



INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LES HÔPITAUX AIGUS

RAPPORT ANNUEL - DONNÉES 2015

AUTEUR

Dr Marie-Laurence LAMBERT

INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LES HÔPITAUX AIGUS

RAPPORT ANNUEL - DONNÉES 2015

AUTEUR

Dr Marie-Laurence LAMBERT

Questions concernant les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière :

Dr Marie-Laurence Lambert

E-mail : mlambert@wiv-isp.be

Tél. : 02 642 57 42

Site web : www.nsih.be

Nous tenons à remercier :

- les membres de la plateforme fédérale en hygiène hospitalière, en particulier Baudouin Byl et Annette Schuermans
- Mr Patrick Verroens, Mr Xavier Pretlot, Mr Cédric Malache, Mr Sylvanus Fonguh (WIV-ISP) pour leur appui technique
- Mme Annabel Motté (WIV-ISP), pour son aide à la traduction vers le néerlandais
- Nathalie Verhocht et Tadek Krzywania, 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 est financièrement soutenu par : **SPF Santé publique**

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

Septembre 2016

PHS Report 2016-033

N° ISSN : 2466-6769

RÉSUMÉ

Contexte et introduction

L'Arrêté Royal du 27/01/2015 (1) concernant la surveillance en hygiène hospitalière mentionne l'obligation pour les hôpitaux aigus de récolter des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière dans l'établissement. Les indicateurs sont définis par la « Commission de coordination de la politique anti-biotique » (BAPCOC) sur avis de la plateforme fédérale pour l'hygiène hospitalière. Le projet est coordonné par l'Institut Scientifique de santé Publique (ISP) qui assure la récolte, l'analyse, et la publication des données, ainsi que la rédaction du rapport.

Les objectifs de ce projet sont les suivants: 1) évaluer l'impact de la politique en hygiène hospitalière, 2) juger de la qualité au niveau de chaque hôpital (« accountability ») dans le domaine de l'hygiène hospitalière – ce qui implique la publication des indicateurs par hôpital, à l'exception des indicateurs de résultats, et 3) contribuer à l'amélioration locale de la qualité en incitant les hôpitaux à mesurer et à améliorer leurs actions et résultats.

Le choix des indicateurs par la plateforme fédérale en hygiène hospitalière pour les premières récoltes de données s'inscrit dans la vision stratégique suivante:

- Le projet se concentre sur les missions des équipes d'hygiène dans les hôpitaux. Cela exclut les autres aspects du contrôle et de la prévention des infections à l'hôpital (par exemple l'usage prudent des antibiotiques) ;
- Ce projet est avant tout un outil d'amélioration de cibles spécifiques, et ne prétend pas fournir un état des lieux exhaustif de la qualité de l'hygiène hospitalière à l'hôpital.

Ce rapport présente les résultats de la seconde récolte de données (données récoltées en 2016 portant sur l'année 2015).

Principaux résultats

Des progrès importants ont été observés en 2015 au niveau de tous les points faibles identifiés en 2013 :

- Intégration du plan stratégique en hygiène hospitalière dans le plan stratégique de l'hôpital (de 39 % des hôpitaux en 2013, à 70 % en 2015) ;
- Surveillance des infections aux soins intensifs (52 % des hôpitaux en 2013, 68 % en 2015), surveillance des infections de site opératoire (18 % vs 40 %) ;
- Augmentation du nombre d'hôpitaux rapportant des audits locaux de processus: hygiène des mains (47 % en 2013, 79 % en 2015), voies centrales (35 % vs 59 %), ventilation assistée (55 % vs 65 %) , sondes urinaires (19 % vs 53 %), prévention des infections de site opératoire (18 % vs 43 %).

Les points forts restent les mêmes :

- Diminution constante de l'incidence des infections cliniques à MRSA acquises dans les hôpitaux aigus (3.3/ 1000 admissions en 2003 ; 0.9/1000 admissions en 2014) ;
- L'observance aux recommandations de bonne pratique pour l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs ;
- Des performances globalement très bonnes en ce qui concerne les indicateurs d'organisation et de moyens (1 et 4 hôpitaux respectivement, obtiennent un score bas pour ces indicateurs).

L'incidence des septicémies sur cathéter central n'a cependant pas diminué entre 2013 et 2015.

L'amélioration observée au niveau des points faibles identifiés en 2013 – par exemple, les indicateurs de processus - est fort encourageante. Il semble raisonnable d'attribuer ces améliorations au projet « indicateurs de qualité » et au souci des équipes d'hygiène et des directions hospitalières d'améliorer les scores de leur hôpital.

Discussion

Ces résultats sont à interpréter avec nuance.

- En l'absence de contrôle de qualité externe des données, la fiabilité des résultats dépend exclusivement du soin mis par les hôpitaux à enregistrer des données correctes ;
- Le nombre d'indicateurs récoltés dans le cadre de projet est limité: il faut donc se garder d'interpréter les scores comme une évaluation globale de la qualité dans le domaine de l'hygiène hospitalière, et encore moins de la qualité de la prévention des infections à l'hôpital, car plusieurs éléments de celle-ci (par exemple, l'usage prudent des antibiotiques) ne sont pas repris dans ces scores ;
- Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact du projet sur l'incidence des infections acquises à l'hôpital.

Enfin, ce programme « indicateurs de qualité en hygiène hospitalière » évolue parallèlement à de nombreuses initiatives « qualité à l'hôpital » en Belgique. Ces initiatives non coordonnées présentent un tableau fragmenté de la qualité à l'hôpital, combinant duplication et manquements dans la mesure de cette qualité.

Conclusions et recommandations

Cette seconde récolte de données d'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière portant sur l'année 2015 a permis de mesurer les progrès importants accomplis en l'espace de 2 ans quant aux points faibles identifiés en 2013, en particulier les indicateurs d'audits.

Les priorités d'action et les recommandations sont les suivantes :

- Pour les autorités responsables : mettre en place un système de contrôle de qualité externe pour les données récoltées dans le cadre des indicateurs de qualité en hygiène hospitalière ;
- Pour l'ensemble des acteurs, y compris l'Institut Scientifique de la Santé Publique :
 - Encourager le développement d'audits de processus ;
 - Encourager la participation à la surveillance des infections dans les unités de soins intensifs, et les infections de site opératoire, en particulier en renouvelant les protocoles actuels ;
 - Poursuivre la réflexion en cours quant à l'élargissement du projet au-delà des missions de l'équipe d'hygiène hospitalière (par exemple l'usage prudent des antibiotiques ou la prévention des infections du personnel soignant).

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	5
Liste des tableaux	8
Liste des figures	8
Liste des abbréviations	9
1. Introduction	11
1.1. Contexte	11
1.2. Publication des résultats	11
2. Objectifs et méthodes	13
2.1. Objectifs de ce rapport	13
2.2. Méthodes	13
3. Résultats	15
3.1. Indicateurs d'organisation	15
3.2. Indicateurs de moyens	17
3.3. Indicateurs d'action	19
3.3.1. Questions ouvertes	22
3.4. Indicateurs de processus	23
3.5. Indicateurs de résultats	24
4. Discussion	25
4.1. Principaux résultats	25
4.2. Limitations	25
4.3. Orientations stratégiques du projet et prochaine récolte de données	26
4.4. Fragmentation des initiatives « qualité à l'hôpital » en Belgique	27
5. Conclusions et recommandations	29
6. Annexes	30
6.1. Questionnaire	30
6.2. Liste nominative des hôpitaux et scores, données 2015	32
6.3. Relevé exhaustif des réponses données à la question ouverte « Autre système local de surveillance »	34
6.4. Relevé exhaustif des réponses données à la question ouverte « Autres audits locaux de processus »	36
6.5. Classements non nominatifs (ranking)	38
6.5.1. Heures de formation dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière, par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière	38
6.5.2. Nombre de participants aux formations dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière, par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière	39
6.5.3. Opportunités d'hygiène des mains observées hors campagne nationale dans les hôpitaux belges, 2015	40
6.5.4. Nombre de litres de solution hydro-alcoolique, par 1000 journées d'hospitalisation	41
7. Références	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière: description, calcul des scores, objectifs.	14
Tableau 2	Indicateurs et scores d'organisation dans les hôpitaux belges, par région, 2013-2015	16
Tableau 3	Indicateurs et scores de moyens dans les hôpitaux belges, par région, 2013-2015.....	18
Tableau 4	Indicateurs et scores d'action dans les hôpitaux belges, par région, 2013-2015.....	20
Tableau 5	Consommation de solution hydro-alcoolique dans les hôpitaux belges, par région, 2015.....	23
Tableau 6	Incidence de MRSA acquis à l'hôpital (échantillons cliniques) par région. Belgique 2013-2015..	24
Tableau 7	Incidence des septicémies sur cathéter central à l'hôpital, selon le degré de certitude de l'origine de la septicémie, Belgique 2013-2015.....	24

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Hôpitaux belges selon leur score d'organisation pour les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière, par région, 2015	15
Figure 2	Hôpitaux belges, selon leur score de moyens pour les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière, par région, 2015.	17
Figure 3	Hôpitaux belges, selon leur score d'action pour les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière, par région, 2015.	19
Figure 4	Consommation de solution hydro-alcoolique (l/1000 journées d'hospitalisation) dans les hôpitaux belges, distribution par région, 2013 & 2015	23
Figure 5	Classement du nombre d'heures de formation dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière, 2015	38
Figure 6	Classement du nombre de participants aux formations dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière, par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière, 2015.....	39
Figure 7	Classement du nombre d'opportunités d'hygiène des mains observées hors campagne dans les hôpitaux belges, 2015.	40
Figure 8	Classement du nombre de litres de solution hydro-alcoolique, par 1000 journées d'hospitalisation, hôpitaux belges, 2015.	41

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

- AR Arrêté Royal
- BAPCOC Belgian Antibiotic Policy Coordinating Committee
- CPE Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae
- ETP Equivalent temps plein
- HH Hygiène hospitalière
- ICD Infections à *Clostridium difficile*
- ISO Infections du site opératoire
- ISP Institut Scientifique de Santé Publique
- MRSA Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* (Staphylocoque doré résistant à la méthicilline)
- SPF Service Public Fédéral
- USI Unité de soins intensifs
- VRE Entérocoques Résistants à la Vancomycine (Vancomycin Resistant Enterococcus)

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE

L'Arrêté Royal du 27/1/2015 (1) concernant la surveillance en hygiène hospitalière mentionne l'obligation pour les hôpitaux aigus de récolter des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière dans l'établissement.

La finalité d'un système d'indicateurs de qualité est d'engendrer des actions d'amélioration de la qualité des soins: « ce qu'on ne peut pas mesurer, on ne peut pas l'améliorer ». Le développement et la validation des indicateurs de qualité en hygiène hospitalière ont été faits par un groupe de travail impliquant la BAPCOC et les représentants des plateformes en hygiène hospitalière, avec une coordination de l'Institut de Santé Publique (2).

Trois objectifs ont été définis:

- Objectif 1 : Evaluer l'impact de la politique en hygiène hospitalière afin de fournir aux décideurs politiques une vision globale de l'hygiène hospitalière et les tendances au cours du temps pour tous les hôpitaux. ;
- Objectif 2 : Juger de la qualité au niveau de chaque hôpital (« accountability ») en évaluant l'utilisation des moyens (financiers), l'engagement et les efforts de chaque hôpital dans le domaine de la lutte contre les infections liées aux soins ;
- Objectif 3 : Contribuer à l'amélioration locale de la qualité en incitant les hôpitaux à mesurer et à améliorer leurs actions et résultats.

C'est donc une initiative de la plate-forme fédérale en hygiène hospitalière qui a conduit à cet état des lieux. L'objectif ultime est bien d'identifier les priorités d'amélioration pour les stratégies de prévention des infections dans les hôpitaux.

Ce rapport présente les résultats de la seconde récolte de données (données se rapportant à l'année 2015).

1.2. PUBLICATION DES RÉSULTATS

L'utilisation des données, en fonction de chaque objectif, est prévue comme suit:

- Objectif 1 : publication dans un rapport des résultats agrégés (tous les indicateurs) aux niveaux national/régionaux, qui correspondent aux niveaux de décision politique ;
- Objectif 2 : publication des indicateurs par hôpital (à l'exception des indicateurs de résultats) ;
 - Données résumées (scores), dans une annexe au rapport ;
 - Accès au rapport individualisé de chaque hôpital sur le site http://www.nsih.be/surv_iq/reports_fr.asp ;
- Objectif 3: rapport individualisé fourni à chaque hôpital.

2. OBJECTIFS ET MÉTHODES

2.1. OBJECTIFS DE CE RAPPORT

Les objectifs de ce rapport sont les suivants:

1. Présentation des résultats 2015, en rapport avec l'objectif 1 (évaluation d'impact de la politique en hygiène hospitalière)
2. Présentation des résultats 2015 en rapport avec l'objectif 2 (« accountability »). Données des différents scores par hôpital.

2.2. MÉTHODES

Le formulaire et le cahier des charges (définitions, instructions d'encodage, et éléments de preuve à conserver) sont disponibles sur le site web www.nsih.be.

Dans le but de préserver la comparabilité entre les données récoltées pour l'année 2013 et les données récoltées pour l'année 2015, la plateforme fédérale en hygiène hospitalière a décidé de ne pas modifier le protocole, à l'exception de certaines clarifications de définitions, et de la décision de récolter les données par entité administrative (code d'agrément), et non plus par site, pour les hôpitaux constitués de plusieurs sites distincts.

En ce qui concerne le calcul des scores, une modification a cependant été appliquée. Pour les variables M1 et M2 (Nombre effectif de médecins/infirmières en hygiène hospitalière), le point a été attribué si le nombre effectif était plus grand ou égal à 90 % du nombre théorique (et non plus 100 %). (En effet le nombre théorique est souvent calculé à 2 décimales près – par exemple 1.01 ETP et il ne semble pas correct de ne pas attribuer de points si le nombre effectif est 1 dans ce cas particulier.)

Un résumé des catégories d'indicateurs, et de la méthode de calcul des scores résumant les indicateurs d'organisation, de moyens, et d'action, est donnée dans le tableau 1.

La liste des équivalents temps plein (ETP) théoriques financés a été fournie par le Service Fédéral Santé Publique.

Les chiffres de 2013 repris dans ce rapport 2015 peuvent différer légèrement des chiffres présentés dans le rapport de 2013. En effet, le rapport 2013 n'avait pas pris en compte les corrections demandées tardivement par certains hôpitaux en cas d'erreur d'encodage. Ce rapport 2015 prend en compte les données finalisées pour 2013. Les variables M1 et M2 ont été recalculées pour 2013 suivant la règle modifiée énoncée ci-dessus.

Tableau 1 | Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière: description, calcul des scores, objectifs

Indicateurs	Description	Score				Objectif*		
		Calcul	Classement			1	2	3
			Faible	Moyen	Elevé			
Organisation	6 indicateurs dichotomiques (oui/non)	1 point par « oui », max : 6 points	< 4	4	5-6	X	X	X
Moyens	5 indicateurs dichotomiques ; 2 indicateurs valeurs numériques continues (N heures formations, N participants à ces formations)	1 point par « oui » 1 point si > médiane 2013. Max : 7 points	< 4	4-5	6-7	X	X	X
Actions	20 indicateurs dichotomiques + 2 questions ouvertes	1 point par oui pour 20 indicateurs (2 indicateurs liés à des questions ouvertes exclus du score). Max : 20 points	< 13	13-15	>=16	X	X	X
Processus	1 indicateur numérique continu	Indicateur non inclus dans le score, car pas de valeur de référence				X	X	X
Résultats	2 indicateurs numériques continus	Indicateurs non inclus dans le score, car dépendent d'autres éléments que de la qualité des soins				X	-	X

* Objectif 1 : évaluation d'impact pour décideurs politiques ; objectif 2 : « accountability » ; objectif 3 : amélioration locale. ** Médiane des valeurs rapportées par entité administrative (et non par site).

Les analyses descriptives pour chaque indicateur sont faites au niveau national et pour chaque région.

3. RÉSULTATS

Un total de 103 hôpitaux (codes d'agrément, ou unités administratives) ont encodé des données dans le module en ligne. La liste nominative et les scores de chaque hôpital sont fournis en annexe (pages 33-34).

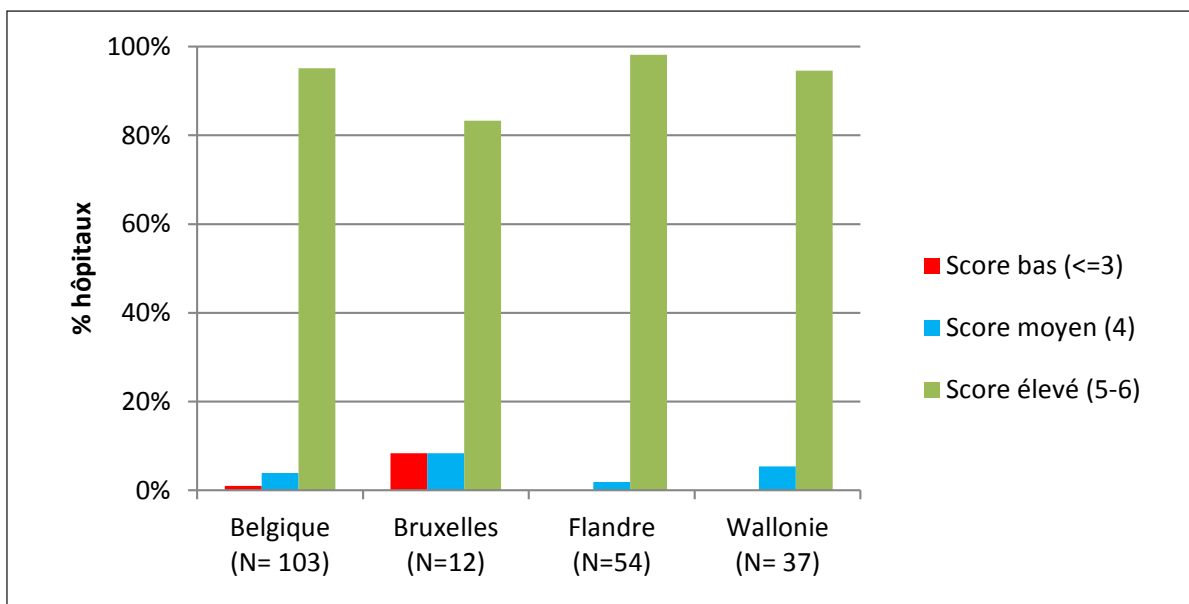
3.1. INDICATEURS D'ORGANISATION

Il y a 6 indicateurs d'organisation; tous dichotomiques (oui/non). Chaque « oui » donne un point pour le score d'organisation. (Tableau 2)

L'existence d'un plan stratégique intégré dans le plan stratégique de l'hôpital reste le point le plus faible, mais en nette augmentation (70 % des hôpitaux en 2015, vs 39 % en 2013).

Au total, un seul hôpital a un score d'organisation faible. (Figure 1).

Figure 1 | Hôpitaux belges selon leur score d'organisation pour les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière, par région, 2015



Score d'organisation : max 6 points

Tableau 2 | Indicateurs et scores d'organisation dans les hôpitaux belges, par région, 2013-2015

	BELGIQUE			BRUXELLES			FLANDRE			WALLONIE		
	2015 (N=103)		2013	2015 (N=12)		2013	2015 (N=54)		2013	2015 (N=37)		2013
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Présence d'un plan stratégique général à long terme (3-5 ans) en HH approuvé par le comité d'HH	100	97 %	79 %	10	83 %	67 %	54	100 %	93 %	36	97 %	63 %
Si oui: plan stratégique intégré dans le plan stratégique de l'hôpital	72	70 %	39 %	8	67 %	25 %	41	76 %	56 %	23	62 %	21 %
Nombre de réunions du comité HH >=4	103	100 %	93 %	12	100 %	100 %	54	100 %	89 %	37	100 %	97 %
Présence d'un rapport annuel en HH	100	97 %	87 %	11	92 %	67 %	54	100 %	96 %	35	95 %	79 %
Plan d'action détaillé en HH	103	100 %	87 %	12	100 %	75 %	54	100 %	96 %	37	100 %	76 %
Infirmière HH membre du cadre intermédiaire	97	94 %	88 %	12	100 %	67 %	49	91 %	89 %	36	97 %	92 %
Score organisation												
Moyenne des points (max: 6)	5.6		4.7	5.4		4.0	5.7		5.2	5.5		4.3
Moyenne des scores, %	93 %		79 %	90 %		67 %	94 %		86 %	91 %		71 %
N (%) hôpitaux par catégorie												
Score bas (<=3)	1	1 %	15 %	1	8 %	33 %	0	0 %	7 %	0	0 %	21 %
Score moyen (4)	4	4 %	17 %	1	8 %	25 %	1	2 %	9 %	2	5 %	26 %
Score élevé (5-6)	98	95 %	67 %	10	83 %	42 %	53	98 %	83 %	35	95 %	53 %

* HH: hygiène hospitalière

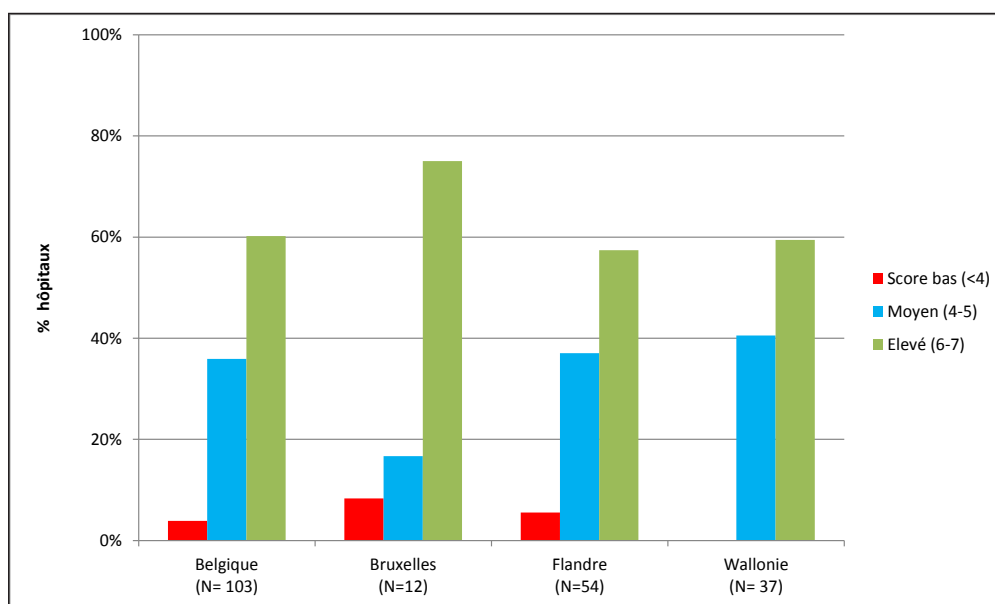
3.2. INDICATEURS DE MOYENS

Il y a 7 indicateurs de moyens. Le score (maximum : 7) est calculé comme suit : un point par « oui » pour chacun des 5 indicateurs dichotomiques (M1-M5) ; 1 point pour les hôpitaux qui rapportent des valeurs plus grandes que la médiane 2013 pour les 2 autres indicateurs.

Les indicateurs de moyens sont globalement assez bons (Tableau 3), mais 1 hôpital sur 5 ne dispose pas d'un référent en HH par service, et dans un hôpital sur 10, la quantité de travail effectivement prestée par un médecin en HH est inférieure à la quantité effectivement financée.

Au total, 4 hôpitaux ont un score bas dans la catégorie « moyens ». La distribution par région est présentée ci-dessous. (Figure 2)

Figure 2 | Hôpitaux belges, selon leur score de moyens pour les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière, par région, 2015.



Score de moyens : max 7 points

Il existe une grande variabilité entre les hôpitaux, en ce qui concerne le nombre d'heures de formation, ainsi que le nombre de participants, à ces activités (ces variables sont ajustées pour le nombre d'ETP financés en hygiène hospitalière). Les classements des hôpitaux sont donnés en annexe.

Tableau 3 | Indicateurs et scores de moyens dans les hôpitaux belges, par région, 2013-2015

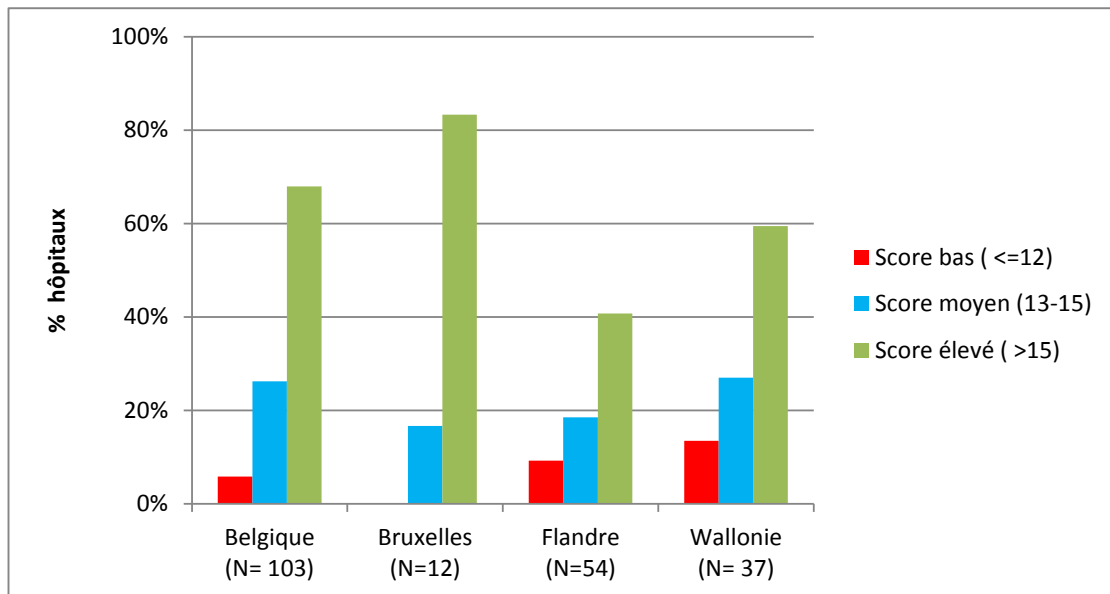
	BELGIQUE			BRUXELLES			FLANDRE			WALLONIE		
	2015 (N=103)		2013	2015 (N=12)		2013	2015 (N=54)		2013	2015 (N=37)		2013
	n	%		n	%		n	%		n	%	
Nombre effectif de médecins en HH >= 90 % nombre théorique	90	87 %	81 %	10	83 %	75 %	49	91 %	87 %	31	84 %	74 %
Nombre effectif d'infirmier(e)s en HH dans votre hôpital (ETP) >= 90 % nombre théorique	94	91 %	88 %	11	92 %	92 %	52	96 %	93 %	31	84 %	82 %
Présence de référents en hygiène hospitalière	99	96 %	90 %	11	92 %	92 %	51	94 %	85 %	37	100 %	97 %
Hôpitaux avec au moins 1 référent par USI	95	92 %	81 %	11	92 %	75 %	47	87 %	72 %	37	100 %	95 %
Hôpitaux avec au moins 1 référent par service	84	82 %	65 %	10	83 %	75 %	41	76 %	57 %	33	89 %	74 %
Nombre total d'heures de formation interne en HH dispensé par l'équipe HH au personnel de l'hôpital, par ETP théorique médecin+infirmière) - médiane (P25-P75)*	22 (13-36)	15 (9-31)		35 (23-36)	30 (15-95)		19 (11-41)	12 (7-28)		20 (13-28)	17 (11-26)	
Nombre total de participants à ces formations HH, par ETP théorique - médiane (P25-P75)	237 (140-365)	187 (96-285)		250 (160-393)	252 (141-285)		266 (152-384)	193 (111-318)		205 (105-313)	175 (61-265)	
Score moyens												
Moyenne des points (max: 7)	5.7	5.1		6	5.5		5.6	4.9		5.8	5.2	
Moyenne des points (%)	81 %	73 %		86 %	79 %		70 %	70 %		74 %	74 %	
N (%) hôpitaux par catégorie												
Score bas (<4)	4	4 %	15 %	1	8 %	17 %	3	6 %	17 %	0	0 %	11 %
Moyen (4-5)	37	36 %	43 %	2	17 %	58 %	20	37 %	48 %	15	41 %	45 %
Elevé (6-7)	62	60 %	41 %	9	75 %	46 %	31	57 %	35 %	22	59 %	45 %

HH : hygiène hospitalière. ETP : équivalent temps plein, USI : unité de soins intensifs, P25-P75 : percentile 25-75

3.3. INDICATEURS D'ACTION

Les indicateurs d'action dichotomiques comprennent 2 indicateurs liés à la participation à des réunions, 11 liés à la surveillance des infections (dont une question « autre »), 1 pour un système d'alerte locale, 7 pour des audits de processus (dont une question « autre »). Un point est attribué par indicateur dichotomique en cas de « oui », à l'exception des questions « autres » car souvent ces « autres » reprennent des éléments déjà mentionnés auparavant, et par ailleurs difficiles à standardiser. Un point de plus est attribué aux hôpitaux qui rapportent l'observation de plus de 150 opportunités d'hygiène des mains hors campagne. Le maximum pour le score d'action est donc 20.

Figure 3 | Hôpitaux belges, selon leur score d'action pour les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière, par région, 2015.



Score d'action : max 20 points

Tableau 4 | Indicateurs et scores d'action dans les hôpitaux belges, par région, 2013-2015

	BELGIQUE		BRUXELLES		FLANDRE		WALLONIE	
	2013		2015 (N=12)		2013		2015 (N=37)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participation de la direction aux réunions du comité HH	97	94 %	12	100 %	49	91 %	36	97 %
Participation de l'équipe HH aux réunions de la plateforme régionale HH	96	93 %	12	100 %	48	89 %	36	97 %
Surveillance								
MRSA (surveillance locale)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	100 %
MPSA (participation à la surveillance nationale)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	100 %
Septicémies (surveillance locale)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	100 %
Septicémies (surveillance nationale)	102	99 %	12	100 %	54	100 %	36	97 %
Bactéries à Gram-négatifs multi-résistants (surveillance locale)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	100 %
Bactéries à Gram-négatifs multi-résistants (surveillance nationale)	102	99 %	12	100 %	54	100 %	36	97 %
Infections à <i>Clostridium difficile</i> toxigène	100	97 %	12	100 %	53	98 %	35	95 %
Infections aux soins intensifs	70	68 %	7	58 %	45	83 %	18	49 %
Infections du site opératoire	41	40 %	7	58 %	27	50 %	7	19 %
Entérocoques résistants à la vancomycine	97	94 %	12	100 %	51	94 %	34	92 %
Système d'alerte								
Existence d'une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe HH (système d'alerte)	101	98 %	12	100 %	53	98 %	36	97 %

Tableau 4 (suite) | Indicateurs et scores d'action dans les hôpitaux belges, par région, 2013-2015

Audits locaux de processus												
Hygiène des mains (hors campagne nationale)	81	79 %	47 %	8	67 %	42 %	48	89 %	63 %	25	68 %	26 %
Hôpitaux rapportant le nombre d'opportunités observées	76	74 %	45 %	8	67 %	42 %	43	80 %	61 %	25	68 %	24 %
N opportunités observées (médiane)	348	457	377	325	488	467	175	317				
Hôpitaux rapportant au moins 150 opportunités	58	56 %	39 %	8	67 %	33 %	35	65 %	54 %	15	41 %	21 %
Autres audits locaux de processus												
Audits de la voie centrale	61	59 %	35 %	7	58 %	33 %	29	54 %	39 %	25	68 %	29 %
Audits de la ventilation assistée	67	65 %	55 %	5	42 %	33 %	41	76 %	67 %	21	57 %	45 %
Audits des sondes urinaires	55	53 %	19 %	8	67 %	17 %	21	39 %	22 %	26	70 %	16 %
Prévention des infections post-opératoires	44	43 %	18 %	7	58 %	33 %	25	46 %	22 %	12	32 %	8 %
Participation à des initiatives nationales												
Campagne nationale « hygiène des mains »	98	95 %	93 %	12	100 %	83 %	53	98 %	96 %	33	89 %	92 %
Score actions												
Moyenne des points (max: 20)	16.3	13.6	16.8	13.3	16.7	14.5	15.7	12.5				
Moyenne des scores, %	82 %	68 %	84 %	67 %	84 %	72 %	62 %					
N (%) hôpitaux par catégorie												
Score bas (<=12)	6	6 %	38 %	0	0 %	42 %	1	9 %	28 %	5	14 %	50 %
Score moyen (13-15)	27	26 %	36 %	2	17 %	33 %	15	19 %	33 %	10	27 %	39 %
Score élevé (>15)	70	68 %	27 %	10	83 %	25 %	38	41 %	39 %	22	59 %	11 %

MRSA: methicillin resistant *Staphylococcus aureus*

HH: hygiène hospitalière

3.3.1. Questions ouvertes

La liste exhaustive des réponses à ces questions est donnée en annexe. Nous avons catégorisé les réponses comme suit (en combinant audits et surveillances, et en excluant les réponses mentionnant des surveillances ou audits repris par ailleurs, par exemple, surveillance des CPE – carbapenemase-producing enterobacteriaceae).

Transmission de micro-organismes	Strep. β -hemolytique groupe A, tuberculose, scabies Rotavirus, norovirus, influenza, varicelle, hépatite A, virus respiratoire syncitial Staphylococcus coagulase negative
Infections	Accès vasculaire en dialyse Infections urinaires sur sondes SARI (severe acute respiratory infections) , VAP (ventilator-associated pneumonia) Legionelloses, aspergilloses
Processus	Isolements , isolements syndromiques Contamination des hémocultures Pansements cathéters Dépistage MSSA en dialyse, décontamination MRSA, Consommation solution-hydroalcoolique (SHA), gestion des flacons de SHA Audits : précautions standards, mains (bijoux), Audits : chambres implantables, gestion des masques d'aérosols, Audits : lingerie, nettoyage Audits : connaissance MRSA Audits : tenues quartier opératoire, check list quartier opératoire, préparation préopératoire des patients Audit screening MRSA au service des urgences Hémovigilance
Protection du personnel	Expositions professionnelles aux virus respiratoires, vaccination influenza Ebola Accidents d'exposition au sang
Médico-technique	Endoscopie, biberonnerie Air en salle d'opération Piscine
Travaux / chantiers	Audits des chantiers et travaux Entretien des brises jets
Sous-traitants, logistique	Audits cuisine HACCP

NB : certains programmes mentionnés sont hors recommandations scientifiques (prélèvements surface, etc...)

3.4. INDICATEURS DE PROCESSUS

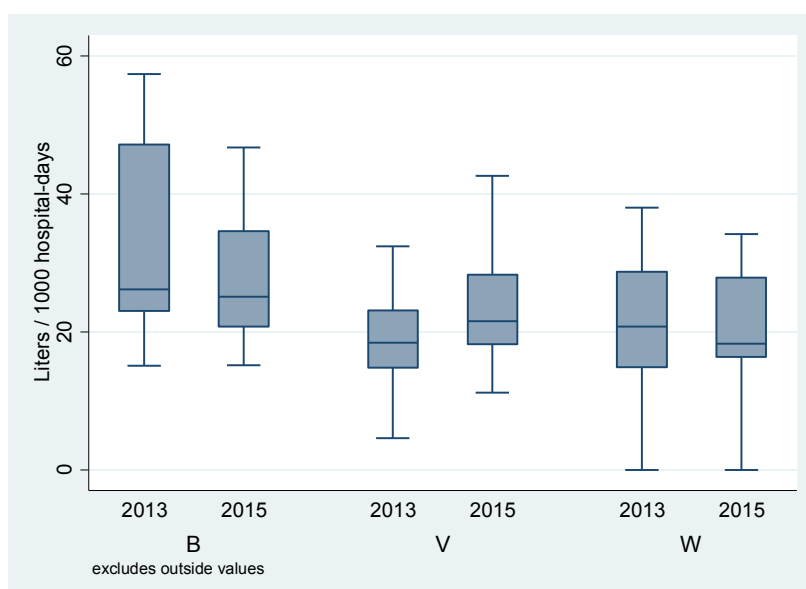
II. R.3 Consommation de solution hydro-alcoolique

La consommation de solution hydro-alcoolique est la plus élevée à Bruxelles, mais la variabilité est grande (Tableau 5, Figure 4). Le classement est présenté en annexe.

Tableau 5 | Consommation de solution hydro-alcoolique dans les hôpitaux belges, par région, 2015

	BELGIQUE		BRUXELLES		FLANDRE		WALLONIE	
	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013
N hôpitaux	103	105	12	12	54	54	37	39
Litres/ 1000 journées d'hospitalisation), médiane	21.3	21.1	25.1	30.4	21.6	18.5	19.6	20.8

Figure 4 | Consommation de solution hydro-alcoolique (l/1000 journées d'hospitalisation) dans les hôpitaux belges, distribution par région, 2013 & 2015



B : Bruxelles V : Flandre W : Wallonie

Sans valeurs extrêmes

II. R.4 Pourcentage d'observance d'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs lors de la campagne nationale 2015

En 2015, l'observance des recommandations d'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs pour 136 unités observées était de 80.6 % (moyenne des pourcentages post-campagne). (Source : rapport de la 6e campagne d'hygiène des mains 2015, p12 (3)). En 2013, l'observance post campagne pour 114 unités observées était de 77,8 %.

(http://www.nsih.be/surv_hh/inleiding_fr.asp)

3.5. INDICATEURS DE RÉSULTATS

II.R.1 Incidence des MRSA d'origine nosocomiale

Ces données sont récoltées dans le cadre de la surveillance MRSA.

L'incidence de MRSA acquis à l'hôpital (échantillons cliniques) est en constante diminution dans les hôpitaux aigus en Belgique, depuis 3.3/1000 admissions en 2004, jusqu'à 0.9 en 2015 (4).

Tableau 6 | Incidence de MRSA acquis à l'hôpital (échantillons cliniques) par région. Belgique 2013-2015.

Année	MRSA acquis à l'hôpital (échantillons cliniques), par 1000 admissions		
	2013	2014	2015
Bruxelles	0.9	0.7	0.6
Flandre	0.8	0.7	0.6
Wallonie	1.8	1.7	1.5
Belgique	1.1	0.9	0.9

Source : Surveillance des bactéries résistantes aux antibiotiques dans les hôpitaux belges: rapport annuels 2013-2015

http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_fr.asp

II.R.2 Incidence des septicémies sur cathéter central

Ces données sont récoltées dans le cadre de la surveillance nationale des septicémies acquises à l'hôpital.

En 2015, l'incidence moyenne des septicémies associées aux cathéters veineux centraux par 10.000 journées d'hospitalisation, était de 2,2 à l'hôpital. Ces chiffres sont en augmentation ces dernières années. (rapport national septicémies 2016) (5)

Les données par région ne sont pas disponibles.

Tableau 7 | Incidence des septicémies sur cathéter central à l'hôpital, selon le degré de certitude de l'origine de la septicémie, Belgique 2013-2015

Année	Septicémies sur cathéter central / 10000 journées d'hospitalisation		
	2013	2014	2015
Origine cathéter central*			
Confirmée	0.8	0.9	0.9
Probable	0.6	0.7	0.8
Possible	0.6	0.5	0.5
Total	2.0	2.1	2.2

* Origine confirmée: suspicion clinique avec confirmation bactériologique; origine probable: suspicion clinique sans confirmation bactériologique; origine possible: pas d'origine identifiée pour la septicémie, mais présence d'un cathéter central dans les 2 jours précédant l'infection

4. DISCUSSION

4.1. PRINCIPAUX RÉSULTATS

Pour la récolte de données 2015, la plateforme fédérale en hygiène hospitalière a décidé de donner la priorité à la comparabilité avec la récolte précédente. Aucun changement n'a donc été apporté aux indicateurs et au calcul des scores, afin de permettre une mesure précise des progrès accomplis en 2015 par rapport aux indicateurs choisis.

Des progrès importants ont été observés au niveau de tous les points faibles identifiés en 2013:

- Intégration du plan stratégique en hygiène hospitalière dans le plan stratégique de l'hôpital (de 39 % des hôpitaux en 2013, à 70 % en 2015) ;
- Surveillance des infections aux soins intensifs (52 % des hôpitaux en 2013, 68 % en 2015), surveillance des infections de site opératoire (18 % vs 40 %) ;
- Augmentation du nombre d'hôpitaux rapportant des audits locaux de processus: hygiène des mains hors campagne nationale (47 % en 2013, 79 % en 2015), voies centrales (35 % vs 59 %), ventilation assistée (55 % vs 65 %), sondes urinaires (19 % vs 53 %), prévention des infections de site opératoire (18 % vs 43 %).

Les points forts restent les mêmes:

- diminution constante de l'incidence des infections cliniques à MRSA acquises dans les hôpitaux aigus (3.3/ 1000 admissions en 2003; 0.9/1000 admissions en 2015) ;
- l'observance aux recommandations de bonne pratique pour l'hygiène des mains dans les unités de soins intensifs ;
- des performances globalement très bonnes en ce qui concerne les indicateurs d'organisation et de moyens (1 et 4 hôpitaux respectivement, obtiennent un score bas pour ces indicateurs).

L'incidence des septicémies sur cathéter central n'a cependant pas diminué entre 2013 et 2015.

L'amélioration observée au niveau des points faibles identifiés en 2013 – par exemple, les indicateurs de processus - est fort encourageante. Il semble raisonnable d'attribuer ces améliorations au projet « indicateurs de qualité » et au souci des équipes d'hygiène et des directions hospitalières d'améliorer les scores de leur hôpital.

4.2. LIMITATIONS

Validité des données

Aucun contrôle de qualité externe n'ayant été effectué en Belgique sur les données analysées dans ce rapport, la fiabilité de ces résultats dépend exclusivement du soin mis par les hôpitaux à enregistrer des données correctes. La nécessité de mettre en place un tel contrôle de qualité a été soulignée à plusieurs reprises - dans l'étude de faisabilité (publiée en 2011) et dans le rapport sur la première récolte de données (publiée en 2013), mais cette recommandation n'a pas encore été suivie. Ce contrôle de qualité augmenterait substantiellement la crédibilité de l'ensemble du projet.

Amélioration des indicateurs de processus... pas des indicateurs de résultats

L'amélioration des indicateurs de processus pourrait faire espérer une amélioration des indicateurs de résultats tels que l'incidence des septicémies associées à l'hôpital (données récoltées par ailleurs), dont font partie les septicémies associées à un cathéter veineux central. Ce n'est pas le cas. D'une part, il est sans doute encore trop tôt pour cela, d'autre part, les indicateurs dichotomiques (audits: oui/non) ne permettent pas d'évaluer la quantité et la qualité des audits réalisés. Enfin, l'effet de certaines améliorations au niveau des moyens ou de l'organisation doit se traduire en amélioration de processus avant de pouvoir générer un impact mesurable sur les indicateurs de résultats.

La diminution de l'incidence des infections nosocomiales à MRSA, observée depuis plusieurs années – y compris dans d'autres pays - ne peut être attribuée à une amélioration des indicateurs de processus dans le cadre du projet « indicateurs de qualité ».

Appréciation très partielle de la qualité du programme de prévention des infections à l'hôpital

Ce projet n'a pas pour objectif de mesurer de manière exhaustive la qualité dans le domaine de la prévention des infections à l'hôpital. Le choix stratégique explicite fait par la plate-forme fédérale en hygiène hospitalière est de se limiter - tout au moins dans un premier temps - , aux missions des équipes d'hygiène. Ceci exclut, par exemple, tout ce qui concerne l'usage prudent des antibiotiques, et la prévention des infections du personnel soignant. Le programme « indicateurs de qualité en HH » est avant toutes choses un outil d'amélioration visant par exemple à piloter des actions d'amélioration ciblées telles que la pratique des audits de bonne pratique.

Le nombre d'indicateurs récoltés dans le cadre de projet est limité: il faut donc se garder d'interpréter les scores comme une évaluation globale de la qualité dans le domaine de l'hygiène hospitalière, et encore moins de la qualité globale au niveau de l'hôpital.

Ainsi par exemple, tous les indicateurs dans la catégorie « organisation » se réfèrent à des obligations légales, et le score moyen d'organisation au niveau national est de 93 %. Les indicateurs se référant à des obligations légales représentent près de la moitié des points du score dans la catégorie « action ». Ces obligations sont remplies par plus de 90 % des hôpitaux, et le score moyen d'action est de 82 %. Ces résultats performants pourraient faire oublier que nombre d'éléments de la qualité en hygiène hospitalière ne sont pas repris dans ces scores.

4.3. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PROJET ET PROCHAINE RÉCOLTE DE DONNÉES.

Lors de la réunion de la plate-forme fédérale en hygiène hospitalière et des représentants de l'ISP, le 2 décembre 2015 les orientations stratégiques suivantes ont été proposées:

- Option 1: le projet indicateurs de qualité est un moyen d'amélioration de cibles spécifiques
Limiter les changements apportés au protocole utilisé en 2013. L'objectif est d'utiliser le programme QI comme un moyen d'amélioration de cibles spécifiques et relativement limitées.
 - Avantages:
 - meilleure comparabilité avec les résultats précédents ;
 - Possibilité d'envisager des changements progressifs (par exemple chaque année un thème se rajoute) ;
 - Permet d'orienter le programme vers des objectifs prioritaires identifiés comme tels sur base des constats et actions des différentes structures impliquées dans la lutte contre l'infection (plateforme fédérale d'hygiène, programmes de surveillance nationaux, Conseil Supérieur de la Santé, Belgian Infection Control Society).
 - Désavantages:
 - Certaines équipes peuvent se sentir frustrées que leurs efforts dans des domaines non repris dans le calcul des scores ne soient pas reconnus et valorisés ;
 - Risque de se concentrer sur « avoir un bon score » (c'est toujours le cas quand on utilise des scores, mais d'autant plus quand le nombre d'indicateurs contribuant au score est limité, comme dans le projet actuel).
- Option 2: le projet indicateurs de qualité vise à fournir un état des lieux exhaustif de la qualité dans le domaine de la prévention des infections à l'hôpital
Cette option est celle qu'a prise le programme français « tableau de bord des infections nosocomiales ». L'objectif est d'obtenir un état des lieux aussi complet que possible de la prévention des infections à l'hôpital. Ce sont les hôpitaux qui décident alors de leurs priorités d'amélioration.

- Avantages:
 - approche plus globale, les résultats donnent une mesure moins partielle de la qualité ;
 - plus en ligne avec l'objectif « accountability » tel qu'il a été défini.
- Désavantages:
 - moindre comparabilité avec versions précédentes ;
 - complexité opérationnelle plus importante de par la multiplication des acteurs concernés.

La plate-forme fédérale en hygiène hospitalière a fait le choix explicite – dans une première phase - de l'option 1. L'objectif est de proposer des changements de protocole en début d'année, afin que les équipes d'hygiène puissent se préparer à l'évaluation l'année suivante. Cependant, cette révision de protocole n'a pas eu lieu au début 2016. Le questionnaire utilisé en 2017 sera donc comparable à celui utilisé les années antérieures.

4.4. FRAGMENTATION DES INITIATIVES « QUALITÉ À L'HÔPITAL » EN BELGIQUE

Ce programme « indicateurs de qualité en hygiène hospitalière » évolue parallèlement à de nombreuses initiatives « qualité à l'hôpital » en Belgique - par exemple, le programme Vlaams Indicatorenproject (VIP2) de la région flamande (6), la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) (7) en communauté Wallonie-Bruxelles, les diverses initiatives d'accréditation des hôpitaux, les contrats qualité du SPF... ces initiatives non coordonnées présentent un tableau fragmenté de la qualité à l'hôpital, combinant duplication et manquements dans la mesure de cette qualité.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette seconde récolte de données d'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière portant sur l'année 2015 confirme les points forts tels que la diminution de l'incidence des MRSA nosocomiaux, ou l'observance aux recommandations de bonne pratique de l'hygiène des mains. Elle a permis de mesurer les progrès importants accomplis en l'espace de 2 ans quant aux points faibles identifiés en 2013, en particulier les indicateurs d'audits. Ces améliorations des indicateurs de processus ne vont cependant pas de pair avec une amélioration des indicateurs de résultats tels que l'incidence des septicémies associées à l'hôpital, ou les septicémies sur cathéter veineux central, qui restent stables. Il ne faut pas oublier que les scores ne présentent qu'une vision très partielle de la qualité dans le domaine de la prévention des infections à l'hôpital, et que l'absence d'un contrôle de qualité externe nuit à la crédibilité des résultats.

Recommandations

Les priorités d'action et les recommandations sont les suivantes :

- Pour les autorités responsables : mettre en place un système de contrôle de qualité externe pour les données récoltées dans le cadre des indicateurs de qualité en hygiène hospitalière ;
- Pour l'ensemble des acteurs, y compris l'Institut Scientifique de la Santé Publique :
 - Encourager le développement d'audits de processus, par exemple :

En faire une priorité à porter au niveau des plateformes en hygiène hospitalière, formation des équipes d'hygiènes à la mise en place d'audits de processus (auditer quoi, comment, à quelle fréquence, comment améliorer l'acceptabilité). Identifier/ développer des protocoles standardisés aussi simples que possible
 - Encourager la participation à la surveillance des infections dans les unités de soins intensifs, et les infections de site opératoire ;

Développement d'outils de surveillance simplifiés axés sur l'utilité opérationnelle au niveau de l'hôpital même. Les protocoles actuels sont considérés par la majorité des hôpitaux comme étant trop compliqués. Intégrer les besoins des équipes opérationnelles d'hygiène dans les cahiers de charge des protocoles de surveillance nationaux ;
 - Envisager l'élaboration d'un tableau de bord rassemblant les différentes initiatives contribuant à la lutte contre les infections associées aux soins ;

Adjonction notamment des indicateurs en cours d'élaboration au sein du groupe « médecine hospitalière » de la BAPCOC, coordonnant les groupes de gestion de l'antibiothérapie existant au sein des hôpitaux ;
 - Envisager à court et moyen terme d'élargir les programmes actuels au-delà des missions de l'équipe de l'hygiène, et du groupe de gestion de l'antibiothérapie, en incluant des indicateurs dans les domaines suivants :

Prévention des infections du personnel soignant (accidents exposant au sang, vaccination), implication des patients, leurs familles et visiteurs... (Ceci nécessite d'inclure dans le projet les structures et fonctions mandatées pour ces missions : médecins du travail, conseillers en prévention,...)

6. ANNEXES

6.1. QUESTIONNAIRE

INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE HOPITAUX AIGUS

Année de référence 2015 Hôpital:

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	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.O.1.b	Si oui : inclus dans le plan stratégique de l'hôpital	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
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	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.O.4	Présence d'un rapport annuel en hygiène hospitalière	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.O.5	Au moins un(e) Infirmier(e) hygiéniste membre du staff cadre infirmier intermédiaire	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
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	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
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)	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
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)	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
Présence d'un système local de surveillance pour....		
I.A.3.a	MRSA	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.A.3.b	Si oui : participation à la surveillance nationale (NSIH)	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.A.4.a	Septicémies	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.A.4.b	Si oui : participation à la surveillance nationale (NSIH)	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.A.5.a	Bactéries à Gram-négatifs multi-résistants	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>
I.A.5.b	Si oui : participation à la surveillance nationale (NSIH)	<i>O Oui O Non O Inconnu</i>

**INDICATEURS DE QUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
HOPITAUX AIGUS**

Année de référence 2015 Hôpital:

Présence d'un système local de surveillance pour...		
I.A.6	Infections à <i>Clostridium difficile</i> toxinogène	<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 (si 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
4 INDICATEURS DE RESULTATS (suivant protocoles ISP). <i>Ces données sont disponibles par ailleurs : ne rien encoder</i>		
5 INDICATEURS DE PROCESSUS		
II.R.3	Volume global de consommation de solutions hydro-alcooliques dans les unités de soins de votre hôpital (litres)	_ _ _ _ _
6 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)	

6.2. LISTE NOMINATIVE DES HÔPITAUX ET SCORES, DONNÉES 2015

Attention: les scores ne concernent qu'un nombre limité d'indicateurs en hygiène hospitalière et ne peuvent en aucune façon être assimilés à une mesure globale de la qualité à l'hôpital.

NB: en cas de regroupement d'hôpitaux (fusion), c'est le nom de la fusion qui est mentionné, et le code postal du site principal.

	POST-CODE	COMMUNITY	NAME	POINTS GANISATION (max 6)	POINTS RESSOURCES (max 7)	POINTS ACTIONS (max 20)
1	1000	BRUSSEL--1	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	6	6	17
2	1000	BRUXELLES--1	CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST. PIERRE	6	7	18
3	1000	BRUXELLES--1	INSTITUT JULES BORDET	4	2	15
4	1020	BRUXELLES-2	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA (HUDERF)	6	6	16
5	1020	BRUXELLES--2	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	6	7	16
6	1040	BRUXELLES--4	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	3	6	13
7	1070	BRUXELLES--7	CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME	5	7	17
8	1070	BRUXELLES--7	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL (SARE)	6	7	18
9	1090	BRUSSEL--9	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	6	7	18
10	1180	BRUSSEL-18	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	6	5	16
11	1180	BRUXELLES-18	C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL	6	5	18
12	1200	BRUXELLES-20	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC	5	7	19
13	1340	OTTIGNIES	CLINIQUE SAINT PIERRE	5	7	18
14	1400	NIVELLES	CENTRE HOSPITALIER TUBIZE - NIVELLES	5	7	18
15	1500	HALLE	A.Z. SINT-MARIA	6	7	19
16	1800	VILVOORDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	6	4	14
17	2060	ANTWERPEN-6	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	6	6	17
18	2100	DEURNE	A.Z. MONICA	6	7	13
19	2200	HERENTALS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HERENTALS	6	5	17
20	2300	TURNHOUT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	6	5	16
21	2390	MALLE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF	6	7	18
22	2400	MOL	HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	6	5	16
23	2440	GEEL	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA	5	5	19
24	2500	LIER	HEILIG HART ZIEKENHUIS Vzw	6	2	15
25	2610	WILRIJK	GZA- ZIEKENHUIZEN	5	5	20
26	2650	EDEGEM	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	5	7	20
27	2800	MECHELEN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN	6	5	14
28	2820	BONHEIDEN	IMELDA ZIEKENHUIS	6	6	18
29	2840	REET	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HEILIGE FAMILIE	5	4	16
30	2880	BORNEM	SINT-JOZEFKLINIEK	6	4	15
31	2930	BRASSCHAAT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	5	7	19
32	3000	LEUVEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	6	6	15
33	3000	LEUVEN	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	6	6	20
34	3290	DIEST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST	6	5	19
35	3300	TIENEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART TIENEN	6	5	13
36	3500	HASSELT	JESSAZIEKENHUIS	6	7	19
37	3550	HEUSDEN	ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS	6	6	14
38	3600	GENK	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	5	5	20
39	3680	MAASEIK	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	6	1	12
40	3700	TONGEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	6	5	17
41	3800	SINT-TRUIDEN	ST. TRUDO ZIEKENHUIS	5	7	15
42	3900	OVERPELT	MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	6	7	14
43	4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	5	5	17
44	4000	LIEGE-1	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	6	7	18
45	4000	LIEGE-1 (SART-TILMAN)	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	6	7	18
46	4000	ROCOURT	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	6	7	17
47	4020	LIEGE	INTERCOM. DE SOINS SPECIALISES DE LIEGE	6	4	14
48	4040	HERSTAL	CLINIQUE ANDRE RENARD	5	5	16
49	4100	SERAING	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	6	5	14

= faible = moyen = élevé

	POST-CODE	COMMUNITY	NAME	POINTS GANISATION (max 6)	POINTS RESSOURCES (max 7)	POINTS ACTIONS (max 20)
50	4500	HUY	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	6	4	13
51	4700	EUPEN	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	6	5	11
51	4700	EUPEN	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	6	5	11
52	4780	SANKT-VITH	KLINIK ST.-JOSEF	6	4	12
53	4800	VERVIERS	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE VERVIERS	5	6	13
54	4960	MALMEDY	CLINIQUE REINE ASTRID	5	4	12
55	5000	NAMUR	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	4	6	19
56	5000	NAMUR	CHU UCL NAMUR	5	6	16
57	5004	BOUGE	CLINIQUE ST.-LUC	6	7	17
58	5060	AUVELAIS	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	5	4	14
59	5500	DINANT	CHU UCL NAMUR	6	5	14
60	5530	MONT-GODINNE	CHU UCL NAMUR	6	7	17
61	6000	CHARLEROI	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	6	5	20
62	6041	GOSELIES	CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	6	6	16
63	6042	LODELINSART	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI	6	7	17
64	6110	MONTIGNY-LE-TILLEUL	C. H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	6	7	17
65	6460	CHIMAY	CENTRE DE SANTE DES FAGNES	6	4	15
66	6700	ARLON	VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	6	5	19
67	6800	LIBRAMONT	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	6	4	12
68	6900	MARCHE-EN-FAMENNE	VIVALIA - INSTITUT FAMENNE-ARDENNE-CONDROZ	6	7	17
69	7000	MONS	C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE	6	6	14
70	7000	MONS	CHR MONS - HAINAUT	5	5	15
71	7060	SOIGNIES	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	5	6	14
72	7100	HAINE-SAINT-PAUL	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	5	6	18
73	7100	LA LOUVIERE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	4	7	17
74	7301	HORNU	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	5	7	16
75	7500	TOURNAI	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	5	6	12
75	7500	TOURNAI	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	5	6	12
76	7700	MOUSCRON	CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	6	7	16
77	7800	ATH	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	5	7	16
78	8000	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	4	6	16
79	8300	KNOKKE-HEIST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ZENO	5	7	19
80	8310	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	5	7	15
81	8400	OOSTENDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	6	7	18
82	8500	KORTRIJK	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	6	7	19
83	8630	VEURNE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. AUGUSTINUS	5	6	15
84	8700	TIELT	ST.-ANDRIESZIEKENHUIS	5	6	17
85	8790	WAREGEM	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	5	5	18
86	8800	ROESELARE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	5	4	16
87	8820	TORHOUT	ST.-REMBERTZIEKENHUIS V.Z.W.	6	3	16
88	8870	IZEGEM	ST.-JOZEFSKLINIEK Vzw	6	7	17
89	8900	IEPER	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzw	6	6	16
90	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	5	6	18
91	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	6	6	14
92	9000	GENT	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	6	7	15
93	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	5	5	18
94	9100	SINT-NIKLAAS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	6	5	18
95	9160	LOKEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN	6	5	14
96	9200	DENDERMONDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIVS	6	7	18
97	9300	AALST	ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	5	6	16
98	9300	AALST	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	6	5	17
99	9600	RONSE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	6	6	17
100	9620	ZOTTEGEM	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	6	6	19
101	9700	OUDENAARDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENAARDE	6	5	18
102	9800	DEINZE	ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS	6	6	16
103	9900	EKLO	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	6	6	18

= faible = moyen = élevé

6.3. RELEVÉ EXHAUSTIF DES RÉPONSES DONNÉES À LA QUESTION OUVERTE « AUTRE SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE »

Hosp	A_10_b
6	Legionella pneumophila
9	TBC, CPE, <i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Escherichia coli</i> en <i>Klebsiella pneumoniae</i> en multiresistente <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en <i>Acinetobacter baumannii</i>
10	Infections liées aux soins avec <i>Acinetobacter baumannii</i> multi-résistant
12	rotavirus
17	In het elektronisch patientendossier kan een attentiecode ingegeven worden die wijst op een besmetting.
32	MDRO: CPE, Nonfermenters
37	NOROVIRUS
39	CPE + changement de cathéter de voies centrales au QO pour cause d'infection.
42	CPE
43	Suivi des infections d'accès vasculaires en hémodialyse (FAV, Goretex, cathéters)
49	MRSA-screening bij alle gehospitaliseerde patienten; CPE-screening bij alle patienten die uit een ander ziekenhuis komen; CPE-screening op alle urinestalen van geriatrische patienten
57	Norovirus
63	isolaties 2015
68	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multi R
76	Expositions professionnelles / viroses respiratoires hivernales
77	suivi CPE USI 1020 du 1/2 au 25/5/2015.
79	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multirésistant -
87	CPE ESBL
96	CPE
97	Wekelijkse opvolging incidentie van een aantal geselecteerde kiemen om epidemische verheffing vroegtijdig te detecteren
99	Cauti, BRMO
102	urinewegsinfecties, centraal-veneuze katheter-gerelateerde infecties
103	BLSE CPE
104	Wekelijkse antibiotica toer op intensieve zorgen
110	RSV, Rota-virus, salmonella, Tuberculose, CPE
117	Influenza positieve patiënten
124	RSV/ rota/ adeno's
126	<i>Klebsiella pneumoniae</i> Amp_C
134	Excel bestand op server via labo en opvolging team ziekenhuishygiëne
140	1. MR <i>Acinetobacter baumannii</i> 2. MR <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 3. Carbapenemase resistente <i>Enterobacteriaceae</i> 4. Vanco resistente <i>Enterococci</i> 5. Linezolid resistente <i>Enterococci</i> 6. urinewegsinfecties 7. kwaliteit hc
146	KPN BLSE
150	CPE
164	CPE
166	* <i>Pseudomonas aeruginosa</i> multi-R dont producteurs de carbapénémase type VIM * CPE * Suite et fin gestion <i>Citrobacter koseri</i> en C »ge néonatal
176	UWI - legionella - NORO/ROTA
217	CPE

Hosp	A_10_b
243	SARI (ernstige acute luchtweginfecties) en TBC
246	surveillance de l'émergence des CPE
264	CPE
265	overzichtslijsten vanuit van alle pt met een zorggerelateerde infectie/multiresistente bacterie met opvolging bij heropname Pediatrie: overzichtslijst van isolatie op basis klinische symptomen
290	surveillancescreening IZ en oncologie, MRSA/MMSA screening dialyse
300	Legionella, CAUTI's, bijzondere micro-organismen (influenza, varicella,...)
308	CAUTI
310	nosocomiale Aspergillus, legionella, virale infecties
314	urinegeweginfecties, Katheterinfecties
322	zie jaarverslag UZLeuven
325	CPE
332	Entérobactérie, staph coag neg, BGN non fermentant, legionella, TBC
346	contamination des hémocultures - surveillance KPN BLSE
371	urinegeweginfecties
378	Intern registratieprogramma
392	aantal isolaties aantal urinegeweginfecties
395	TBC
396	CAUTI incidentiëmeting
403	pyo VIM
406	pyo MDR acinetobacter legionellose tuberculose influenza infections nosocomiales C strepto beta hemolytique A ...
525	CPE
534	klebsiella pneumoniae oxa-48
536	TBC - HAV-CPE
550	Scabies
595	S. pyogenes, meropenem R Acinetobacter, S. pneumoniae, MR P. aeruginosa, RSV, Influenza, Rota, Stenotrophomonas maltophilia op IC, peillaboratoria
670	CPE
682	Urinegeweginfecties, Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae (CPE)
689	Glims : 1. Norovirus, 2. Streptococcus pyogenes, 3. Influenza A/B
707	TUBERCULOSE PULMONAIRE, GRIPPE
709	ESBL
710	VAP ratio, standaard screening MRSA en CPE op intensieve zorgen
712	Heelkunde 1 project Blaassondage opvolgen UWI
713	via Glims
714	meldingsplichtige infectieziekten
718	CPE
723	legionelle, enterobacter, tbc, staphylococcus, BGH

6.4. RELEVÉ EXHAUSTIF DES RÉPONSES DONNÉES À LA QUESTION OUVERTE « AUTRES AUDITS LOCAUX DE PROCESSUS »

Hosp	A_17_b
6	Endoscopie digestive
9	Prikongevallen, griepvaccinatie medewerkers
10	Suivi des patients présents dans un service concerné par une épidémie de gale / Surveillance des syndrômes respiratoires aigus (SARI) pour Influenza (ISP).
12	-melkkeuken: afkoelingsproces en microbiologische veiligheid. -behandeling van ziekenhuislinnen -bacteriologische omgevingscontroles -werfbezoeken bij bouwen en verbouwen -tracers infectiepreventie
17	Rondgang in de 'nieuwbouw'; MRSA+CPE screening
20	Cathéters périphériques
23	Audit du respect des précautions additionnelles
39	Bactériémies post-hospit de 48H aux USI + gestion de pansements de voies périphériques aux USI et urgences
43	Dépistage et décontamination des patients MSSA en dialyse. Suivi de la couverture vaccinale des patients dialysés.
49	Staphylococcus aureus dragerschap op de neonatale intensieve zorgafdeling Audit op hemodialyse gevolgd door opleiding op maat op vlak van ZIB Wekelijks overleg ZIB-I-diensten met het oog op optimale infectiebeheersing
63	Partikelmetingen OK Cultuurafnames endoscopie cultuurafnames melkkeuken cultuurafnames grootkeuken audit handhygiëne audit isolaties audit melkkeuken
77	précautions additionnelles, support solution hydroalcoolique, port de bijoux
79	Conso SHA par unité ou service - Audit environnement hémato - Audit bijoux.
87	Programme infectio-hygiène bulletin épidémiologique et feuille du tour infectieux
96	cathtéters veineux périphériques
97	Toezicht op de toepassing van het screenen op MRSA volgens de intern voorgeschreven indicaties. Ook wekelijks toezicht op de juiste toepassing van isolatiemaatregelen.
110	Audits travaux, Audit cuisine et biberonnerie, Audits déchets
111	Contrôle légionnelle Contrôle eau piscine Contrôle particules air bloc opératoire
117	1. VRE op dialyse, D5, C5, D6 incl cohorte dienst ism Z&G. 2. Ebola opleiding, audit infrastructuur Spoeddiensten, patiëntenflow en omkleedprocedures
124	Oppervlakteculturen/ ABC/Rondgang afdeling veiligheidsrondes
126	Bijkomende voorzorgsmaatregelen (infecties/kolonisaties)
140	Endoscopie waterbeheersplan pediatrie interne mini audits, aspect zhh lucht, oppervlakken sepsis, urinewegsinfecties zorggerelateerde infecties/kolonisatie met resistente MO op iz powi na ingreep borst
143	Audit intensieve zorgen: standaardvoorzorgsmaatregelen en bijkomende voorzorgsmaatregelen
146	Mise en place des précautions additionnelles Audit annuel entretien endoscopes
152	Cathéter périphérique
158	Biberonnerie
166	* Actualisations procédures dont désinfections endoscopes souples * Audit bundle hygiène bloc opératoire ~ ttes chirurgies électives + orthopédiques prothétiques
168	CPE Carbapenemase
204	Interne audit op de afdeling Endoscopie
217	Reiniging en desinfectie van aerosol. Gebruik isolatiemateriaal bij patiënten met BRMO, HACCP controles, toediening antibiotica
243	zorgobservaties ziekenhuishygiëne (controle scheiding proper-vuil, enz.), basisvoorwaarden handhygiëne, legionella, reinigings- en desinfectieproces flexibele endoscopen, enz.
246	journee « audit » non port des bijoux et friction des mains

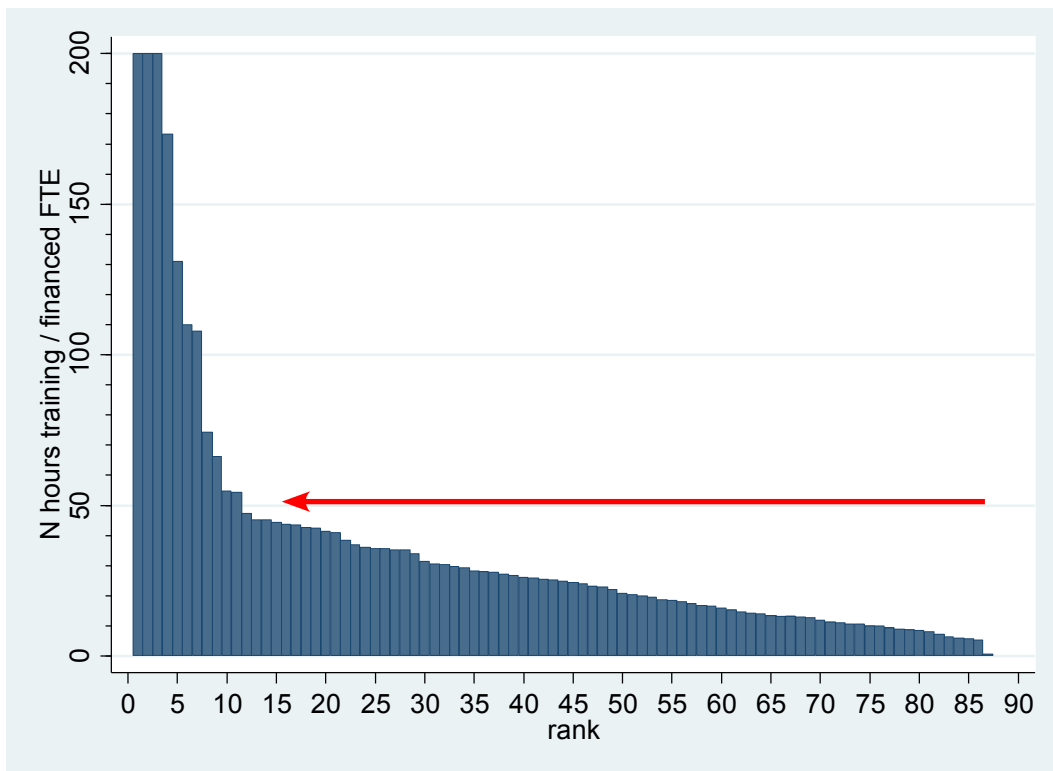
Hosp	A_17_b
247	consommation antibiotiques contrôle endoscopes Légionella et Aspergillus(eau, air, surface) plats cuisinés et biberons
249	Isolements et Chambres implantables
254	Hygiène et sécurité des denrées alimentaires Surveillance de Legionella dans l'eau de distribution
264	Gestion des pansements des KT périphériques aux USI et Urgences
265	controle basisvereisten handhygiëne. Kwantitatief onderzoek over kennis MRSA bij verpleegkundigen. Audit HACCP
266	Tenue du personnel au bloc CheckList sécurité au bloc check List sécurité en endoscopie digestive
290	vaataccesgerelateerde bacteriëmien op dialyse
300	longfunctietesten, stamceltransplantaties, endoscopieën, gebruik speelgoed, borst-en flesvoeding, voeding, schoonmaak,...
308	audit endoscopie, audit luchtkwaliteit operatiekwartier, tracers ZHH afdelingen en OK, controle voedingszorg afdelingen en melkkeuken
310	preventie van nosocomiale infecties m.b.t. gebruik van flexibele scopen
322	Aspergillus
332	Audit des pansements des KT (périph, CVC, RASC...), Hygiène rpéopératoire, HémoVigilance
346	surveillance microbiologique des endoscopes - frottis de dépistage USI et urgences - audit précautions additionnelles - frottis dépistage ortho
371	afdelings- en raadplegingstracers (endoscopie, OKA, ...)
392	kolonisaties MRK kennis handhygiëne aantal flessen handalcohol per afdeling, kwaliteit handalcohol, aanwezigheid lege flessenhandalcohol
396	legionella
397	Controles flexibele endoscopen, perifere lijnen, legionella en oppervlakken.
403	Audit entretien des brise-jets Audit dépistage des BMR
406	stratégies de dépistages, audit d'infrastructures, sous-traitants, etc
409	Protocole de surveillance des endoscopes + protocole de surveillance des paramètres de la piscine.
412	Précautions d'isolement - désinfection hygiénique des mains - mains dépourvues de bijoux
534	préparation préopératoire du patient
550	project afname hemoculturen
689	1.endoscopie 2.centrale keuken 3.afdelingskeukens 4.schoonmaak
706	Entretien
707	aerosoltherapie, precautions additionnelles, controles microbiologique des laves endoscopes
709	luchtweginfecties door hygiëne controle op de aerosolmaskers
712	observatie operatiekwartier tracers alle afdelingen observatie melkkeukens culturen verloskwartier, intensieve, N*, operatiekwartier, kwaliteitscontrole poets,
713	dienstkledij, basisvoorwaarden handhygiëne
715	HACCP audits en verbeterprogramma ikv voedsel gerelateerde infecties.
716	Audit endoscopie: « Reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen » Audit: « Hygiëne in de melkkeuken »
723	catheters (KTC,KTP) préparation sale operation, infections sonde hemog

6.5. CLASSEMENTS NON NOMINATIFS (RANKING)

Les graphiques suivant montrent pour certains indicateurs exprimés par une valeur numérique continue, les valeurs classées par ordre décroissant. Cela permet aux hôpitaux qui le souhaitent de trouver leur classement pour cet indicateur en situant leur valeur sur le graphique.

6.5.1. Heures de formation dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière, par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière

Figure 5 | Classement du nombre d'heures de formation dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière, 2015



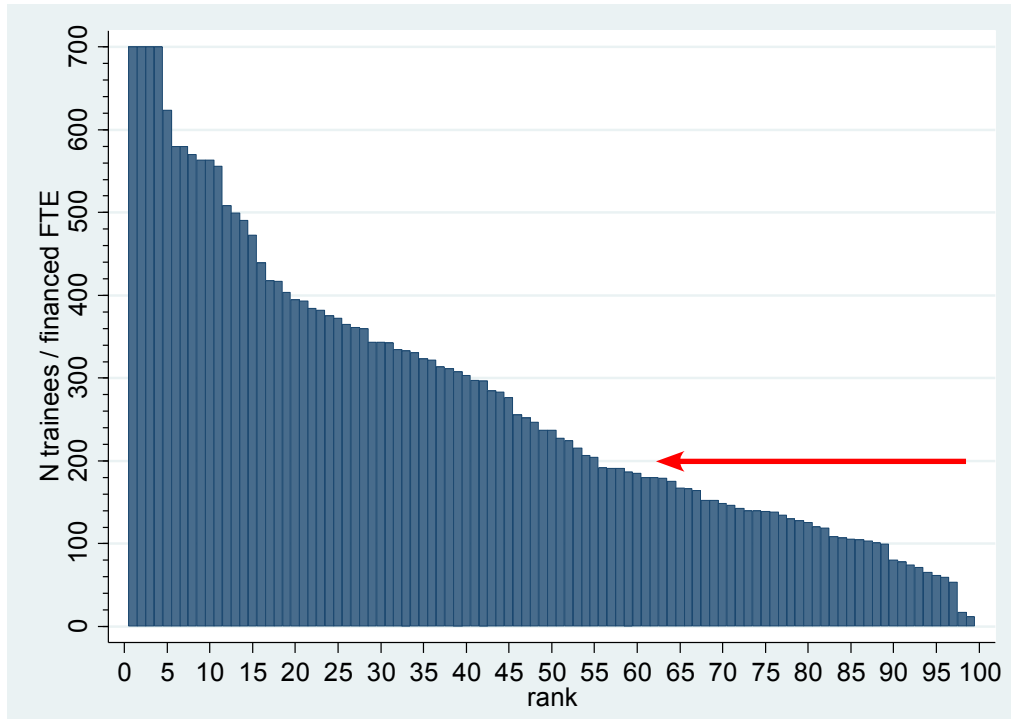
ETP :équivalent temps plein. HH: hygiène hospitalière

Figure tronquée à 200 ; 3 hôpitaux ont rapporté plus de 200 heures de formation / ETP en HH.

Exemple: 50 heures de formation par ETP correspondent approximativement au rang n° 12.

6.5.2. Nombre de participants aux formations dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière, par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière

Figure 6 | Classement du nombre de participants aux formations dispensées par l'équipe d'hygiène hospitalière, par équivalent temps plein financé en hygiène hospitalière, 2015



ETP : équivalent temps plein. HH : hygiène hospitalière
Figure tronquée à 700 ; 4 hôpitaux ont rapporté plus de 700 participants .

Exemple : 200 participants / ETP correspondent approximativement au rang n° 55.

6.5.3. Opportunités d'hygiène des mains observées hors campagne nationale dans les hôpitaux belges, 2015.

Figure 7 | Classement du nombre d'opportunités d'hygiène des mains observées hors campagne dans les hôpitaux belges, 2015.

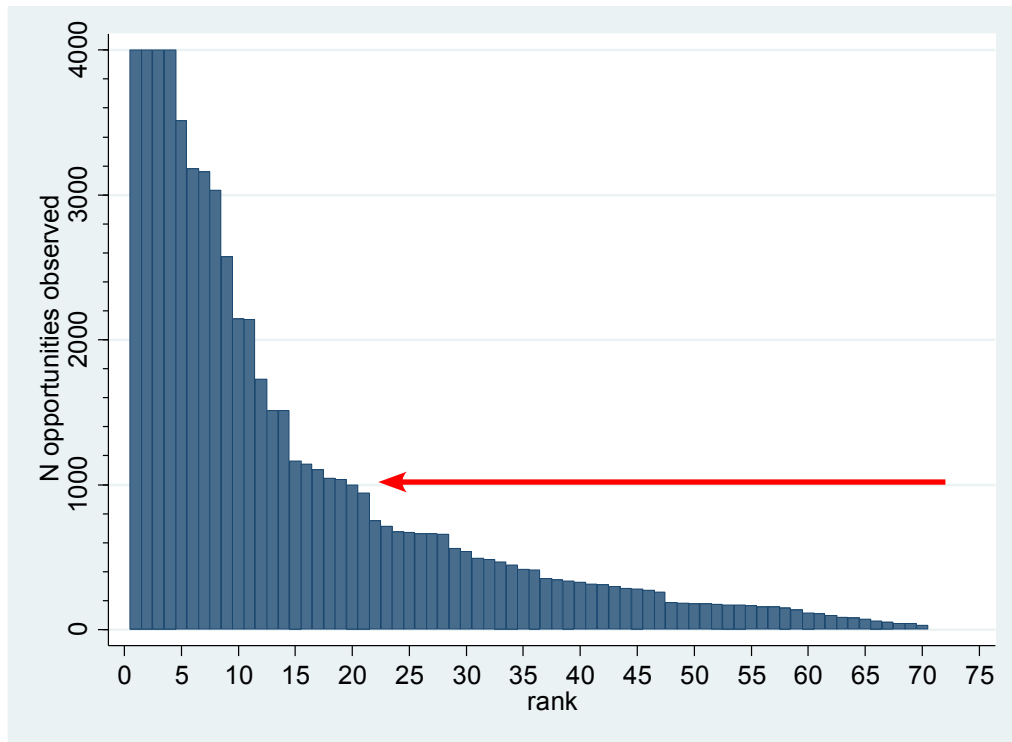


Figure tronquée à 4000 ; 4 hôpitaux ont rapporté avoir observé plus de 4000 opportunités .

Exemple: 1000 observations d'hygiène des mains (hors campagne) correspondent approximativement au rang n° 20.

6.5.4. Nombre de litres de solution hydro-alcoolique, par 1000 journées d'hospitalisation

Figure 8 | Classement du nombre de litres de solution hydro-alcoolique, par 1000 journées d'hospitalisation, hôpitaux belges, 2015.

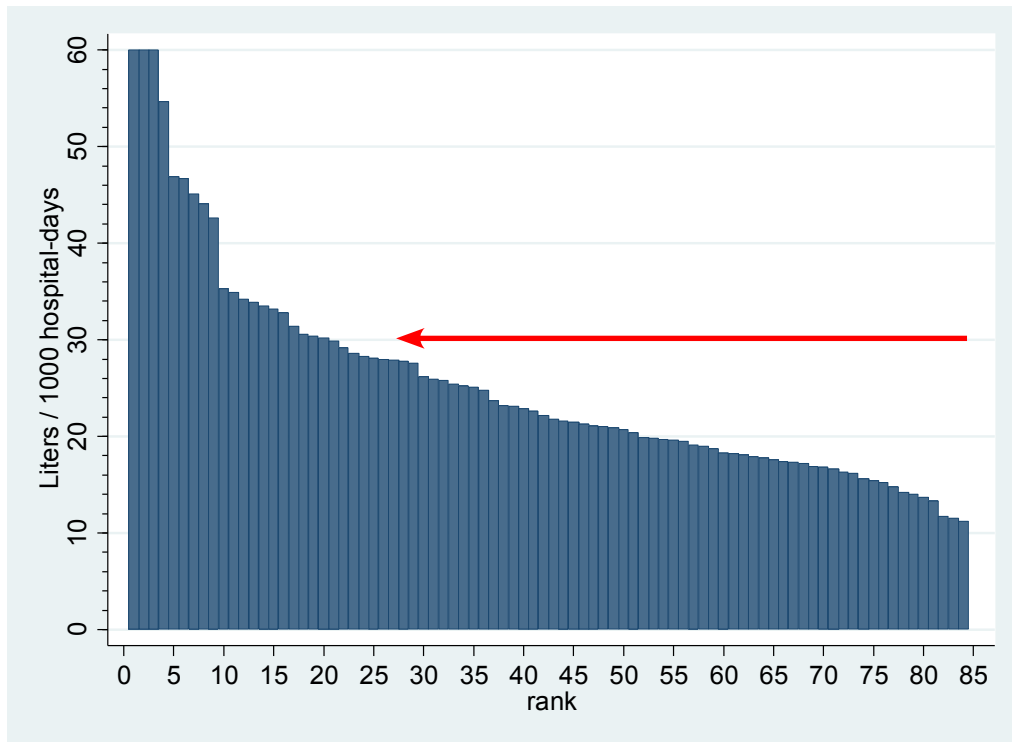


Figure tronquée à 60 litres ; 3 hôpitaux ont rapporté plus de 60 litres.

Exemple: 30 litres / 1000 journées d'hospitalisation correspondent approximativement au rang n° 22.

7. RÉFÉRENCES

- (1) C-2015/24034, Moniteur Belge - Belgisch Staatsblad 27.01.2015, Article 5, §2
<http://www.nsih.be/download/CDIF/Arrete%20Royal%202015.xps>
- (2) Viseur N, Lambert M. Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus: rapport final. Bruxelles: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid/ Institut Scientifique de la Santé Publique, 2011D/2011/2505/37. http://www.nsih.be/download/IQ/IQ_rapport%20final_adapt%E9%20selon%20commentaires%20PRs_final_vs3.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. Brussels, Belgium: 2015
http://www.nsih.be/surv_hh/inleiding_fr.asp
- (4) Jans B, Glupczynsk Y, Goossens H, Denis O. Surveillance de bactéries résistantes aux antibiotiques dans les hôpitaux belges: année 2015 (under press). Brussels, Belgium: Scientific institute for Public Health, 2016
http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_fr.asp
- (5) Duysburgh E., Lambert ML. Surveillance des septicémies à l'hôpital en Belgique - Rapport annuel 2016, données 2015. Brussels, Belgium: Scientific Institute for Public health, 2016
http://www.nsih.be/surv_sep/result_fr.asp
- (6) Vlaams Indicatorenproject - 2 (VIP2)
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/indicatoren-vip2-az-per-domein> accessed on 9-22-2016
- (7) PAQS: Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients
<http://www.paqs.be/fr-BE/A-propos.aspx> accessed on 9-22-2016

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