel. Les rapports sont présentés tant au niveau national et régional qu'au niveau de l'hôpital³.

3.1.1. Composition des scores de qualité HH

Les indicateurs des groupes d'indicateurs d'organisation, de moyens et d'activités sont utilisés pour la composition et le calcul d'un score de qualité HH⁴. Vous trouverez une vue d'ensemble des indicateurs qui sont utilisés à cet effet, l'échelle des scores ainsi que la méthode de calcul des scores dans le tableau 1. À l'exception de deux indicateurs, tous ces indicateurs sont des variables dichotomiques qui ont pour réponse « oui » ou « non ». Ces indicateurs se voient attribuer un score « 1 » si la réponse est « oui » et « 0 » si la réponse est « non ». Les deux indicateurs non dichotomiques ont une valeur numérique continue. Ils se voient attribuer un score « 1 » si la valeur est supérieure à la médiane nationale qui a été trouvée pour cet indicateur en 2013 (année de référence). Pour chacun des trois groupes d'indicateurs, un score total correspondant à la somme des valeurs des indicateurs individuels (1 ou 0) qui appartiennent à ce groupe est calculé. Ce score permet de définir le niveau de qualité fournie comme faible, moyen ou bon (voir tableau 1).

3.1.2. Scores de qualité au niveau national, régional et de l'hôpital

Les scores de qualité sont rapportés au niveau national, régional ainsi qu'au niveau de l'hôpital.

Au niveau national et régional, sont présentés le score de qualité médian de tous les hôpitaux par groupe d'indicateurs, ainsi que la proportion (pourcentage) d'hôpitaux qui ont obtenu un score « 1 » pour chaque indicateur individuel. Nous avons en outre calculé la proportion d'hôpitaux par niveau de qualité « faible », « moyen » et « bon ».

Au niveau de l'hôpital, le score de qualité a été calculé par groupe d'indicateurs et le niveau de qualité a été défini comme faible, moyen ou bon. Les résultats des indicateurs individuels par hôpital sont disponibles sur le site web (voir <https://nsihreports.wiv-isp.be/>).

³ Le reporting au niveau de l'hôpital est exécuté par numéro d'agrément

⁴ En raison de l'absence de valeur de référence, les indicateurs de processus et de résultats ne sont pas utilisés dans le calcul du score de qualité.

3.1.3. Indicateurs de processus et de résultats

Deux indicateurs de processus et deux indicateurs de résultats ont été sélectionnés en vue de faire un suivi de la qualité HH (voir cahier des charges http://www.nsih.be/download/IQ/QI_cahier%20des%20charges_2016_v2.pdf) :

Indicateurs de processus :

- consommation totale de solution hydro-alcoolique
- respect des directives sur l'hygiène des mains (conformité) dans les unités de soins intensifs, comme mesuré lors de la campagne nationale sur l'hygiène des mains

Indicateurs de résultats :

- incidence des infections à *Staphylococcus aureus* (Staphylocoque doré) résistant à la méthicilline associées à l'hôpital
- incidence des septicémies associées à un cathéter veineux central (dans l'ensemble de l'hôpital)

Les indicateurs de processus et de résultats ne sont pas utilisés dans le calcul des scores de qualité HH mais les résultats sont présentés séparément pour chaque indicateur. Pour l'indicateur « consommation totale de solution hydro-alcoolique », les résultats sont publiés tant au niveau de l'hôpital qu'au niveau national et régional. Pour les trois autres indicateurs, seuls les résultats au niveau national et régional sont disponibles.

3.2. COLLECTE DES DONNÉES

Dans l'annexe (voir annexe 9.1), vous trouverez le formulaire qui a été utilisé pour la collecte des données. Le cahier des charges (http://www.nsih.be/download/IQ/QI_cahier%20des%20charges_2016_v2.pdf) contient les définitions des indicateurs, les instructions pour la collecte et la saisie des données ainsi que la description des pièces justificatives à conserver. Les données de 2016 ont été mises en ligne en avril 2017 par les hôpitaux dans une application Internet développée spécifiquement à cet effet (NSIHweb2).

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 d'équivalents temps plein (ETP) financés dans les hôpitaux belges, médecins et/ou infirmiers/infirmières en HH, a été fournie par le service public fédéral (SPF) Santé publique

Les données pour un indicateur de processus (« le respect des directives sur l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs lors de la campagne nationale sur l'hygiène des mains ») et pour les deux indicateurs de résultats (« incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline associées aux soins » et « incidence des septicémies associées à un cathéter veineux central (dans l'ensemble de l'hôpital) ») ont été recueillies par le biais des surveillances coordonnées par le WIV-ISP concernant ces sujets.

3.3. ANALYSE DES DONNÉES

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé STATA 14.1. (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

Tableau 1 | Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière utilisés dans le calcul d'un score de qualité et dans la mesure de la qualité de l'hygiène hospitalière en Belgique

| Groupe d'indicateurs et indicateurs (code d'indicateur correspondant tel que mentionné dans le cahier des charges et le formulaire d'enregistrement) | | Nombre d'indicateurs par groupe | Échelle du score de qualité | Calcul des scores de qualité |
|--|---|---|--|--|
| 1. Indicateurs d'organisation | | | | |
| 1. (O.1.a) Présence d'un plan stratégique global en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité HH | 6 | 6 | Score de qualité du groupe d'indicateurs : maximum 6 - minimum 0 Classement par classe de qualité : • Faible score <4 • Moyen score 4-5 • Bon score 6-7 | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score « 1 » si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non » ou « inconnu ». • Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe. |
| 2. (O.1.b) Si oui : plan stratégique global intégré dans le plan stratégique de l'hôpital | | | | |
| 3. (O.2) Nombre de réunions annuelles du comité HH ≥ 4 | | | | |
| 4. (O.3) Plan d'action annuel détaillé en HH | | | | |
| 5. (O.4) Présence d'un rapport annuel en HH | | | | |
| 6. (O.5) Au moins un infirmier-hygiéniste membre du cadre infirmier intermédiaire | | | | |
| 2. Indicateurs de moyens | | | | |
| 1. (M.1) Nombre effectif de médecins en HH $\geq 90\%$ du nombre théorique | 7 | (5 indicateurs dichotomiques et 2 indicateurs numériques) | Score de qualité du groupe d'indicateurs : maximum 7 - minimum 0 Classement par classe de qualité : • Faible score <4 • Moyen score 4-5 • Bon score 6-7 | <ul style="list-style-type: none"> • Pour les indicateurs dichotomiques : chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score « 1 » si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non » ou « inconnu ». • Pour les indicateurs numériques (2 derniers indicateurs dans la 1ère colonne) : chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score « 1 » si la valeur était supérieure ou égale à la médiane au niveau national de cet indicateur en 2013 et un score « 0 » si ce n'était pas le cas. • Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe. |
| 2. (M.2) Nombre effectif d'infirmiers/infirmières en HH $\geq 90\%$ du nombre théorique | | | | |
| 3. (M.3) Présence de référents en HH | | | | |
| 4. (M.4) Au moins 1 référent par unité de soins intensifs | | | | |
| 5. (M.5) Au moins 1 référent par unité/service | | | | |
| 6. (M.6.a) Nombre total d'heures de formation en HH dispensées par l'équipe HH au personnel de l'hôpital par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers/infirmières) | | | | |
| 7. (M.6.b) Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers/infirmières) | | | | |

| Groupe d'indicateurs et indicateurs (code d'indicateur correspondant tel que mentionné dans le cahier des charges et le formulaire d'enregistrement) | Nombre d'indicateurs par groupe | Échelle du score de qualité | Calcul des scores de qualité |
|--|---------------------------------|--|--|
| <p>3. Indicateurs d'activités</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (A.1) Participation de la direction aux réunions du comité HH 2. (A.2) Participation d'au moins un membre de l'équipe HH aux réunions de la Plateforme régionale d'hygiène hospitalière <p>Participation aux surveillances organisées au niveau de l'hôpital (surveillance locale) et au niveau national (10 indicateurs) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. (A.3.a) MRSA (surveillance locale) 4. (A.3.b) MRSA (surveillance nationale) 5. (A.4.a) Septicémies (surveillance locale) 6. (A.4.b) Septicémies (surveillance nationale) 7. (A.5.a) Bactéries à Gram négatif multirésistantes (surveillance locale) 8. (A.5.b) Bactéries à Gram négatif multirésistantes (surveillance nationale) 9. (A.6) Infections à Clostridium difficile toxigène (surveillance locale et/ou nationale) 10. (A.7) Infections dans les unités de soins intensifs (surveillance locale et/ou nationale) 11. (A.8) Infections du site opératoire (surveillance locale et/ou nationale) 12. (A.9) Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale et/ou nationale) <p>Présence d'un système d'avertissement (1 indicateur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. (A.11) Présence d'une collaboration formalisée entre le laboratoire et l'équipe HH en soutien de la politique HH <p>Présence d'audits organisés localement en lien avec (6 indicateurs) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. (A.12.a) Hygiène des mains 15. (A.12.b) L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains 16. (A.13) Pose et soins d'un cathéter veineux central 17. (A.14) Ventilation assistée 18. (A.15) Pose et soins de cathéters urinaires 19. (A.16) Prévention des infections postopératoires <p>Participation à des campagnes nationales (1 indicateur) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. (A.18) Campagne nationale pour l'hygiène des mains | 20 | <p>Score de qualité du groupe d'indicateurs : maximum 20 - minimum 0</p> <p>Classement par classe de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible score < 13 • Moyen score 13-15 • Bon score >= 16 | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque indicateur individuel s'est vu attribuer un score « 1 » si la réponse était « oui » et « 0 » si la réponse était « non » ou « inconnu ». • Le score de qualité du groupe d'indicateurs est la somme des résultats des indicateurs individuels faisant partie de ce groupe. |

ETP, équivalent temps plein ; HH, hygiène hospitalière ; MRSA, Methicilline résistant Staphylococcus aureus

4. RÉSULTATS

Vous trouverez ici les scores de qualité agrégés au niveau national et régional, ainsi que les scores de qualité par hôpital. Pour ces derniers, seuls les scores totaux par groupe d'indicateurs sont présentés dans ce rapport. Les résultats des indicateurs individuels par hôpital sont disponibles sur le site web du NSIH (National Surveillance of Infections in Hospitals) via <https://nsihreports.wiv-isp.be/>.

4.1. RÉSULTATS AU NIVEAU NATIONAL ET RÉGIONAL

Cent quatre hôpitaux (identifiés par leur numéro d'agrément) ont enregistré des données relatives aux indicateurs de qualité pour 2016 : 12 hôpitaux à Bruxelles, 55 hôpitaux en Flandre et 37 hôpitaux en Wallonie.

4.1.1. Indicateurs d'organisation

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

Comme en 2015, les scores dans ce groupe sont très élevés (tableau 2 et 3 et figure 1). En comparaison avec 2015, les résultats sont aussi relativement identiques. Le seul indicateur dans ce groupe qui enregistre un score plus faible tant au niveau national que dans chacune des trois régions est l'intégration d'un plan HH stratégique dans le plan stratégique de l'hôpital (tableau 2 et 3).

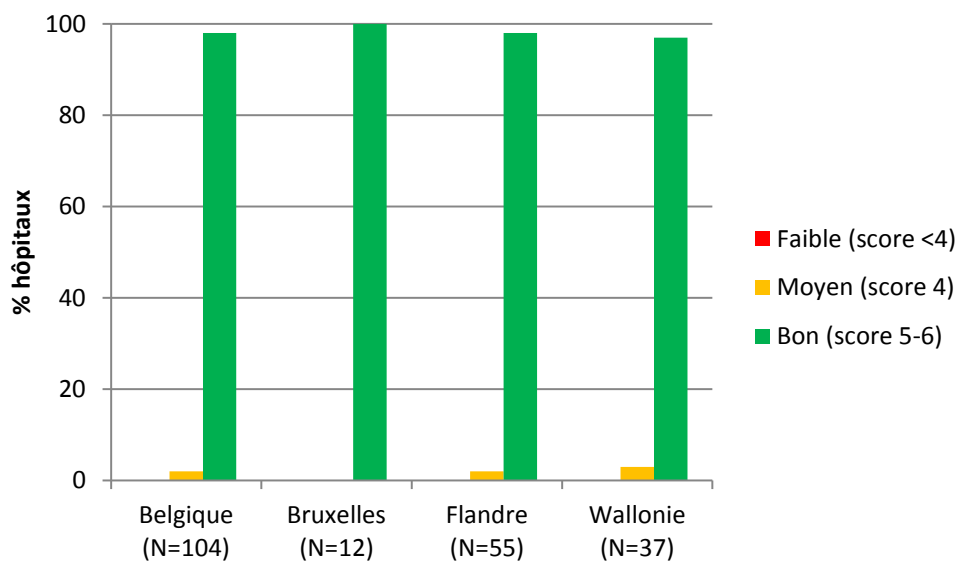


Figure 1 | Indicateurs d'organisation : pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité au niveau national et régional, 2016

Tableau 2 | Pourcentage d'hôpitaux avec un score « 1 » pour chaque indicateur d'organisation, au niveau national et régional, 2013-2016

| Code | Indicateur | Description | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|--------------------------|--|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) |
| O.1.a | Présence d'un plan stratégique global en HH à long terme (3-5 ans) approuvé par le comité HH | | 79 | 97 | 100 | 67 | 83 | 100 | 93 | 100 | 100 | 63 | 97 | 100 |
| O.1.b | Si oui : plan stratégique global intégré dans le plan stratégique de l'hôpital | | 39 | 70 | 79 | 25 | 67 | 83 | 56 | 76 | 87 | 21 | 62 | 65 |
| O.2 | Nombre de réunions annuelles du comité HH ≥4 | | 93 | 100 | 99 | 100 | 100 | 100 | 89 | 100 | 98 | 97 | 100 | 100 |
| O.3 | Plan d'action annuel détaillé en HH | | 87 | 97 | 99 | 67 | 92 | 100 | 96 | 100 | 100 | 79 | 95 | 97 |
| O.4 | Présence d'un rapport annuel en HH | | 87 | 100 | 99 | 75 | 100 | 92 | 96 | 100 | 100 | 76 | 100 | 100 |
| O.5 | Au moins un infirmier-hygiéniste membre du cadre infirmier intermédiaire | | 88 | 94 | 95 | 67 | 100 | 100 | 89 | 91 | 95 | 92 | 97 | 95 |
| Pourcentage moyen | | | 79 | 93 | 95 | 67 | 90 | 96 | 86 | 94 | 97 | 71 | 92 | 93 |

HH, hygiène hospitalière ; n, nombre d'hôpitaux

Tableau 3 | Score de qualité médian pour le groupe d'indicateurs d'organisation dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité, 2013-2016

| Score de qualité médian (min.=0 – max.=6) | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) |
| Pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité | | | | | | | | | | | | |
| Faible (score <4) | 15 | 1 | 0 | 33 | 8 | 0 | 7 | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 |
| Moyen (score 4) | 17 | 4 | 2 | 25 | 8 | 0 | 9 | 2 | 2 | 26 | 5 | 3 |
| Bon (score 5-6) | 67 | 95 | 98 | 42 | 83 | 100 | 83 | 98 | 98 | 53 | 95 | 97 |

n, nombre d'hôpitaux

4.1.2. Indicateurs de moyens

Le groupe d'indicateurs de moyens contient 7 indicateurs individuels (tableau 1).

Les résultats de 2016 au niveau national et régional sont également comparables aux résultats de 2015 pour ce groupe d'indicateurs (tableau 5 et 6). La plupart des hôpitaux ont un score de qualité élevé pour ce groupe (figure 2). Nous constatons entre autres que plus de 9 hôpitaux sur 10 ont au moins 1 infirmier/infirmière référent(e) en HH par service (tableau 5).

Les deux derniers indicateurs du tableau 5 révèlent que, depuis 2013, le nombre de formations en HH dispensées au niveau de l'hôpital par l'équipe HH et le nombre de participants à ces formations n'ont pratiquement pas changé. D'autre part, nous observons une grande variabilité entre les hôpitaux en ce qui concerne le nombre de formations en HH et de participants (voir tableau 4 et annexe 9.2). Les graphiques dans l'annexe 9.2 permettent aux hôpitaux de déterminer leur classement en ce qui concerne les heures de formations en HH et le nombre de participants à ces formations.

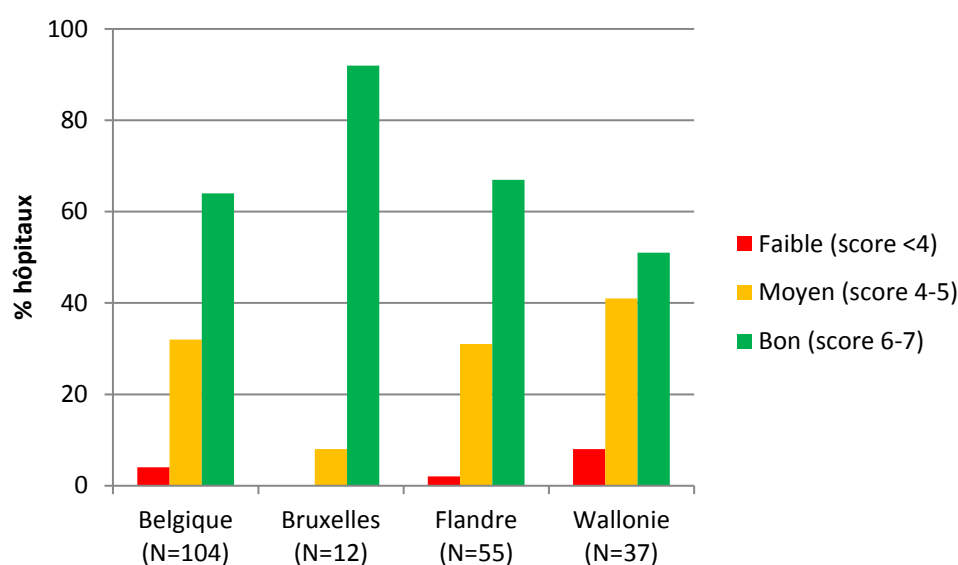


Figure 2 | Indicateurs de moyens : pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité au niveau national et régional, 2016

Tableau 4 | Médiane et percentile 25 et 75 pour les deux indicateurs numériques appartenant au groupe d'indicateurs de moyens, au niveau national et régional, 2013-2016

| Indicateur Code | Description | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|--------------------|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) |
| M.6.a | Nombre total d'heures de formation en HH dispensées par l'équipe HH au personnel de l'hôpital par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers/infirmières) | 15 (9-32) | 22 (13-36) | 21 (12-34) | 32 (20-144) | 35 (23-36) | 31 (26-38) | 12 (9-28) | 19 (11-41) | 19 (12-30) | 17 (11-26) | 20 (13-28) | 19 (12-33) |
| M.6.b | Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers/infirmières) | 191 (96-289) | 237 (140-365) | 239 (135-402) | 279 (192-362) | 250 (160-393) | 360 (241-443) | 193 (111-318) | 266 (152-384) | 311 (143-497) | 175 (61-265) | 205 (105-313) | 147 (99-238) |

ETP, équivalent temps plein ; HH, hygiène hospitalière ; n, nombre d'hôpitaux ; P, percentile

Tableau 5 | Pourcentage d'hôpitaux avec un score « 1 » pour chaque indicateur de moyens, au niveau national et régional, 2013-2016

| Indicateur Code | Description | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|--------------------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) |
| M.1 | Nombre effectif de médecins en HH \geq 90 % du nombre théorique | 81 | 87 | 89 | 75 | 83 | 75 | 87 | 91 | 96 | 74 | 84 | 84 |
| M.2 | Nombre effectif d'infirmiers/infirmières en HH \geq 90 % du nombre théorique | 92 | 91 | 90 | 92 | 92 | 92 | 98 | 96 | 98 | 84 | 84 | 78 |
| M.3 | Présence de référents en HH | 90 | 96 | 99 | 92 | 92 | 100 | 85 | 94 | 98 | 97 | 100 | 100 |
| M.4 | Au moins 1 référent par unité de soins intensifs | 81 | 92 | 98 | 75 | 92 | 100 | 72 | 87 | 96 | 95 | 100 | 100 |
| M.5 | Au moins 1 référent par unité/service | 65 | 82 | 91 | 75 | 83 | 100 | 57 | 76 | 87 | 74 | 89 | 95 |
| M.6.a | Nombre total d'heures de formation en HH dispensées par l'équipe HH au personnel de l'hôpital par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers/infirmières) \geq à la médiane au niveau national de cet indicateur en 2013 | 50 | 63 | 61 | 83 | 92 | 100 | 41 | 54 | 55 | 53 | 68 | 58 |
| M.6.b | Nombre de participants à ces formations par nombre théorique d'ETP en HH (médecins et infirmiers/infirmières) \geq à la médiane au niveau national de cet indicateur en 2013 | 50 | 59 | 61 | 75 | 67 | 83 | 50 | 63 | 67 | 42 | 51 | 43 |
| Pourcentage moyen | | 73 | 82 | 84 | 81 | 86 | 93 | 70 | 80 | 85 | 74 | 82 | 80 |

ETP, équivalent temps plein ; HH, hygiène hospitalière ; n, nombre d'hôpitaux ; P, percentile

4.1.3. Indicateurs d'activités

Le groupe d'indicateurs d'activités contient 20 indicateurs individuels (tableau 1).

Pour ce groupe également, les scores de qualité sont élevés et comparables aux résultats de 2015 (tableau 7 et 8 et figure 3). Les indicateurs les moins bons dans ce groupe sont les indicateurs relatifs à l'organisation d'audits de pratiques et d'activités en termes d'HH et les indicateurs relatifs au suivi des infections aux soins intensifs et des infections du site opératoire. Les résultats pour ces indicateurs restent toutefois meilleurs qu'en 2015.

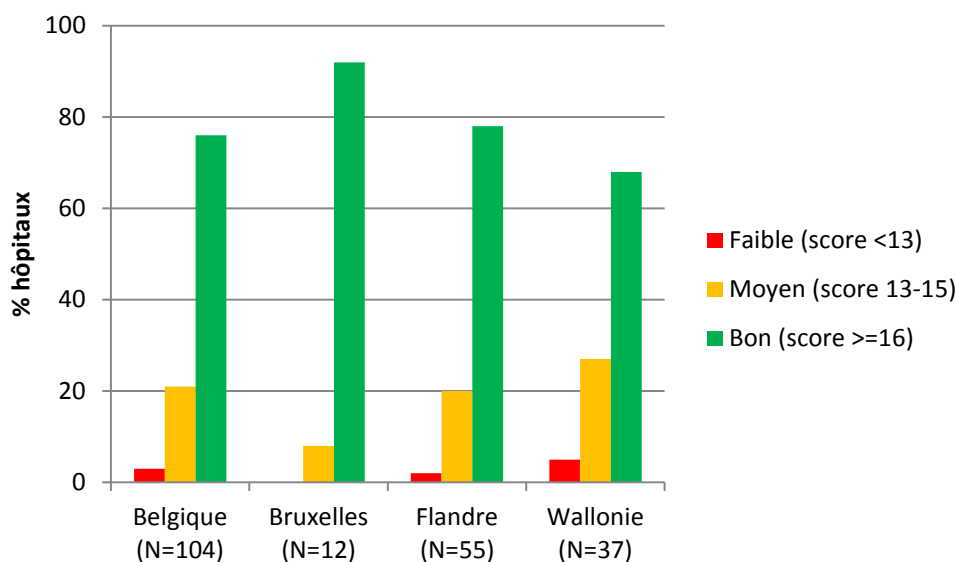


Figure 3 | Indicateurs d'activités : pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité au niveau national et régional, 2016

Des questions ouvertes ont également été posées à propos de l'organisation et de la participation à des surveillances et audits autres que ceux mentionnés dans le questionnaire. Les réponses à ces questions ne sont pas utilisées dans la composition du score de qualité mais vous trouverez un aperçu détaillé des réponses à ces questions dans l'annexe 9.3.

Vous trouverez dans l'annexe 9.4 le nombre d'opportunités d'hygiène des mains observées par hôpital hors campagne nationale sur l'hygiène des mains au cours de l'année complète.

Tableau 7 | Pourcentage d'hôpitaux avec un score « 1 » pour chaque indicateur d'activités, au niveau national et régional, 2013-2016

| Indicateur Code | Description | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|---|--|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) |
| A.1 | Participation de la direction aux réunions du comité HH | 95 | 94 | 97 | 100 | 100 | 100 | 93 | 91 | 95 | 97 | 97 | 100 |
| A.2 | Participation d'au moins un membre de l'équipe HH aux réunions de la Plateforme régionale d'hygiène hospitalière | 96 | 93 | 92 | 92 | 100 | 83 | 96 | 89 | 89 | 97 | 97 | 100 |
| Participation aux surveillances organisées au niveau de l'hôpital (surveillance locale) et au niveau national (10 indicateurs) : | | | | | | | | | | | | | |
| A.3.a | MRSA (surveillance locale) | 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 97 | 100 | 100 |
| A.3.b | MRSA (surveillance nationale) | 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 97 | 100 | 100 |
| A.4.a | Septicémies (surveillance locale) | 90 | 100 | 100 | 92 | 100 | 100 | 89 | 100 | 100 | 92 | 100 | 100 |
| A.4.b | Septicémies (surveillance nationale) | 85 | 99 | 99 | 92 | 100 | 100 | 83 | 100 | 100 | 84 | 97 | 97 |
| A.5.a | Bactéries à Gram négatif multirésistantes (surveillance locale) | 88 | 100 | 100 | 92 | 100 | 100 | 91 | 100 | 100 | 84 | 100 | 100 |
| A.5.b | Bactéries à Gram négatif multirésistantes (surveillance nationale) | 71 | 99 | 100 | 75 | 100 | 100 | 80 | 100 | 100 | 58 | 97 | 100 |
| A.6 | Infections à Clostridium difficile toxigène (surveillance locale et/ou nationale) | 97 | 97 | 98 | 92 | 100 | 100 | 100 | 98 | 100 | 95 | 95 | 95 |
| A.7 | Infections dans les unités de soins intensifs (surveillance locale et/ou nationale) | 53 | 68 | 72 | 42 | 58 | 75 | 69 | 83 | 85 | 34 | 49 | 51 |
| A.8 | Infections du site opératoire (surveillance locale et/ou nationale) | 18 | 40 | 50 | 50 | 58 | 67 | 19 | 50 | 58 | 8 | 19 | 32 |
| A.9 | Entérocoques résistants à la vancomycine (surveillance locale et/ou nationale) | 69 | 94 | 96 | 67 | 100 | 100 | 67 | 94 | 95 | 74 | 92 | 97 |

| Indicateur Code | Description | Belgique | | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------|
| | | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) | |
| Présence d'un système d'avertissement (1 indicateur) : | | | | | | | | | | | | | | |
| A.11 | Présence d'une collaboration formalisée entre le laboratoire et l'équipe HH en soutien de la politique HH | 97 | 98 | 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 97 | 97 |
| Présence d'audits organisés localement en lien avec (6 indicateurs) : | | | | | | | | | | | | | | |
| A.12.a | Hygiène des mains | 47 | 79 | 83 | 42 | 67 | 100 | 63 | 89 | 84 | 26 | 68 | 76 | 76 |
| A.12.b | L'hôpital rapporte au moins 150 opportunités d'hygiène des mains | 39 | 56 | 74 | 33 | 67 | 100 | 54 | 65 | 76 | 21 | 41 | 62 | 62 |
| A.13 | Pose et soins d'un cathéter veineux central | 35 | 59 | 72 | 33 | 58 | 67 | 39 | 54 | 69 | 29 | 68 | 78 | 78 |
| A.14 | Ventilation assistée | 56 | 65 | 67 | 42 | 42 | 42 | 67 | 76 | 80 | 45 | 57 | 57 | 57 |
| A.15 | Pose et soins de cathéters urinaires | 19 | 53 | 66 | 17 | 67 | 58 | 22 | 39 | 58 | 16 | 70 | 81 | 81 |
| A.16 | Prévention des infections postopératoires | 18 | 43 | 44 | 33 | 58 | 67 | 22 | 46 | 44 | 8 | 32 | 38 | 38 |
| Participation à des campagnes nationales (1 indicateur) : | | | | | | | | | | | | | | |
| A.18 | Campagne nationale pour l'hygiène des mains | 94 | 95 | 96 | 92 | 100 | 100 | 96 | 98 | 96 | 92 | 89 | 95 | 95 |
| Pourcentage moyen | | 68 | 82 | 85 | 69 | 84 | 88 | 72 | 84 | 86 | 62 | 78 | 83 | 83 |

ETP, équivalent temps plein ; HH, hygiène hospitalière ; MRSA, Méthicilline résistant Staphylococcus aureus ; n, nombre d'hôpitaux

Tableau 8 | Score de qualité médian pour le groupe d'indicateurs d'activités dans les hôpitaux belges et pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité, 2013-2016

| | Belgique | | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|
| | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) | |
| Score de qualité médian (min.=0 – max.=20) | 14 | 17 | 17 | 14 | 17 | 17 | 15 | 17 | 18 | 12.5 | 16 | 17 | |
| Pourcentage d'hôpitaux par niveau de qualité | | | | | | | | | | | | | |
| Faible (score <13) | 36 | 6 | 3 | 25 | 0 | 0 | 28 | 2 | 2 | 50 | 14 | 5 | |
| Moyen (score 13-15) | 37 | 26 | 21 | 42 | 17 | 8 | 33 | 28 | 20 | 39 | 27 | 27 | |
| Bon (score >=16) | 28 | 68 | 76 | 33 | 83 | 92 | 39 | 70 | 78 | 11 | 59 | 68 | |

n, nombre d'hôpitaux

4.1.4. Indicateurs de processus

Comme mentionné dans la méthodologie, ces indicateurs ne sont pas utilisés dans le calcul des scores de qualité HH agrégés. Pour l'indicateur « consommation totale de solution hydro-alcoolique », les résultats sont publiés au niveau national, régional (voir ce rapport) et par hôpital individuel (voir <https://nsihreports.wiv-isp.be/>). Pour l'indicateur relatif au « respect des directives sur l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs », seuls les résultats nationaux sont disponibles.

Consommation totale de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins de l'hôpital au cours de l'année complète

Au niveau national et régional, la consommation moyenne de solution hydro-alcoolique depuis 2013 est relativement stable. On observe toutefois des différences entre les régions. Ainsi, en 2016, la consommation d'alcool par 1 000 journées d'hospitalisation dans les hôpitaux bruxellois était supérieure de plus de 10 litres à celle enregistrée dans les hôpitaux wallons (tableau 9 et figure 4). Le diagramme en boîte révèle en outre un écart important dans la consommation de solution hydro-alcoolique entre les hôpitaux (figure 4). Dans l'annexe 9.5, vous trouverez un graphique avec la consommation de solution hydro-alcoolique par hôpital. Ce graphique permet aux hôpitaux de déterminer leur classement en ce qui concerne la consommation de solution hydro-alcoolique en comparaison avec d'autres hôpitaux.

Tableau 9 | Consommation de solution hydro-alcoolique (en litres/1 000 journées d'hospitalisation) dans les unités de soins d'hôpitaux belges, 2013-2016

| | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2013 (n=104) | 2015 (n=103) | 2016 (n=104) | 2013 (n=12) | 2015 (n=12) | 2016 (n=12) | 2013 (n=54) | 2015 (n=54) | 2016 (n=55) | 2013 (n=38) | 2015 (n=37) | 2016 (n=37) |
| consommation de solution hydro-alcoolique, médiane | 20,4 | 21,3 | 22,3 | 30,4 | 25,1 | 30,7 | 18,5 | 21,6 | 23,5 | 20,8 | 19,6 | 17,4 |

n, nombres d'hôpitaux

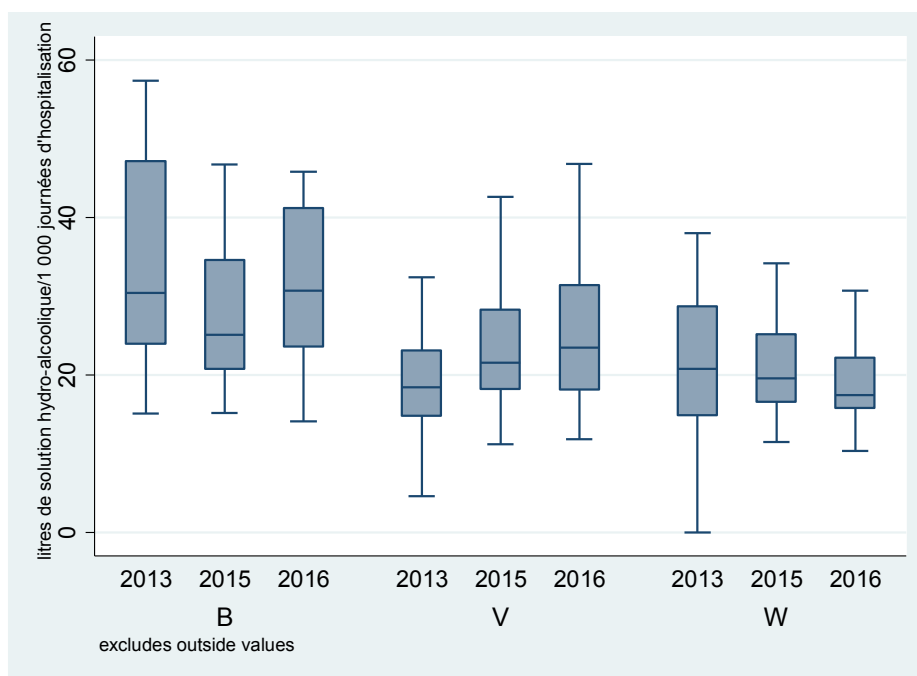


Figure 4 | Consommation de solution hydro-alcoolique dans les unités de soins des hôpitaux belges par région, 2013-2016 (B, Bruxelles ; F, Flandre ; W, Wallonie)

Respect des directives sur l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs, comme mesuré pendant la campagne nationale sur l'hygiène des mains

Les résultats des campagnes nationales sur l'hygiène des mains de 2013 à 2017 pour le respect des directives sur l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs sont présentés dans le tableau 10 [2,3].

Tableau 10 | Respect des directives sur l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs, résultats post-campagne, Belgique, 2013-2017

| | 2013 (n=114) | 2015 (n=136) | 2016-2017 (n=109) |
|--|--------------|--------------|-------------------|
| moyenne des pourcentages pour la conformité aux directives d'hygiène des mains | 77,8 | 80,6 | 79,3 |

n, nombres des unités de soins intensifs observées

4.1.5. Indicateurs de résultats

Les deux indicateurs de résultats qui font partie du projet « indicateurs de qualité HH » ne sont pas utilisés dans le calcul des scores de qualité HH agrégés. Pour les deux indicateurs, seuls les résultats nationaux et régionaux sont publiés.

Incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline associées à l'hôpital

Les données pour cet indicateur sont issues de la surveillance MRSA (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) coordonnée par le WIV-ISP (voir http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_fr.asp). L'incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline associées à l'hôpital en 2016 a diminué par rapport à 2013 (tableau 11).

Tableau 11 | Incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline associées à l'hôpital⁵ en Belgique et par région, 2013-2016 (voir http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_fr.asp)

| | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|-----------------------|----------|------|------|-----------|------|------|---------|------|------|----------|------|------|
| | 2013 | 2015 | 2016 | 2013 | 2015 | 2016 | 2013 | 2015 | 2016 | 2013 | 2015 | 2016 |
| MRSA/1 000 admissions | 1,1 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 1,8 | 1,5 | 1,4 |

MRSA, methicillin resistant *Staphylococcus aureus*

Incidence des septicémies associées à l'hôpital associées à un cathéter veineux central (dans l'ensemble de l'hôpital)

Les données pour cet indicateur sont issues de la surveillance des septicémies dans les hôpitaux belges coordonnée par le WIV-ISP [4].

Les septicémies associées au cathéter veineux central sont catégorisées en « confirmée » (suspicion clinique que le cathéter veineux central est la cause de la septicémie avec confirmation microbiologique), « probable » (suspicion clinique sans confirmation microbiologique) et « possible » (septicémie non secondaire à une infection à un autre endroit du corps – origine « inconnue » dans la surveillance – mais cathéter central veineux présent dans les 2 jours précédant la septicémie).

De 2013 à 2016, l'incidence des CLABSI (central line-associated bloodstream infections - septicémies associées à un cathéter veineux central), en considérant les trois classifications, a baissé pour toute la Belgique de 2,1 CLABSI/10 000 journées d'hospitalisation à 1,8 CLABSI/10 000 journées d'hospitalisation. Cette baisse est statistiquement significative (rapport des taux d'incidence : 0,86 avec un IC 95% [0,76-0,97]) (tableau 12). Au niveau régional, nous observons également une baisse à Bruxelles et en Wallonie, tandis que l'incidence en Flandre reste quasiment identique.

⁵ Pour le calcul de cette incidence, seuls les échantillons pris à des fins de diagnostic en présence de signes cliniques sont pris en compte. Les échantillons de dépistage ne sont donc pas inclus.

Tableau 12 | Incidence par 10 000 journées d'hospitalisation des septicémies associées à un cathéter veineux central, en Belgique et par région, 2013-2016

| | Belgique | | | Bruxelles | | | Flandre | | | Wallonie | | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2013 | 2015 | 2016 | 2013 | 2015 | 2016 | 2013 | 2015 | 2016 | 2013 | 2015 | 2016 |
| CLABSI confirmées | 0,8 | 0,9 | 0,7 | 1,2 | 1,3 | 1,0 | 0,7 | 0,9 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,7 |
| CLABSI probables | 0,6 | 0,8 | 0,6 | 0,9 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,9 | 0,7 | 0,5 | 0,4 | 0,4 |
| CLABSI possibles | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 1,0 | 0,7 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,7 | 0,6 | 0,5 |
| Total CLABSI | 2,1 | 2,2 | 1,8 | 3,2 | 2,8 | 2,0 | 1,7 | 2,2 | 1,8 | 2,0 | 1,8 | 1,6 |

CLABSI, *central line-associated bloodstream infection*

4.2. RÉSULTATS PAR HÔPITAL

Les scores de qualité totaux par hôpital pour les trois groupes d'indicateurs sont très bons (tableau 13). Plus de la moitié des hôpitaux affichent un score élevé pour les trois groupes d'indicateurs. Pour le groupe d'indicateurs « organisation », aucun hôpital n'enregistre un score faible et, pour les groupes d'indicateurs « moyens » et « activités », seuls quelques hôpitaux affichent un score faible.

Tableau 13 | Scores de qualité de l'hygiène hospitalière par hôpital, Belgique, 2016

| Code postal | Endroit | Hôpital | Score organisation (max 6) | Score moyens (max 7) | Score activités (max 20) |
|-------------|--------------|--|----------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1000 | BRUSSELS | INSTITUT JULES BORDET | 6 | 7 | 18 |
| 1000 | BRUSSELS | CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST.-PIERRE | 6 | 7 | 18 |
| 1000 | BRUSSELS | KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN | 6 | 5 | 20 |
| 1020 | BRUSSELS | CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN | 6 | 7 | 17 |
| 1020 | BRUSSELS | HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA (HUDERF) | 6 | 7 | 17 |
| 1040 | BRUSSELS | HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID | 6 | 6 | 17 |
| 1070 | BRUSSELS | CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL (SARE) | 5 | 6 | 16 |
| 1070 | BRUSSELS | C.H.U. BRUXELLES - HOPITAL ERASME | 5 | 7 | 17 |
| 1090 | BRUSSELS | UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL | 6 | 7 | 19 |
| 1180 | BRUSSELS | C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL | 6 | 6 | 15 |
| 1180 | BRUSSELS | EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE | 6 | 6 | 17 |
| 1200 | BRUSSELS | CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC | 5 | 7 | 20 |
| 1340 | OTTIGNIES | CLINIQUE SAINT PIERRE | 6 | 7 | 18 |
| 1400 | NIVELLES | CENTRE HOSPITALIER TUBIZE - NIVELLES | 5 | 6 | 17 |
| 1500 | HALLE | A.Z. SINT-MARIA | 6 | 7 | 19 |
| 1602 | VLEZENBEEK | REVALIDATIEZIEKENHUIS INKENDAAL | 6 | 6 | 17 |
| 1800 | VILVOORDE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE | 6 | 4 | 13 |
| 2060 | ANTWERPEN | ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN | 6 | 5 | 20 |
| 2100 | DEURNE | A.Z. MONICA | 6 | 5 | 16 |
| 2200 | HERENTALS | ALGEMEEN ZIEKENHUIS HERENTALS | 6 | 5 | 19 |
| 2300 | TURNHOUT | ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT | 6 | 7 | 18 |
| 2390 | MALLE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF | 6 | 7 | 19 |
| 2400 | MOL | HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W. | 6 | 3 | 15 |
| 2440 | GEEL | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA | 5 | 5 | 16 |
| 2500 | LIER | HEILIG HART ZIEKENHUIS VzW | 6 | 5 | 18 |
| 2610 | WILRIJK | GZA- ZIEKENHUIZEN | 5 | 7 | 20 |
| 2650 | EDEGEM | UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN | 6 | 7 | 20 |
| 2800 | MECHELEN | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN | 6 | 5 | 15 |
| 2820 | BONHEIDEN | IMELDA ZIEKENHUIS | 6 | 7 | 19 |
| 2840 | REET | ALGEMEEN ZIEKENHUIS HEILIGE FAMILIE | 5 | 4 | 17 |
| 2880 | BORNEM | SINT-JOZEFKLINIEK | 6 | 6 | 15 |
| 2930 | BRASSCHAAT | ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W. | 6 | 7 | 17 |
| 3000 | LEUVEN | REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART | 6 | 7 | 17 |
| 3000 | LEUVEN | UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L. | 6 | 6 | 20 |
| 3290 | DIEST | ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST | 6 | 5 | 19 |
| 3300 | TIENEN | REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART TIENEN | 6 | 7 | 13 |
| 3500 | HASSELT | JESSAZIEKENHUIS | 6 | 7 | 20 |
| 3550 | HEUSDEN | ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS | 6 | 6 | 15 |
| 3600 | GENK | ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG | 5 | 6 | 20 |
| 3680 | MAASEIK | ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN | 6 | 6 | 12 |
| 3700 | TONGEREN | ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS | 6 | 6 | 18 |
| 3800 | SINT-TRUIDEN | ST. TRUDO ZIEKENHUIS | 6 | 6 | 19 |
| 3900 | OVERPELT | MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG | 6 | 7 | 20 |
| 4000 | LIEGE | CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN | 6 | 7 | 15 |
| 4000 | LIEGE | CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE | 5 | 5 | 17 |
| 4000 | LIEGE | CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE | 6 | 6 | 18 |
| 4000 | ROCOURT | CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN | 6 | 7 | 18 |
| 4020 | LIEGE | ISOsL- CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR - PERI | 6 | 3 | 15 |
| 4040 | HERSTAL | CLINIQUE ANDRE RENARD | 5 | 5 | 14 |
| 4100 | SERAING | CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE | 6 | 5 | 18 |
| 4500 | HUY | CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY | 5 | 3 | 13 |
| 4700 | EUPEN | ST.-NIKOLAUS HOSPITAL | 6 | 5 | 13 |
| 4780 | SANKT-VITH | KLINIK ST.-JOSEF | 6 | 3 | 13 |

| Code postal | Endroit | Hôpital | Score organisation (max 6) | Score moyens (max 7) | Score activités (max 20) |
|-------------|---------------------|---|----------------------------|----------------------|--------------------------|
| 4800 | VERVIERS | CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE VERVIERS | 6 | 5 | 15 |
| 4960 | MALMEDY | CLINIQUE REINE ASTRID | 5 | 4 | 12 |
| 5000 | NAMUR | CHU UCL NAMUR | 5 | 6 | 14 |
| 5000 | NAMUR | CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE | 5 | 5 | 19 |
| 5004 | BOUGE | CLINIQUE ST.-LUC | 6 | 7 | 18 |
| 5060 | AUVELAIS | CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE | 4 | 4 | 16 |
| 5500 | DINANT | CHU UCL NAMUR | 5 | 4 | 12 |
| 5530 | MONT-GODINNE | CHU UCL NAMUR | 6 | 5 | 16 |
| 6000 | CHARLEROI | GRAND HOPITAL DE CHARLEROI | 6 | 4 | 20 |
| 6041 | GOSELIES | CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE | 6 | 6 | 19 |
| 6042 | LODELINSART | C.H.U. DE CHARLEROI | 6 | 7 | 19 |
| 6110 | MONTIGNY-LE-TILLEUL | C. H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE | 6 | 7 | 18 |
| 6460 | CHIMAY | CENTRE DE SANTE DES FAGNES | 6 | 5 | 14 |
| 6700 | ARLON | VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG | 6 | 7 | 20 |
| 6800 | LIBRAMONT | VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE | 6 | 5 | 15 |
| 6900 | MARCHE-EN-FAMENNE | VIVALIA - INSTITUT FAMENNE-ARDENNE-CONDROZ | 6 | 6 | 18 |
| 7000 | MONS | CHR MONS - HAINAUT | 5 | 5 | 16 |
| 7000 | MONS | C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE | 6 | 6 | 19 |
| 7060 | SOIGNIES | CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE | 5 | 7 | 16 |
| 7100 | LA LOUVIERE | CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI | 5 | 7 | 19 |
| 7100 | HAINE-SAINT-PAUL | CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT | 5 | 7 | 20 |
| 7301 | HORNU | CENTRE HOSPITALIER EPICURA | 5 | 7 | 16 |
| 7500 | TOURNAI | CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi | 6 | 5 | 19 |
| 7700 | MOUSCRON | CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON | 6 | 7 | 18 |
| 7800 | ATH | CENTRE HOSPITALIER EPICURA | 5 | 6 | 16 |
| 8000 | BRUGGE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE | 5 | 7 | 15 |
| 8300 | KNOKKE-HEIST | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ZENO | 6 | 7 | 16 |
| 8310 | BRUGGE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS | 4 | 7 | 19 |
| 8400 | OOSTENDE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN | 6 | 7 | 16 |
| 8500 | KORTRIJK | ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE | 6 | 7 | 19 |
| 8630 | VEURNE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. AUGUSTINUS | 5 | 5 | 15 |
| 8700 | TIELT | ST.-ANDRIESZIEKENHUIS | 5 | 7 | 17 |
| 8790 | WAREGEM | O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM | 6 | 7 | 20 |
| 8800 | ROESELARE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA | 5 | 6 | 16 |
| 8820 | TORHOUT | ST.-REMBERTZIEKENHUIS V.Z.W. | 6 | 6 | 14 |
| 8870 | IZEGEM | ST.-JOZEFSKLINIEK Vzww | 6 | 7 | 17 |
| 8900 | IEPER | JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzww | 6 | 6 | 18 |
| 9000 | GENT | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS | 6 | 7 | 13 |
| 9000 | GENT | ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN | 5 | 5 | 18 |
| 9000 | GENT | UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT | 6 | 7 | 18 |
| 9000 | GENT | ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES | 6 | 6 | 20 |
| 9100 | SINT-NIKLAAS | ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS | 6 | 5 | 18 |
| 9160 | LOKEREN | ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN | 6 | 5 | 15 |
| 9200 | DENDERMONDE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIVS | 6 | 5 | 18 |
| 9300 | AALST | ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS | 6 | 7 | 17 |
| 9300 | AALST | ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS | 6 | 6 | 18 |
| 9600 | RONSE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX | 6 | 6 | 16 |
| 9620 | ZOTTEGEM | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH | 6 | 6 | 19 |
| 9700 | OUDENAARDE | ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENAARDE | 6 | 5 | 18 |
| 9800 | DEINZE | ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS | 6 | 5 | 17 |
| 9900 | EEKLO | ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA | 6 | 4 | 16 |

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

 faible  moyen  bon

5. DISCUSSION

En 2013, 2015 et 2016, nous avons utilisé le même ensemble d'indicateurs pour l'évaluation de la qualité de l'hygiène hospitalière, afin de permettre une comparaison des résultats de 2016 avec les deux évaluations précédentes.

Les résultats de 2016 sont comparables à ceux de 2015, ce qui se reflète dans les scores totaux des trois groupes d'indicateurs au niveau national. Ces scores s'élevaient à 95 % pour 2016 et 93 % pour 2015 pour le groupe d'indicateurs d'organisation, à respectivement 84 % et 82 % pour le groupe d'indicateurs de moyens et à respectivement 85 % et 82 % pour le groupe d'indicateurs d'activités. Les indicateurs d'organisation et de moyens peuvent être considérés comme des indicateurs *input* et les indicateurs d'activités comme des indicateurs *process*.

Par rapport à 2015, nous observons que les indicateurs qui affichaient déjà des scores élevés enregistrent toujours des scores élevés et que les indicateurs moins performants affichent aussi des résultats plus faibles en 2016. Le fait que les scores de tous les indicateurs plus faibles se sont améliorés par rapport à 2015 constitue toutefois un élément positif. Pour ces indicateurs, nous trouvons à présent les résultats suivants :

- le score pour « l'intégration du plan HH stratégique dans le plan stratégique global de l'hôpital » est passé de 70 % à 79 %,
- le score pour l'exécution d'une surveillance (locale et/ou nationale) des infections dans les unités de soins intensifs est passé de 68 % à 72 % et le score des infections du site opératoire est passé de 40 % à 50 %,
- les scores pour l'exécution de tous les audits faisant l'objet d'une mesure ont également augmenté. Le score est passé de 79 % à 83 % pour l'audit sur l'hygiène des mains, de 59 % à 72 % pour l'audit sur la pose et les soins des cathéters veineux centraux, de 65 % à 67 % pour l'audit de la ventilation assistée, de 53 % à 66 % pour l'audit sur la pose et les soins des cathéters urinaires et de 43 % à 44 % pour l'audit de prévention des infections postopératoires.

Si nous comparons les résultats de ces indicateurs en 2016 avec les constatations de 2013, nous observons une amélioration des scores encore plus significative. Nous pouvons supposer que la mise en œuvre du projet « indicateur de qualité HH » et la sensibilisation dans ce domaine ont eu un impact sur l'amélioration de ces scores.

Comme en 2015, les scores de 2016 pour les indicateurs d'organisation et de moyens (indicateurs *input*) sont excellents. Pour le groupe d'indicateurs d'organisation, aucun des 104 hôpitaux n'a enregistré un score faible, pour le groupe d'indicateurs de moyens, 4 hôpitaux sur 104 enregistrent un score faible. Les scores élevés pour le groupe d'indicateurs d'organisation et pour différents indicateurs dans le groupe d'indicateurs d'activités peuvent s'expliquer en partie par le fait que ces indicateurs renvoient aux obligations légales en matière de politique d'hygiène hospitalière [1].

Deux indicateurs de résultats (*output*) ont été repris dans le projet « indicateurs de qualité HH » ; (1) incidence des infections MRSA symptomatiques associées à l'hôpital, et (2) incidence des CLABSI associées à l'hôpital. En comparaison avec 2013, nous observons une amélioration au niveau national et régional de ces deux indicateurs. Cependant, les données de cette étude ne permettent pas de démontrer la présence d'un lien causal entre l'amélioration des résultats d'indicateurs *input* et *process* dans le cadre du projet « indicateurs de qualité HH » et les résultats d'indicateurs de résultats. Pour l'incidence des MRSA, cette tendance à la baisse s'observe déjà depuis 2013 [5], ce qui nous laisse supposer que l'impact du projet relatif aux indicateurs de qualité ne constitue pas la cause (principale) de cette baisse.

Cependant, comme cela ressort clairement des trois objectifs spécifiques du projet relatif aux indicateurs de qualité, l'objectif de ce projet est de mesurer la qualité du contrôle des infections et à cette fin, l'utilisation exclusive d'indicateurs *input* et *process* est suffisante. Ces indicateurs donnent une vue d'ensemble de la présence ou non des conditions nécessaires pour réduire au maximum les infections liées aux soins et sont donc des indicateurs proxy pour la diminution du nombre d'infections liées aux soins [6,7].

Si l'objectif du projet « indicateurs de qualité HH » consistait toutefois à vérifier si ce projet avait un impact sur la prévention des infections et la qualité générale des soins à l'hôpital, plus spécifiquement sur la réduction du nombre d'infections liées aux soins, il faudrait aussi utiliser et mesurer des indicateurs output et, dans ce cas, l'étude/la collecte des données devrait également être organisée différemment (par exemple, une étude de cas/contrôle).

Limitaties

Le projet relatif aux indicateurs de qualité HH présente les limitations suivantes :

1. Validation des données

Les données d'indicateurs fournies par les hôpitaux n'ont pas été validées. La nécessité d'une validation des données était déjà mentionnée dans l'étude de faisabilité pour ce projet et dans les deux rapports précédents [8].

2. Choix des indicateurs

Le projet « indicateurs de qualité HH » contient principalement des indicateurs *input* et *process*. Cela permet d'évaluer l'hygiène hospitalière en répondant à cette question: « les tâches concernant l'HH ont-elles été exécutées ou non ? ». Toutefois, la qualité d'exécution de ces tâches et l'impact sur le contrôle des infections et la qualité générale des soins au sein de l'hôpital ne sont pas évalués par le projet relatif aux indicateurs de qualité HH. En raison de la collecte de données utilisée, les résultats des deux indicateurs de résultats ne peuvent pas être liés sur le plan méthodologique aux changements au niveau des résultats des indicateurs *input* et *process*.

Une autre réflexion concernant le choix des indicateurs porte sur la constatation que, pour 2015 et 2016, la plupart des hôpitaux présentent des scores d'indicateurs de qualité élevés. Cela signifie-t-il que ces hôpitaux réalisent un contrôle parfait des infections ou que les indicateurs utilisés sont trop généraux et ne permettent donc pas de mesurer la différence entre un contrôle des infections bon et moins bon ? Le nombre d'indicateurs collectés dans le cadre de ce projet est limité. Ces scores ne couvrent donc pas l'entièreté des tâches relatives à l'HH. Différents indicateurs renvoient également à des obligations légales en matière de contrôle des infections [1], de sorte que l'on peut s'attendre à des scores élevés pour ces indicateurs. On peut en outre se demander si l'utilisation d'un nombre limité d'indicateurs pourrait inciter les équipes HH à se concentrer principalement sur l'amélioration de ces indicateurs et peut-être à délaissier d'autres domaines dans le contrôle des infections.

Cependant, la nouvelle collecte de données mise en place par la Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière et qui débute en 2017, a été élargie en accordant une attention particulière aux indicateurs portant sur les audits de processus. Ceci afin d'étendre la portée de la collecte des données et l'impact sur le contrôle des infections.

On peut également se demander si l'utilisation d'un ensemble d'indicateurs (avec ou sans l'utilisation de scores de qualité) est la meilleure manière de mesurer et d'améliorer la qualité des soins [9]. La valeur des audits/reviews internes d'un « incident médical (*adverse event*) » comme instrument pour la mesure, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins a été démontrée dans d'autres disciplines de soins [10,11] et pourrait également s'avérer utile dans la mesure et l'amélioration de l'hygiène hospitalière (p. ex. review étendue des septicémies associées à l'hôpital). Les études à ce sujet font néanmoins défaut. Les audits/reviews internes d'événements médicaux avec un résultat positif pourraient également se révéler utiles pour l'amélioration des soins. Mais ici aussi, des études dans la littérature évaluée par des pairs font défaut et des recherches supplémentaires sont nécessaires.

Nouvelle collecte de données

La Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière a décidé en 2016 d'adapter la collecte des données pour 2017. Les objectifs et les indicateurs de la nouvelle collecte de données sont décrits en détail dans le cahier des charges (voir http://www.nsih.be/download/IQ/2017_cahier_des_charges_IQ_finaleV1.pdf).

L'objectif général de cette collecte de données est d'améliorer la qualité du programme de prévention des infections dans les établissements de soins aigus en utilisant des indicateurs liés aux priorités définies par les instances consultatives et scientifiques, à savoir : le Conseil Supérieur de la Santé, la Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière du BAPCOC et la *Belgian Infection Control Society*.

Le nouvel ensemble contient tous les indicateurs historiques (utilisés en 2013, 2015 et 2016) complétés par un nouveau groupe d'indicateurs définis pour 3 ans. Le nouvel ensemble d'indicateurs accorde davantage d'importance aux indicateurs portant sur les audits de processus.

Autres initiatives relatives à la qualité des soins dans les hôpitaux belges

Ces dix dernières années, on a observé en Belgique une croissance notable du nombre d'initiatives liées à la mesure et à l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux. Cette sensibilisation et l'accent mis sur l'importance de la qualité des soins représentent une évolution très positive dans la politique de soins générale. Une coordination de ces initiatives est toutefois indispensable. Outre le projet « indicateurs de qualité HH », il y a en Belgique différentes initiatives qui se concentrent sur la qualité générale des soins dans les hôpitaux, coordonnées par les pouvoirs publics (PAQS, P4Q, VIP2)⁶ ou exécutées par des organisations privées (JCI, Magnet, NIAZ)⁷. Ces initiatives sont organisées de manière indépendante les unes des autres, ce qui ne profite pas à l'efficacité de la politique de soins (p. ex. pour ces différents projets, les hôpitaux doivent encoder les mêmes données pour des indicateurs différents portant sur les mêmes problématiques). L'intégration de toutes ces initiatives dans un projet global de qualité des soins semble donc défendable [12]. Des préoccupations grandissantes apparaissent d'ailleurs quant à la charge de travail importante que représente la multiplicité des initiatives et projets sur la qualité des soins pour le personnel hospitalier, sans pour autant améliorer la qualité des soins [9,13,14]. À ce jour, la littérature ne contient que très peu de preuves de l'amélioration effective de la qualité de soins grâce à la mesure de la qualité, telle qu'organisée par ces organisations [15-17].

Le choix de la Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière pour juger et suivre la qualité du contrôle des infections par l'utilisation de l'ensemble d'indicateurs décrits dans ce rapport semble toutefois l'approche la plus adéquate, au vu des connaissances actuelles en matière de mesure et d'amélioration de la qualité du contrôle des infections [6,7].

⁶ PAQS : Projet wallon d'indicateurs, voir <https://www.paqs.be/fr-BE/Accueil.aspx>; P4Q (pay for quality) : Projet fédéral d'indicateurs ; VIP2 : Projet flamand d'indicateurs, voir <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-algemene-ziekenhuizen>

⁷ JCI (Joint Commission International), voir <https://www.jointcommissioninternational.org/about/> ; Magnet, voir <http://www.nursecredentialing.org/Magnet> ; NIAZ (Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen), voir <https://www.niaz.nl/>

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les résultats du projet « indicateurs de qualité HH » montrent que la qualité du contrôle des infections en Belgique est très bonne. Cependant, il est clair que le projet « indicateurs de qualité HH » ne mesure pas tous les aspects du contrôle des infections. Le projet utilise surtout les indicateurs *input* et *process* pour mesurer et évaluer la qualité de l'hygiène hospitalière. Cet ensemble d'indicateurs satisfait 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.

Recommandations

Recommandations relatives au projet « indicateurs de qualité » :

- Un contrôle de qualité externe (validation) des données recueillies pour le projet sur les indicateurs de qualité HH.
- L'intégration du projet sur les indicateurs de qualité HH dans un projet global visant à mesurer et améliorer la qualité des soins au sein de l'hôpital, afin de diminuer la charge de travail du personnel en termes de collecte de données et d'améliorer l'efficacité de la mesure de la qualité des soins.
- Sélectionner un ensemble restreint d'indicateurs qui fournissent une évaluation aussi correcte que possible des principaux aspects du contrôle des infections et de la qualité de la prévention des infections au sein de l'hôpital. Concernant le choix de ces indicateurs, il est important que ceux-ci soient suffisamment sensibles pour détecter toute amélioration et différence dans la qualité du contrôle des infections ainsi que pour identifier les performances plus faibles. Des recherches supplémentaires sont nécessaires à cette fin.
- Envisager l'utilisation d'une autre approche que l'utilisation d'indicateurs quantitatifs pour la mesure et l'amélioration de la qualité des soins ainsi que la prévention des infections au sein de l'hôpital. Par exemple, organiser systématiquement des audits/reviews internes d'incidents relatifs au contrôle des infections.

Recommandations relatives à la qualité du contrôle des infections :

- Investiguer pourquoi la participation à une surveillance (locale et/ou nationale) des infections dans les unités de soins intensifs et des infections du site opératoire reste moindre et encourager la participation à ces surveillances.
- Investiguer pourquoi la participation aux audits de processus suivants est moindre et encourager la participation à ces audits :
 - la pose et les soins d'un cathéter veineux central
 - la ventilation assistée
 - la pose et les soins de cathéters urinaires
 - la prévention des infections postopératoires

7. POINT DE VUE DU SPF SANTÉ PUBLIQUE ET DE BAPCO⁸

Pour le SPF Santé publique et BAPCO, le projet Indicateur de qualité en hygiène hospitalière vient soutenir et compléter les programmes de prévention et de contrôle des infections associées aux soins mis en œuvre dans les hôpitaux généraux. La construction de ce set d'indicateurs s'inscrit en effet 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 projet permet tout d'abord d'évaluer l'impact 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'évaluer l'utilisation des moyens financiers accordés, l'engagement et les efforts institutionnels réalisés dans le domaine de la lutte contre les infections liées aux soins. Enfin, il vise 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. Les domaines ciblés et la méthodologie proposée s'appuient sur les bonnes pratiques relevées dans la littérature scientifique.

Selon les résultats livrés ici par l'Institut Scientifique de Santé publique (WIV-ISP), les progrès observés depuis 2013 sont encourageants. Mais pour aller encore plus loin, la plateforme fédérale en hygiène hospitalière de BAPCO et le WIV-ISP préparent conjointement le déploiement, au cours d'un cycle de trois ans, d'un set élargi d'indicateurs pondérés. Ceci permettra de sonder de nouveaux domaines devenus, à ce stade de maturation des programmes d'hygiène hospitalière, prioritaires. Ainsi, l'évaluation portera de façon tangible sur la stratégie globale de prévention développée avec la direction au sein de chaque institution.

Par ailleurs, la Direction générale des soins de santé du SPF Santé publique souhaite que le projet Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière devienne un outil plus dynamique et plus robuste de l'évaluation de la politique nationale de lutte contre les infections associées aux soins. Car dans ce domaine, la Belgique a mis en place un vaste système de surveillances, coordonné par le WIV-ISP. Proposer des protocoles d'étude pertinents et améliorer la convivialité des outils font donc partie des objectifs intrinsèques, dans le but ultime d'atteindre un taux de participation maximal et une déclaration exhaustive des cas. Se rapportant plus spécifiquement à ce projet, il s'agira également de vérifier la fiabilité des données déclarées par les hôpitaux, au travers d'audits, de croisements avec des données existantes et d'autres mécanismes de validation, en collaboration avec les entités fédérées et les autorités fédérales concernées par la qualité des soins. Enfin, il s'agira de traduire les observations faites dans le cadre de ce projet en propositions concrètes et opérationnelles, capables d'orienter judicieusement la politique en la matière.

Les spécialistes en hygiène hospitalière portent l'essentiel de l'implémentation des programmes de prévention et de contrôle des infections associées aux soins. Par la mesure du degré de mise en œuvre de ces programmes, la Direction générale des soins de santé a les moyens d'apprécier les résultats obtenus depuis 2013. De cette façon, il peut également soutenir les hôpitaux, les inciter à s'aligner sur les objectifs nationaux et contribuer à l'amélioration de la gestion des risques infectieux dans l'ensemble des hôpitaux généraux belges.

⁸ Fourni et rédigé par le SPF Santé publique et BAPCO

8. RÉFÉRENCES

- (1) Etat belge. C-2015/24034, Moniteur Belge - Belgisch Staatsblad 27.01.2015 Article 5, §2. 2015. <http://www.nsih.be/download/CDIF/Arrete%20Royal%202015.xps>
- (2) Fonguh S. Résultats de la 5ème campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains. 2013. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public health. http://www.nsih.be/download/national%20results%20campagne%202013_FR.pdf
- (3) Fonguh S, Catry B. Résultats de la 6e campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux 2014 - 2015. 2015. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public health. http://www.nsih.be/surv_hh/download/Résultats%20nationaux%202014-2015.pdf
- (4) Duysburgh E, Lambert ML. Surveillance of Bloodstream Infections in Belgian Hospitals (report 2017). 2017. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public health. http://www.nsih.be/surv_sep/docs/SEP_Rapport_2017.pdf
- (5) Jans B. Surveillance des bactéries résistantes aux antibiotiques dans les hôpitaux belges: Rapport annuel 2015. 2017. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public health. http://www.nsih.be/download/MRSA/MRSA_ESBL_CPE_Y2015/RAPPORT_AMR_Y2015_FR.pdf
- (6) NICE. Infection prevention and control Quality Standard. 2014. UK, National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs61/resources/infection-prevention-and-control-pdf-2098782603205>
- (7) CDC. Infection control - guidelines library. Online source assessed Dec 2017. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/index.html>
- (8) NSIH website. Quality indicator reports. Brussels, Belgium, Scientific Institute for Public health; accessed Oct 2017 http://www.nsih.be/surv_iq/reports_fr.asp
- (9) de Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van D, V, Westert G: Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2009, 21: 119-129.
- (10) Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traore M, Haddad S, Fraser WD: Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE): a cluster-randomised trial. *Lancet* 2013, 382: 146-157.
- (11) Tuncalp O, Souza JP: Maternal near-miss audits to improve quality of care. *BJOG* 2014, 121 Suppl 4: 102-104.
- (12) Shaw CD: Accreditation in European health care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006, 32: 266-275.
- (13) Poortmans J. Onderzoek: Zorgkwaliteit in ziekenhuizen, Driemaal daags een pijnschaal. *De Groene Amsterdammer*, 22. 2016. <https://www.groene.nl/artikel/driemaal-daags-eeen-pijnschaal>
- (14) GP access UK. Hospital accreditation to end - in Denmark. 2015. GP access UK. <http://gpaccess.uk/news/hospital-accreditation-to-end-in-denmark/>
- (15) Goode CJ, Blegen MA, Park SH, Vaughn T, Spetz J: Comparison of patient outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm* 2011, 41: 517-523.
- (16) Lichtman JH, Jones SB, Wang Y, Watanabe E, Leifheit-Limson E, Goldstein LB: Outcomes after ischemic stroke for hospitals with and without Joint Commission-certified primary stroke centers. *Neurology* 2011, 76: 1976-1982.
- (17) 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. *Int J Qual Health Care* 2014, 26 Suppl 1: 100-107.

9. ANNEXES

9.1. 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 d'enregistrement de la participation). 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. | | |
| 1. INDICATEURS D'ORGANISATION. | | |
| I.O.1.a | Présence d'un plan stratégique général à long terme (3-5 ans) en hygiène hospitalière approuvé par le comité d'hygiène hospitalière | O Oui O Non O Inconnu |
| I.O.1.b | Si oui : inclus dans le plan stratégique de l'hôpital | O Oui O Non O Inconnu |
| I.O.2 | Nombre de réunions du comité en hygiène hospitalière | _ _ |
| I.O.3 | Présence d'un plan d'action annuel détaillé en hygiène hospitalière | O Oui O Non O Inconnu |
| I.O.4 | Présence d'un rapport annuel en hygiène hospitalière | O Oui O Non O Inconnu |
| I.O.5 | Au moins un(e) Infirmier(e) hygiéniste membre du staff cadre infirmier intermédiaire | O Oui O Non O Inconnu |
| 2. INDICATEURS DE MOYENS | | |
| I.M.1 | Nombre EFFECTIF de médecins en hygiène hospitalière (en équivalents temps plein - ETP) pour l'ensemble des hôpitaux d'une même fusion (le cas échéant) | _ , _ _ |
| I.M.2 | Nombre EFFECTIF d'infirmier(e)s en hygiène hospitalière dans votre hôpital (ETP) pour l'ensemble des hôpitaux d'une même fusion (le cas échéant) | _ , _ _ |
| I.M.3 | Présence de référents en hygiène hospitalière | O Oui O Non O Inconnu |
| I.M.4.a | Si oui : nombre de référents en hygiène hospitalière dans les unités de soins intensifs (USI) | _ _ |
| I.M.4.b | Nombre d'unités de soins intensifs dans l'hôpital | _ _ |
| I.M.5.a | Nombre total de référents en hygiène hospitalière dans les services dirigés par un infirmier en chef (y compris USI) | _ _ |
| I.M.5.b | Nombre de services dirigés par un infirmier en chef dans l'hôpital (y compris 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 | _ _ _ |
| I.M.6.b | Nombre total de participants à ces formations en hygiène hospitalière | _ _ _ |
| 3. INDICATEURS D'ACTIONS | | |
| I.A.1 | Participation de la direction aux réunions du comité d'hygiène hospitalière. (A chaque réunion présence d'au moins une personne de la direction : directeur, médecin chef, ou chef du département infirmier) | O Oui O Non O Inconnu |
| I.A.2 | Participation de l'équipe d'hygiène hospitalière aux réunions de la plateforme régionale en hygiène hospitalière (présence d'au moins un membre de l'équipe d'hygiène hospitalière de l'hôpital à chaque réunion) | O Oui O Non O Inconnu |
| Présence d'un système local de surveillance pour.... | | |
| I.A.3.a | MRSA | O Oui O Non O Inconnu |
| I.A.3.b | Si oui : participation à la surveillance nationale (NSIH) | O Oui O Non O Inconnu |
| I.A.4.a | Septicémies | O Oui O Non O Inconnu |
| I.A.4.b | Si oui : participation à la surveillance nationale (NSIH) | O Oui O Non O Inconnu |
| I.A.5.a | Bactéries à Gram-négatifs multi-résistants | O Oui O Non O Inconnu |
| I.A.5.b | Si oui : participation à la surveillance nationale (NSIH) | O Oui O Non O Inconnu |

| Présence d'un système local de surveillance pour... | | |
|---|---|---|
| I.A.6 | Infections à Clostridium difficile toxigène | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.7 | Infections aux soins intensifs | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.8 | Infections du site opératoire | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.9 | Entérocoques résistants à la vancomycine | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.10.a | Infections liées aux soins / bactéries multi-résistantes autres que celles décrites ci-dessus | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.10.b | Si oui : lesquelles : | |
| I.A.11 | Existence d'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) | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.12.a | Mise en place d'un audit local d'observance des procédures recommandées pour l'hygiène des mains (hors campagne nationale) | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.12.b | Si oui : nombre d'opportunités observées | _ _ _ _ _ _ _ |
| Mise en place d'un système local d'audit de processus des points critiques du soin ou de la prévention... | | |
| I.A.13 | de la voie centrale | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.14 | de la ventilation assistée | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.15 | des sondes urinaires | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.16 | des infections post-opératoires | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.17.a | Autres que ceux-ci-dessus (en relation avec l'hygiène hospitalière) | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.17.b | Si oui : lesquelles | |
| Participation à l'événement suivant (s'il a eu lieu durant l'année de référence) | | |
| I.A.18 | Campagne nationale « hygiène des mains » | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| I.A.19 | Etude nationale de prévalence des infections liées aux soins (et l'utilisation d'antibiotiques) | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| INDICATEURS DE RESULTATS (suivant protocoles ISP) | | |
| Ces données sont disponibles par ailleurs : ne rien encoder | | |
| INDICATEURS DE PROCESSUS | | |
| II.R.3 | Volume global de consommation de solutions hydro-alcooliques dans les unités de soins de votre hôpital (litres) | _ _ _ _ _ _ _ |
| AUTRES | | |
| deno | Nombre total de journées d'hospitalisation pour l'année de référence | _ _ _ _ _ _ _ |
| V_1 | Données vues et approuvées par le directeur médical | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu |
| II.R.4 | Commentaires sur ces données (max : 250 mots) | |

9.2. FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ORGANISÉE AU NIVEAU DE L'HÔPITAL

Les deux graphiques ci-dessous présentent, par ordre décroissant, le nombre d'heures de formation en HH par hôpital (figure 5) et le nombre de participants à ces formations (figure 6) par nombre théorique d'ETP en HH. Ces graphiques permettent de déterminer où se situe précisément un hôpital dans ce classement. Par exemple, pour la figure 5, 50 heures de formations correspondent à la place 12 et, pour la figure 6, 200 participants correspondent à la place 61.

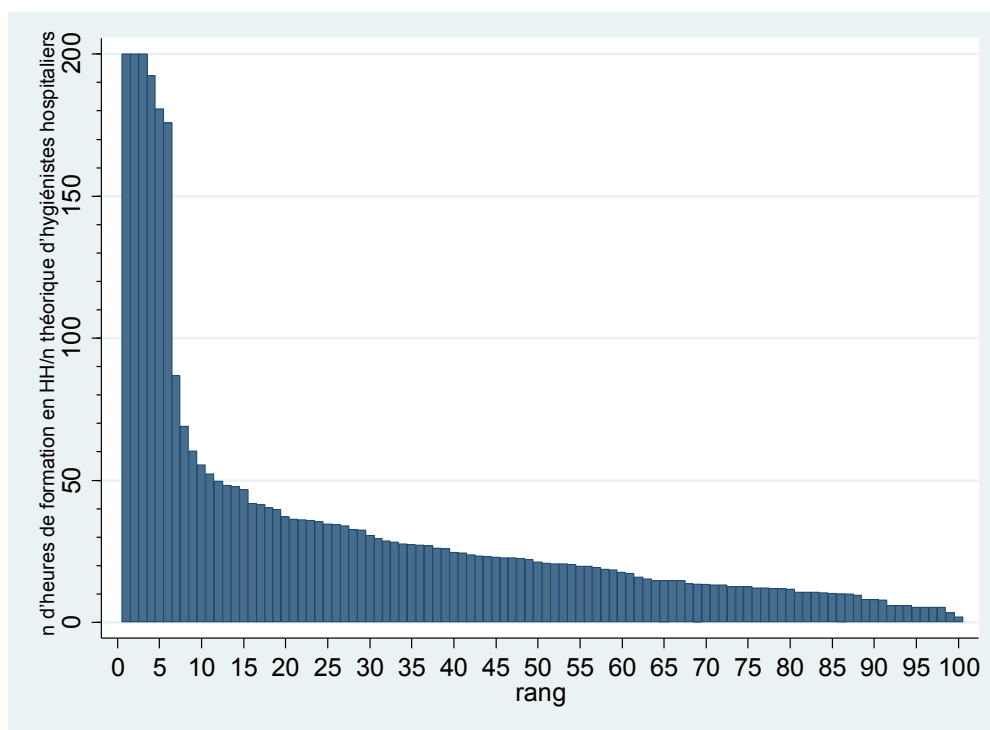


Figure 5 | Classement des hôpitaux selon le nombre d'heures de formation en hygiène hospitalière dispensées par nombre théorique d'ETP en HH, Belgique, 2016 (HH, hygiène hospitalière ; n, nombre)

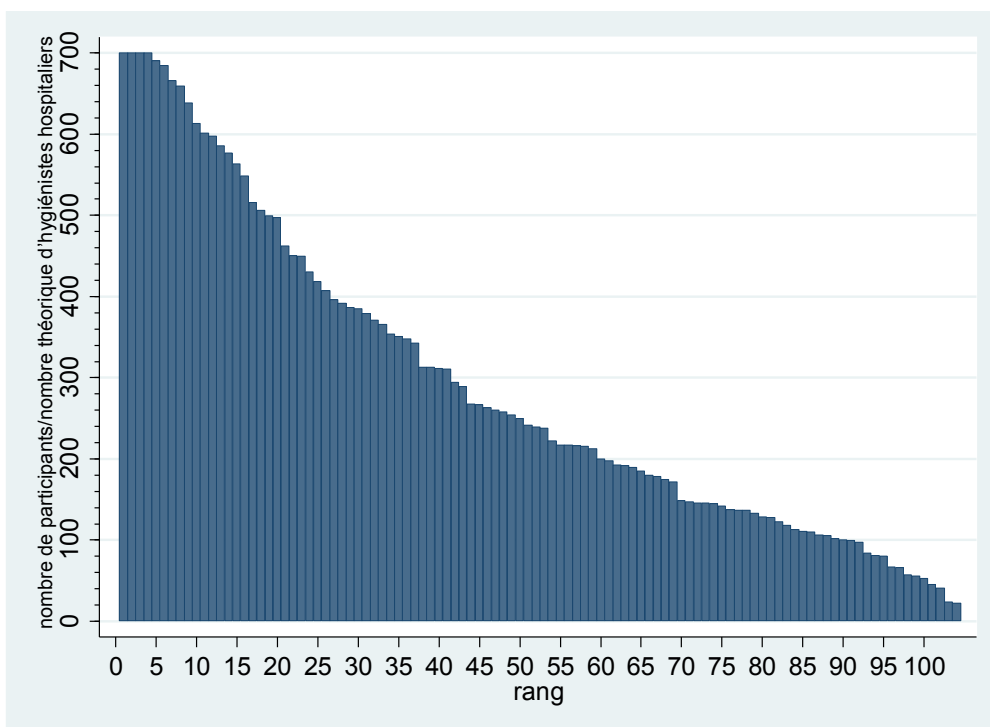


Figure 6 | Classement des hôpitaux selon le nombre de participants à une formation en hygiène hospitalière organisée par l'équipe d'hygiène hospitalière par nombre théorique d'ETP en HH, Belgique, 2016

9.3. PARTICIPATION À DES SURVEILLANCES ET AUDITS AUTRES QUE CEUX MENTIONNÉS DANS LE QUESTIONNAIRE

9.3.1. Participation à un autre système de surveillance local pour les bactéries multirésistantes/infections liées aux soins ?

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

Le tableau 14 présente un aperçu des surveillances les plus fréquemment mentionnées et ne figurant pas dans le questionnaire général. Le tableau 15 fournit un aperçu des réponses par hôpital. Dans ce tableau, les hôpitaux sont identifiés à l'aide de leur numéro d'agrément. Seuls les hôpitaux ayant répondu à cette question figurent dans ce tableau.

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 mentionnées dans le questionnaire, Belgique, 2016

| Surveillance liée à | Surveillance |
|---|--|
| 1. Infections associées à l'utilisation d'un dispositif invasif | <ul style="list-style-type: none">• <i>ventilator-associated pneumonia</i>• <i>catheter-associated urinary tract infections</i> |
| 2. Autres infections | <ul style="list-style-type: none">• rotavirus• norovirus• legionella• influenza• respiratory syncytial virus• tuberculose |

Tableau 15 | Réponses individuelles des hôpitaux à la question de savoir si l'hôpital participe à un autre système de surveillance local pour les bactéries multirésistantes/infections liées aux soins, Belgique, 2016

| Numéro d'agrément | Autre système de surveillance local pour les bactéries multirésistantes/infections liées aux soins |
|-------------------|---|
| 6 | legionella |
| 10 | Acinetobacter baumannii multi-résistant dans toute l'institution |
| 12 | rotavirus |
| 17 | CAUTI: incidentie + opvolging procesindicatoren |
| 37 | norovirus |
| 39 | CPE |
| 42 | CPE |
| 43 | infections d'accès vasculaires en hémodialyse (fistule artério-veineuse, graft, cathéters) |
| 49 | respiratoire en gastro-intestinale virussen |
| 57 | CAUTI - opvolging volgende zorg-gerelateerde infecties: norovirus, rotavirus, adenovirus, influenza en respiratory syncytial virus |
| 63 | isolaties 2016 |
| 68 | multi resistente <i>Pseudomonas aeruginosa</i> |
| 76 | viroses respiratoires adultes |
| 79 | multi-resistente <i>Pseudomonas aeruginosa</i> |
| 96 | CPE |
| 97 | dagelijkse infectiologie overleg op intensieve zorgen - wekelijkse isolaat en resistentie statistieken |
| 99 | CAUTI |
| 102 | urinegeweefinfecties, centraal veneuze catheter gerelateerde infecties |
| 103 | CPE |
| 104 | wekelijkse antibiotica toer op intensieve zorgen |
| 108 | zorg-gerelateerde influenza |
| 110 | CPE, respiratory syncytial virus, rotavirus, tuberculose |
| 124 | respiratory syncytial virus, rotavirus, adenovirus, mailings GLIMS |
| 126 | amp-C producerende <i>Klebsiella pneumoniae</i> |
| 134 | excel bestand server via labo, opvolging team ziekenhuishygiëne |
| 140 | multi-resistent <i>Acinetobacter baumannii</i> , multi-resistent <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , CPE, urinegeweefinfecties, linezolid-resistent enterococci |
| 146 | CPE |
| 150 | CPE |
| 164 | CPE |
| 166 | bactériuries et septicémies (relevés trimestriels) |
| 176 | urinegeweefinfecties, norovirus, rotavirus, legionella |
| 243 | tuberculose, SARI's (ernstige acute respiratoire infecties) |
| 246 | streptocoque B, Hemophilus influenza, pneumocoques dans hémocultures ou liquide céphalo-rachidien, CPE ==> envoi aux centres de référence |
| 264 | CPE |
| 265 | overzichtslijsten van alle patiënten met een zorg-gerelateerde infectie/multiresistente bacterie met opvolging bij heropname - pediatrie: overzichtslijst van isolatie op basis klinische symptomen |
| 290 | surveillancescreening op hoog-risico afdelingen en methicillin-resistent <i>Staphylococcus aureus</i> / methicillin-sensitive <i>Staphylococcus aureus</i> screening op dialyse |
| 300 | CLABSI, CAUTI, <i>Legionella pneumophila</i> , NeoKISS in de neonatologie, virale luchtweginfecties, verminderde gevoeligheid van in het UZA geïsoleerde micro-organismen |
| 308 | CAUTI |

| | |
|-----|---|
| 310 | zorg-gerelateerde aspergillus, virale infectie, multiresistente kiemen |
| 314 | registratie van urineweginfecties en katheter gerelateerde infecties |
| 322 | zie jaarverslag |
| 325 | CPE |
| 332 | legionella |
| 346 | <i>Klebsiella pneumonia</i> bêtalactamases à spectre étendu |
| 371 | preventie urineweginfecties bij patiënten met een verblijfsonde |
| 378 | intern registratieprogramma |
| 392 | CPE, isolaties, urineweginfecties |
| 395 | tuberculose |
| 396 | CAUTI |
| 403 | Pyo VIM: pyocyanique (<i>Pseudomonas aeruginosa</i>) VIM (Veronese imipenemase = a multiresistance pattern) |
| 406 | acinetobacter (toutes sensibilités), aspergillus, infections nosocomiales, C strepto beta hemolytique, A influenza, légionellose, maladie de Creutzfeldt-Jakob, maladies à déclaration obligatoire, tuberculose, virus respiratoires |
| 499 | CPE en metallo-beta-lactamase <i>Pseudomonas</i> |
| 525 | CPE |
| 534 | klebsiella CPE |
| 536 | tuberculose, hepatitis A virus, CPE |
| 550 | urineweginfecties |
| 595 | <i>Streptococcus pyogenes</i> , meropenem resistant <i>Acinetobacter</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> in bloodcultures, multiresistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , respiratory syncytial virus, influenza, rotavirus, <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> IC, peil-laboratoria |
| 682 | CAUTI, ventilator-associated pneumonia |
| 689 | LIS voor multi-drug resistant organisms |
| 707 | tuberculose, gripes, rougeoles,... |
| 709 | extended-spectrum beta-lactamases |
| 710 | ventilator-associated pneumonia ratio, standaard screening methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> en CPE op intensieve zorgen |
| 712 | ventilator-associated pneumonia |
| 713 | GLIMS |
| 714 | meldingsplichtige infectieziekten |
| 715 | urineweginfecties |
| 718 | CPE |

CAUTI, catheter-associated urinary tract infections; CLABSI, central line-associated bloodstream infection; CPE, carbapenemase-producing Enterobacteriaceae

9.3.2. Participation à des audits locaux d'infections et/ou de processus de soins autres que ceux mentionnés dans le questionnaire en ce qui concerne l'hygiène hospitalière ?

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

Le tableau 16 présente un aperçu des audits les plus fréquemment mentionnés, ne figurant pas dans le questionnaire général. Le tableau 17 fournit un aperçu des réponses par hôpital. Dans ce tableau, les hôpitaux sont identifiés à l'aide de leur numéro d'agrément. Seuls les hôpitaux ayant répondu à cette question figurent dans ce tableau.

Tableau 16 | Aperçu des réponses les plus fréquentes données par les hôpitaux à la question de savoir à quels audits ils participent en dehors de ceux mentionnés dans le questionnaire, Belgique, 2016

| Audits de | Audit |
|-----------------------|--|
| 1. processus de soins | <ul style="list-style-type: none">• consommation antibiotique• prophylaxie antibiotique• suivi des directives de dépistage pour <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline, CPE et autres organismes multirésistants• politique d'isolation• accident par piqûre |
| 2. infrastructure | <ul style="list-style-type: none">• qualité de l'eau et de l'air• traitement des déchets• cuisine de l'hôpital• biberonnerie• vêtements du personnel• constructions et rénovations |
| 3. matériel médical | <ul style="list-style-type: none">• endoscopes |

Tableau 17 | Réponses individuelles des hôpitaux à la question de savoir si l'hôpital participe à un autre audit des infections et/ou processus de soins concernant l'hygiène hospitalière, Belgique, 2016

| Numéro d'agrément | Audits locaux d'autres infections et/ou de processus de soins |
|-------------------|---|
| 6 | endoscopie digestive |
| 7 | pré-requis à l'hygiène des mains: 351 personnes observées; consommation de solutions hydroalcooliques par journées d'hospitalisation par unités de soins |
| 9 | griepvaccinatie personeel |
| 12 | afkoeling melkkeuken, ziekenhuislinnen, bouwen en verbouwen |
| 17 | multidisciplinaire rondgang, compliance methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> en CPE screening, audit endoscopen |
| 20 | Précautions additionnelles et tenue vestimentaire |
| 23 | Audit du prélèvement des hémocultures |
| 37 | Port de bijoux, ongles et vêtements de travail |
| 39 | bactériémies chez les patients hospitalisés aux unités de soins intensifs depuis > 48h; gestion des pansements des cathéters périphériques aux urgences |
| 42 | mise en place des précautions complémentaires |
| 43 | dépistage et décontamination des patients methicillin-sensitive <i>Staphylococcus aureus</i> en hémodialyse; suivi de la couverture vaccinale des patients dialysés |
| 63 | partikel tellingen operatiekwartier, airsampling operatiekwartier, audit, cultuur melkvoedingen en omgevingsculturen melkkeuken, omgevingsculturen grootkeuken, staal-names endoscopie, audit isolatiebeleid, audit diepe veneuze katheters |
| 77 | précautions additionnelles, supports solutions hydroalcooliques, port de bijoux |
| 79 | antibioprophylaxie + feedback aux anesthésistes et chirurgiens |
| 87 | consommation solutions hydroalcooliques exprimée en opportunité/jour-patient |
| 103 | legionelle |
| 106 | de omgeving als bron van besmetting: audit scheiding vuil/zuivere opslag en behandeling materialen |
| 110 | bouwen/verbouwen, melkkeuken/keuken |
| 124 | oppervlakteculturen, antibioticaverbruik, rondgang afdeling/ tracers |
| 126 | infectie/kolonisatie met multi-drug resistant organisms, audit intern wasproces |
| 140 | endoscopie, waterbeheersplan, lucht, oppervlakken, kwaliteit staalname hemokulturen |
| 143 | bijkomende voorzorgsmaatregelen ziekenhuisbreed en standaardvoorzorgsmaatregelen op intensieve zorgen |
| 146 | précautions additionnelles, dépistage endoscopie, biberonnerie |
| 152 | précautions additionnelles, CPE, aspirations |
| 158 | biberonnerie |
| 164 | Prérequis à l'hygiène des mains: bijoux, ongles, manches longues... |
| 166 | endoscopes/fibrosopes |
| 217 | lokale audit van isolatiebeleid, correcte manipulatie/reinigen en ontsmetten van aerosolpotjes |
| 243 | zorgobservaties ziekenhuishygiëne, legionella, audits met betrekking tot reiniging en desinfectie van flexibele warmtegevoelige endoscopen, compliance basisvoorwaarden handhygiëne. |
| 246 | prérequis à l'hygiène des mains |
| 247 | cuisine (plats et surfaces), biberonnerie, endoscopie, linge, air bloc opératoire, légionella (eau), aspergillus (travaux) |
| 249 | isolements et chambres implantables |
| 254 | cuisine, biberonnerie, crèche |
| 264 | gestion des pansements des cathéters périphériques à l'unité de soin C3D3 |
| 265 | hazard analysis critical control points (HACCP), controle basisvereisten handhygiëne |

| | |
|-----|--|
| 266 | procédure relative à la gestion du matériel et l'externalisation de la stérilisation; check list sécurité au bloc opératoire tenue au bloc opératoire; règles de bases à l'hygiène des mains |
| 290 | vaataccesgerelateerde bacteriëmie op dialyse |
| 300 | aspergillus in de hematologie |
| 308 | audit endoscopie, controles voedingszorg op de afdeling en melkkeuken |
| 322 | aspergillus |
| 325 | audits de la voie périphérique |
| 332 | hydrothérapie, endoscopie, dialyse, accidents exposant au sang, audit cathéters périphérique, audit préparation préopératoire |
| 346 | frottis depistage unité de soins intensifs - urgences |
| 371 | afdelings- en raadplegingsaudits (endoscopie, operatiekwartier, ...) |
| 396 | legionella |
| 397 | microbiologische controles van flexibele endoscopen, laatste spoelwater endoscopenwasmachines, (high touch) oppervlakken, controles op legionella, audit perifere infusen |
| 403 | audits sur le taux de depistage des bactéries multirésistantes en fonction des critères pré-établis |
| 406 | stratégies de dépistages, audit d'infrastructures, dont ventilation et eaux chaude sanitaire, vaccination contre le virus influenza etc. |
| 409 | protocole de surveillance des endoscopes. protocole de surveillance des paramètres de la piscine |
| 410 | toilettes et changes |
| 412 | précautions vis à vis des patients porteurs de germes indésirables |
| 499 | maandelijkse wondprevalentiemeting met extra luik voor gekoloniseerde/ geïnfecteerde wonden met pathogene micro-organismen en multidrug-resistent organisms + geconsolideerde stomies (trachea/ gastro/suprapubische); HALT-studie |
| 534 | audit réa, sop pour l'hygiène en général et l'hygiène des mains en particulier |
| 550 | afname hemoculturen, antibiotica profylaxie |
| 689 | HACCP, endoscopie, schoonmaak |
| 706 | audit de l'entretien |
| 707 | précautions additionnelles |
| 712 | tracers op afdelingen, observaties operatie kwartier, kwaliteitscontroles poets, interviews verpleging/ patiënten |
| 714 | Kledijvoorschriften operatie kwartier en sterilisatie, houdbaarheid ontsmettingsmiddelen, bacteriologische controle omgeving en lucht |
| 715 | HACCP + verbouwingen |
| 718 | audits voies périphériques |
| 723 | cathéters périphériques, préparation patient pré-opératoire, nettoyage et travaux |
| 724 | audits sur la pratique des toilettes et des changes ainsi que du nettoyage de l'environnement |

CPE, carbapenemase-producing Enterobacteriaceae; HACCP, hazard analysis critical control points

9.4. NOMBRE D'OPPORTUNITÉS D'HYGIÈNE DES MAINS QUI ONT ÉTÉ OBSERVÉES PAR HÔPITAL EN DEHORS DE LA CAMPAGNE NATIONALE SUR L'HYGIÈNE DES MAINS

Le graphique ci-dessous (figure 7) indique, par ordre décroissant, le nombre d'opportunités d'hygiène des mains qui ont été observées en 2016 par hôpital en dehors de la campagne nationale sur l'hygiène des mains. Ce graphique permet de déterminer où se situe précisément un hôpital dans ce classement. Par exemple, une observation de 1 000 opportunités d'hygiène des mains correspond à la place 29.

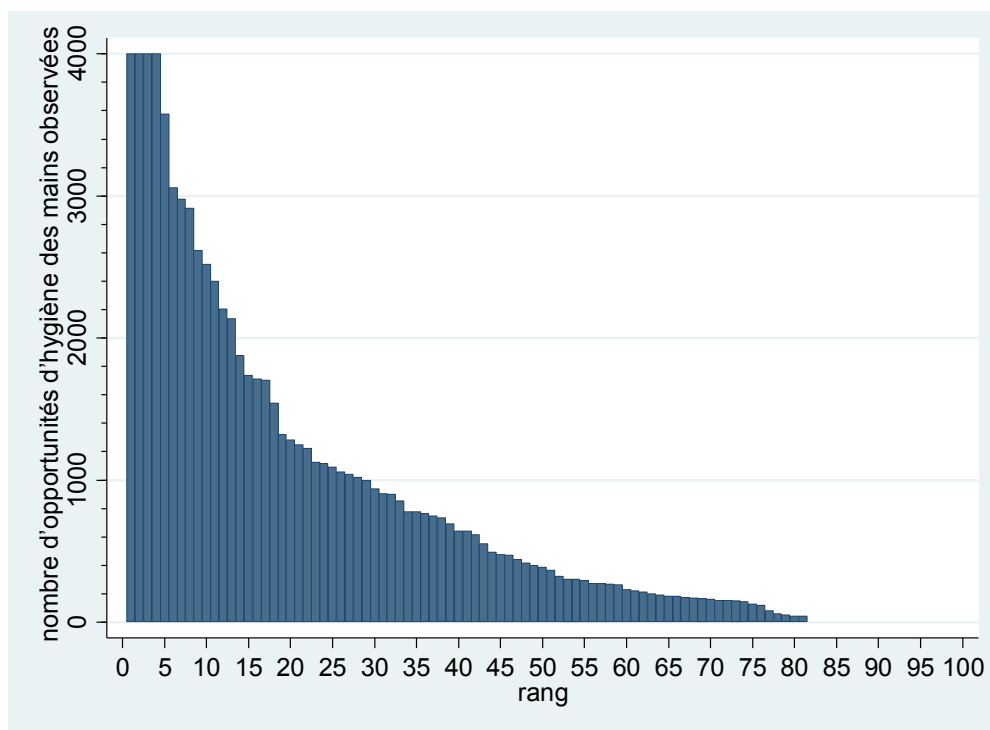


Figure 7 | Classement des hôpitaux selon le nombre d'opportunités d'hygiène des mains observées en dehors de la campagne nationale sur l'hygiène des mains, Belgique, 2016

9.5. CONSOMMATION DE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE DANS LES UNITÉS DE SOINS DE L'HÔPITAL AU COURS DE L'ANNÉE COMPLÈTE

Le graphique ci-dessous (figure 8) indique, par ordre décroissant, la consommation de solution hydro-alcoolique par hôpital en litres par 1 000 journées d'hospitalisation. Ce graphique permet de déterminer où se situe précisément un hôpital dans ce classement. Par exemple, une consommation de 30 litres de solution hydro-alcoolique par 1 000 journées d'hospitalisation correspond à la place 25.

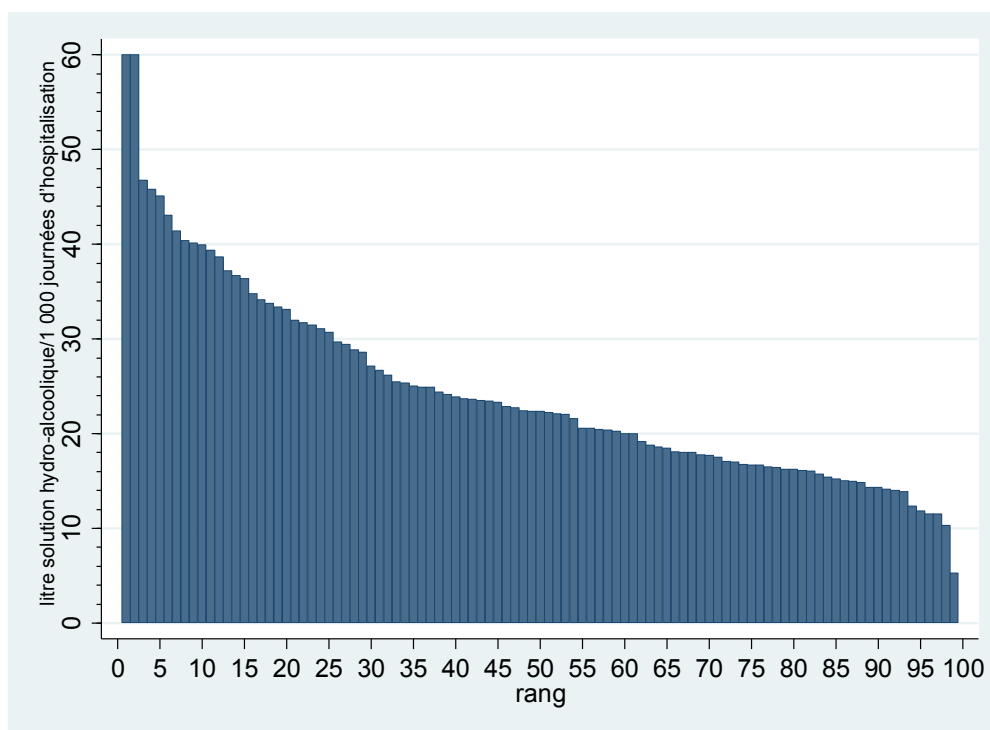


Figure 8 | Classement des hôpitaux selon la consommation de litres de solution hydro-alcoolique par 1 000 journées d'hospitalisation, Belgique, 2016

© Institut Scientifique de Santé Publique
DIRECTION OPÉRATIONNELLE
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE
rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique
www.wiv-isp.be