

Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière

ANNEXES

Direction opérationnelle Santé
Publique et surveillance

Natacha Viseur
Dr Marie-Laurence Lambert

Rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique
www.wiv-isp.be

Public health & Surveillance | 2011 | Bruxelles, Belgique
N° de référence interne : D/2011/2505/020
N° de dépôt ou ISSN :

Questions concernant les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière :

Viseur Natacha

Email : natacha.viseur@wiv-isp.be

Tel: 02/642.57.44

Lambert Marie-Laurence

Email : mlambert@wiv-isp.be

Tel: 02/642.57.42

Site web: www.nsih.be

Le projet est financièrement soutenu par

SPF Santé publique

TABLE DES MATIERES

| | | |
|----------|--|----|
| 7. | ANNEXES | 41 |
| 7.1. | Liste finale des indicateurs de qualité en hygiène hospitalière proposés | 41 |
| 7.1.1. | Indicateurs communs aux 3 objectifs | 41 |
| 7.1.2. | Indicateurs différents selon l'objectif..... | 43 |
| 7.2. | Note conceptuelle | 44 |
| 7.3. | Expériences nationales et internationales..... | 47 |
| 7.3.1. | Cadre légal | 47 |
| 7.3.1.1. | Indicateurs définis selon l'obligation légale (AR 19/06/2007) | 47 |
| 7.3.1.2. | Surveillance nationale des infections liées aux soins (NSIH)..... | 47 |
| 7.3.2. | Expériences internationales | 48 |
| 7.3.2.1. | Travail préalable de la plateforme fédérale en hygiène hospitalière | 48 |
| 7.3.2.2. | Système français : tableau de bord des infections nosocomiales..... | 48 |
| 7.3.2.3. | IPSE (Improving Patient Safety in Europe)..... | 50 |
| 7.3.2.4. | Institute for Healthcare Improvement (IHI) et Patient Safety First (UK) | 50 |
| 7.4. | Pré-test..... | 52 |
| 7.4.1. | Protocole | 52 |
| 7.4.2. | Questionnaire..... | 54 |
| 7.4.3. | Commentaires et suggestions récoltés auprès de 5 hôpitaux tests | 56 |
| 7.5. | Revue des systèmes d'indicateurs de qualité déjà existants en Belgique. | 61 |
| 7.5.1. | Les statistiques hospitalières annuelles..... | 61 |
| 7.5.2. | Projet 'coordination qualité et sécurité des patients'..... | 62 |
| 7.5.3. | Projet 'indicateurs de performance des hôpitaux' | 62 |
| 7.6. | Liste initiale des indicateurs envisagés | 63 |
| 7.7. | Liste des indicateurs IPSE niveau pays | 67 |
| 7.7.1. | Catégorie : Organisation..... | 67 |
| 7.7.2. | Catégorie : Prévention et politique de contrôle | 67 |
| 7.7.3. | Catégorie : Politique de surveillance | 67 |
| 7.7.4. | Catégorie : Formation | 67 |
| 7.7.5. | Catégorie : Ressources..... | 67 |
| 7.8. | Amélioration locale : Références, sites-clés | 68 |
| 7.8.1. | Guide..... | 68 |
| 7.8.2. | Liste potentielle d'indicateurs et leurs définitions..... | 69 |
| 7.8.3. | Outils | 70 |

7. ANNEXES

7.1. Liste finale des indicateurs de qualité en hygiène hospitalière proposés

Le détail de ces indicateurs (définitions et éléments de preuve) se trouve dans le cahier des charges joint à ce rapport.

7.1.1. Indicateurs communs aux 3 objectifs

Ces indicateurs correspondent également aux indicateurs proposés pour la mise à disposition du grand public.

a. Organisation

| | |
|------|--|
| O-1a | Un plan stratégique général à long terme (3-5 ans) en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le Comité d'hygiène hospitalière ? |
| O-1b | Si oui, est-il inclus dans le plan stratégique de l'hôpital ? |
| O-2 | Combien y-a-t-il eu de réunions du comité d'hygiène hospitalière durant l'année ? |
| O-3 | Cette année, un plan d'action détaillé en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière ? |
| O-4 | Un rapport annuel sur les activités de l'année précédente en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière ? |
| O-5 | Est-ce que le(s) infirmier(s)-hygiéniste, faisant partie de l'encadrement minimal légal requis, font partie intégrante du personnel de cadre infirmier intermédiaire ? |
| O-SC | Score Organisation (%) O-S= O-1 → O-5 => 6 indicateurs en une seule variable. |

b. Moyens

| | |
|-----|---|
| M-1 | Quel est le nombre EFFECTIF de médecins en hygiène hospitalière dans votre hôpital (en ETP) cette année ? |
| M-2 | Quel est le nombre EFFECTIF d'infirmier(e)s en hygiène hospitalière dans votre hôpital (en ETP) cette année ? |
| M-3 | L'hôpital a-t-il mis en place des référents en hygiène hospitalière ? |
| M-4 | Quel est le nombre de référents en hygiène hospitalière dans les unités de soins intensifs / nombre d'unités de soins intensifs dans votre hôpital ? |
| M-5 | Quel est le nombre total de référents en hygiène hospitalière dans les services dirigés par un infirmier en chef, y compris les unités de soins intensifs / nombre de services dirigés par un infirmier en chef dans votre hôpital, y compris les unités de soins intensifs ? |

| | |
|------|--|
| M-6 | Cette année, quel a été le nombre total d'heures/contacts de formation en hygiène hospitalière dispensé par l'équipe d'hygiène hospitalière au personnel de l'hôpital (que ce soit pour les nouveaux personnels recrutés, le personnel soignant, le personnel médical,...) ? |
| M-SC | Score Moyens (%) M-S = M-1 → M-3 => 3 indicateurs en une seule variable |

c. Actions

| | |
|-------|--|
| A-1 | Cette année, à chaque réunion du comité d'hygiène hospitalière, y a-t-il eu au-moins la présence d'une personne de la direction ? → à savoir soit le directeur, le médecin-chef ou le chef du département infirmier |
| A-2 | Cette année, à chaque réunion de la plateforme de concertation régionale en hygiène hospitalière, y a-t-il eu au-moins la présence d'un membre de l'équipe d'hygiène hospitalière de votre hôpital ? |
| A-3a | Votre hôpital a-t-il un système local de surveillance des MRSA ? |
| A-3b | Si oui, a-t-il participé, cette année, à la surveillance nationale des MRSA ? |
| A-4a | Votre hôpital a-t-il un système local de surveillance des infections à <i>Clostridium difficile</i> toxigène ? |
| A-4b | Si oui, a-t-il participé, cette année, à la surveillance nationale des infections à <i>Clostridium difficile</i> toxigène ? |
| A-5 | Votre hôpital a-t-il un système local de surveillance des - septicémies (hospital wide) ? |
| A-6 | - infections en soins intensifs ? |
| A-7 | - infections du site opératoire ? |
| A-8 | - bactéries à Gram négatif multi-résistantes ? |
| A-9a | Votre hôpital a-t-il un système local de surveillance autre que celles décrites ci-dessus ? |
| A-9b | Si oui, lesquelles ? |
| A-10 | Existe-t-il une interaction systématique entre le laboratoire et l'équipe d'hygiène hospitalière permettant le partage de la liste des microorganismes nécessitant des précautions additionnelles ? (système d'alerte) |
| A-11a | Votre hôpital réalise-t-il un audit d'observance des procédures recommandées pour l'hygiène des mains en dehors de la campagne nationale, tout en utilisant la méthodologie de la campagne pour effectuer cet audit ? |
| A-11b | Si oui, combien d'opportunités d'hygiène des mains observées sur cette année ? |
| A-12 | Votre hôpital réalise-t-il un audit local de processus des points critiques du soin - de la voie centrale ? |
| A-13 | - de la ventilation assistée ? |
| A-14 | - des sondes urinaires ? |
| A-15 | - des plaies postopératoires ? |
| A-16 | Si présence d'une campagne nationale « Vous êtes en de bonnes mains » pour l'année concernée, votre hôpital y-a-t-il participé ? (volontaire et biennale) |
| A-17 | Si présence d'une étude de prévalence concernant les infections nosocomiales et l'utilisation d'antibiotiques pour l'année concernée, votre hôpital y-a-t-il participé ? |
| A-SC | Score Actions (%) A-SC = tous sauf A-9b et A-11b → 18 indicateurs en une seule variable |
| SC | Score Total (%) 27 indicateurs en une seule variable |

7.1.2. Indicateurs différents selon l'objectif

| Objectif | Impact de la politique niveau national | « Accountability » jugement | Amélioration locale |
|---|--|-----------------------------|---------------------|
| a. Indicateurs de résultats | | | |
| Quel est le taux d'incidence de MRSA d'origine nosocomiale/1000 journées d'hospitalisation dans votre hôpital cette année ? | X | NON | X |
| Quel est le taux d'incidence des septicémies sur cathéter (hospital wide)/1000 journées d'hospitalisation dans votre hôpital cette année ? | X | NON | X |
| b. Indicateurs de processus | | | |
| Cette année, quel est le volume global de consommation de solutions hydro-alcooliques pour tout l'hôpital ? (en litres) | X | NON | X |
| Pour les hôpitaux qui ont participé volontairement à la campagne nationale biennale d'hygiène des mains : quelle est le pourcentage d'observance d'hygiène des mains dans les unités des soins intensifs lors de cette campagne ? | X | NON | X |
| c. Indicateurs de processus clinique (liste non exhaustive, à titre d'exemple) | | | |
| Nombre de jours depuis la dernière septicémie associée aux voies centrales | NON | NON | X |
| Observance aux recommandations | NON | NON | X |
| Nombre de jours depuis la dernière pneumonie associée au ventilateur | NON | NON | X |
| Observance aux recommandations | NON | NON | X |

7.2. *Note conceptuelle*

Michiel Costers, SPF Santé Publique

Gebruik van kwaliteitsindicatoren met betrekking tot ziekenhuishygiëne

Doel: Een advies formuleren ten behoeve van de overheid met betrekking tot het gebruik van kwaliteitsindicatoren in het domein van de ziekenhuishygiëne. Het is de bedoeling om niet alleen concrete indicatoren te suggereren, maar eveneens aan te geven voor wie elke indicator bestemd is, met name het ziekenhuis zelf (lokaal), de overheid (nationaal), en/of het publiek.

Het is de bedoeling dat de epidemiologische surveillances, in het kader van 'het toezicht op de ziekenhuisinfecties (NSIH)' via het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), vervangen worden door de voorgestelde indicatoren. Dit betekent absoluut niet dat deze surveillanceprogramma's niet langer zinvol zijn en moeten gestopt worden, enkel dat zij minder geschikt zijn als indicator van de kwaliteit van het gevoerde ziekenhuishygiënebeleid (in de ziekenhuizen). De werkgroep is zelfs van mening dat deze surveillances moeten verder gezet worden, zij het zonder verplicht karakter. De werkgroep roept het WIV op om de ziekenhuizen te motiveren om op vrijwillige basis deel te blijven nemen aan één of meerdere surveillances, zodat ook in de toekomst nationale cijfers kunnen gegenereerd worden op basis van een representatief staal van de ziekenhuizen. De structurele financiering van de referentielaboratoria voor humane microbiologie die op komst is en de coördinerende rol die het WIV hierin zal spelen, bieden hier zeker opportuniteiten.

Het voorgestelde systeem moet dynamisch zijn aangezien de noden en prioriteiten, zowel op lokaal als nationaal niveau, over verloop van jaren kunnen verschuiven. Men kan er aan denken om het federaal platform voor ziekenhuishygiëne om de 3 à 5 jaar een nieuw advies te laten uitbrengen. Aldus kunnen indicatoren die niet langer relevant zijn vervangen worden door indicatoren die inspelen op nieuwe prioriteiten.

Het advies van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne kan ook gebruikt worden voor 'educatieve doeleinden'. Indicatoren die nuttig worden geacht maar waarvan aangenomen wordt dat een deel van de ziekenhuizen deze momenteel nog niet op adequate wijze kunnen gebruiken, zouden aanvankelijk aangeboden kunnen worden als optionele lokale indicatoren (procol wordt dan beschikbaar gesteld door de overheid) met de bedoeling deze enkele jaren later op te vragen als verplichte nationale indicatoren. Mogelijks kunnen de ziekenhuizen aldus meer dwingend gestimuleerd worden tot kwaliteitsverbetering.

Indicatoren die uitsluitend bestemd zijn voor gebruik in het ziekenhuis zelf (lokale indicatoren)

Doel: Bijdragen tot continue kwaliteitsverbetering in het ziekenhuis.

Kenmerken van deze indicatoren: Deze indicatoren moeten aansluiten bij de doelstellingen en prioriteiten van het team en comité voor ziekenhuishygiëne in het betrokken ziekenhuis. Omdat deze doelstellingen en prioriteiten van jaar tot jaar kunnen variëren, is het aangewezen om een waaier van indicatoren aan te bieden. Het concept en de indicatoren van het 'Institute for Healthcare Improvement' (www.ihl.org) kunnen hier als inspiratie en vertrekpunt dienen.

De gekozen indicator wordt ingepast in een verbeterproject in het betrokken ziekenhuis. De indicator wordt quasi continu opgevolgd. De gegevens worden gegenereerd en verwerkt door het ziekenhuis zelf. Er gebeurt geen benchmarking ten opzichte van andere ziekenhuizen.

De taak van de overheid bestaat er in om de ziekenhuizen te ondersteunen bij het gebruik van de door hen zelf gekozen indicatoren (protocol beschikbaar stellen (via een website), (meet)instrumenten aanbieden, ...). Bijvoorbeeld de protocollen van de surveillances van 'het toezicht op de ziekenhuisinfecties (NSIH)' van het WIV moeten ook in de toekomst nog aangeboden worden.

Indicatoren die bestemd zijn voor gebruik door de overheid (nationale indicatoren)

Doel: Evalueren van het gebruik van de ter beschikking gestelde (financiële) middelen door het ziekenhuis (set 1). Evalueren van de impact van het ziekenhuishygiënebeleid op nationaal niveau in het kader van de bescherming van de volksgezondheid (set 2).

Kenmerken van deze indicatoren:

Set 1 – Deze indicatoren moeten het gebruik van de (financiële) middelen, het engagement en de inspanningen van het ziekenhuis in kaart brengen.

De indicatoren worden één maal per jaar aangeleverd aan de overheid (FOD VVVL of WIV?) en, indien van toepassing, afgetoetst aan de gegevens waarover de overheid beschikt (bv. bestaffing vergelijken met de financiering die het ziekenhuis ontvangt voor het team voor ziekenhuishygiëne). Deze indicatoren zouden ook expliciet bevestigd en gecontroleerd kunnen worden tijdens de visitatie door de gezondheidsinspecteurs van de gewesten. Non-conformiteiten moeten vervolgens dwingend geredigeerd worden door het ziekenhuis.

Set 2 – Deze indicatoren moeten de overheid een beeld geven van de impact van het gevoerde overheidsbeleid betreffende ziekenhuishygiëne. Deze impact wordt beoordeeld aan de hand van nationale, geanonimiseerde, geaggregeerde gegevens. Het is niet de bedoeling om de ziekenhuizen met elkaar te vergelijken, laat staan een ranking van ziekenhuizen op te stellen. Idealiter sluiten ook deze indicatoren aan bij de doelstellingen en prioriteiten van de ziekenhuizen.

De indicatoren worden één maal per jaar aangeleverd aan de overheid (WIV) en verwerkt door het WIV.

Indicatoren die vrijgegeven worden aan het grote publiek (public disclosure)

Doel: Iedereen informeren over de middelen die een ziekenhuis vrijmaakt en de inspanningen die een ziekenhuis levert ter preventie van ziekenhuisinfecties.

Kenmerken van deze indicatoren: Voor deze indicatoren kan men zich baseren op set 1 van de nationale indicatoren.

Zorgverlening is een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis. Dit kan ook doorgetrokken worden naar de preventie van ziekenhuisinfecties in de ziekenhuizen. Aangezien 'outcome indicatoren' niet alleen beïnvloed worden door de inspanningen die het ziekenhuis levert, maar ook door andere niet-controleerbare factoren (bv. case mix van patiënten, instroom van besmette patiënten vanuit andere instellingen, ...) zijn dergelijke indicatoren niet geschikt om leken een betrouwbaar beeld te geven van de beheersing van zorginfecties in de verschillende ziekenhuizen.

7.3. *Expériences nationales et internationales*

La liste initiale des indicateurs envisagés a trouvé sa source via le cadre légal, les expériences nationales et internationales, dont voici une description détaillée.

7.3.1. **Cadre légal**

7.3.1.1. **Indicateurs définis selon l'obligation légale (AR 19/06/2007)**

- Normes → Equipe et Comité Hygiène hospitalière :
 - Plan stratégique général, plan d'action annuel, rapport annuel d'activité
 - Composition du Comité, nombre de réunion/ an ainsi que la participation des membres aux réunions
 - Protocole à mettre en œuvre (± 10)
 - Participation à la surveillance organisée par l'Institut de Santé Publique
 - Participation de l'équipe d'hygiène hospitalière à la plateforme régionale de concertation en hygiène hospitalière
 - Réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière
- Financement
 - Salaire infirmier hygiénistes = salaire cadre intermédiaire
 - Encadrement minimal prévu pour équipe d'hygiène hospitalière
 - Poste de frais séparé dans la comptabilité
 - Salaire médecins hygiénistes = salaire autres médecins spécialistes

7.3.1.2. **Surveillance nationale des infections liées aux soins (NSIH)**

Site internet : <http://www.nsih.be>

- MRSA } → → obligation légale
- CDIF } → → obligation légale
- ABU } → → obligation légale

- Septicémie } → choix optionnel entre les 4
- ICU (soins intensifs) } → 1 obligatoire
- SSI (site opératoire) } → 1 obligatoire
- BLSE+ } → 1 obligatoire

- Hygiène des mains → volontaire (campagne 1x tous les 2 ans)

7.3.2. Expériences internationales

7.3.2.1. Travail préalable de la plateforme fédérale en hygiène hospitalière

Ce travail préalable consistait en un inventaire des indicateurs de qualité utilisés dans les autres pays.

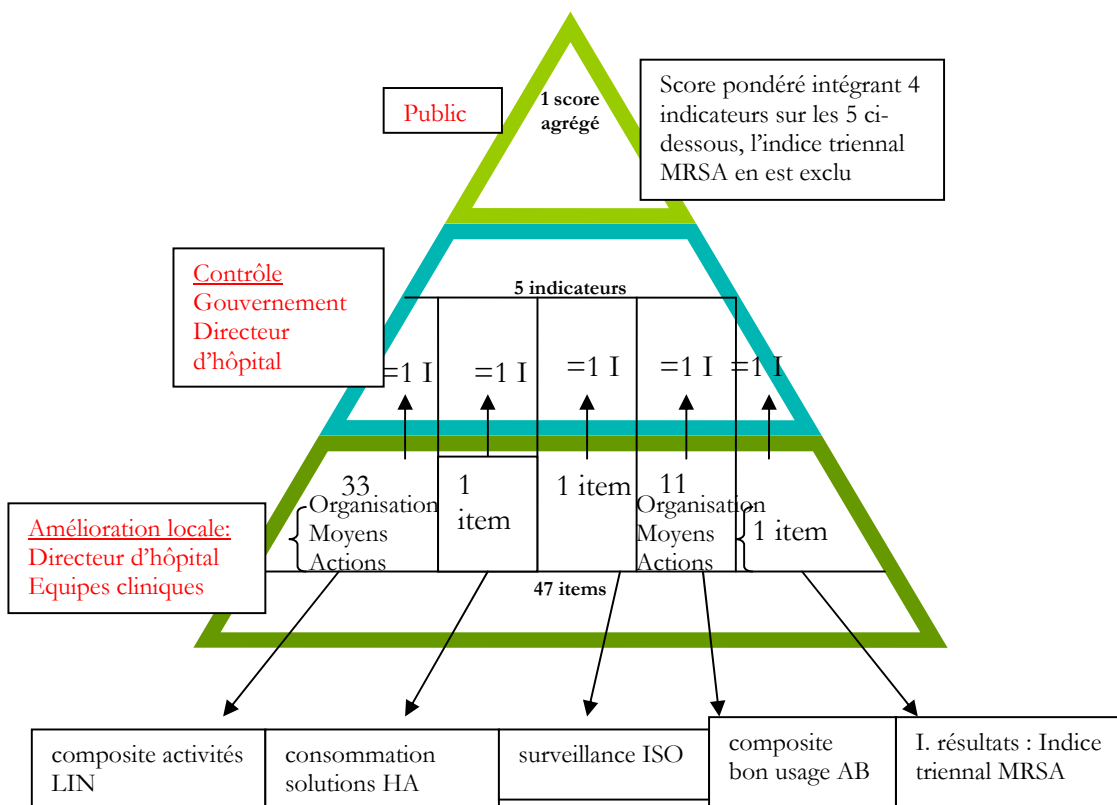
7.3.2.2. Système français : tableau de bord des infections nosocomiales

Site internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>

1) Objectifs

- Inciter les hôpitaux à mesurer leurs actions et résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales
- Présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs)
- Valoriser les efforts des hôpitaux et améliorer la qualité des soins
- Répondre à une demande légitime d'information et de transparence de la part du public

2) Concept



3) Périodicité

La périodicité de ces indicateurs est de 1x/an et est obligatoire.

4) Description des 5 indicateurs destinés aux autorités

- Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN)

33 items répartis en 3 catégories :

Organisation

Moyens (équipe opérationnelle, formations du personnel,..)

Actions (prévention-protocoles, surveillance, évaluation-audit)

Chaque item reçoit son poids relatif au sein de sa catégorie. Au total score sur 100 points.

- Indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA)

= rapport entre le volume réel de produits hydro-alcooliques consommés pour 1000 journées d'hospitalisations de l'hôpital et son objectif personnalisé de consommation selon les spécialités.

- Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (SURVISO)

= proportion entre le nombre de service effectuant une surveillance des infections du site opératoire, survenues après une intervention chirurgicale et l'ensemble des services chirurgicaux.

- Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)

11 items répartis en 3 catégories :

Organisation (réunion commission antibiotique)

Moyens (réfèrent antibiotiques, formations,..)

Actions (prévention-protocoles, surveillance, évaluation)

Chaque item reçoit son poids relatif au sein de sa catégorie. Au total score sur 20 points.

- Indice triennal de MRSA

= incidence de bactériémies MRSA sur 1000 journées d'hospitalisation sur 3 années consécutives pour lisser les variations annuelles.

Ce calcul repose sur le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée au sein d'un prélèvement à visée diagnostique (nombre de SARM déclarés), quelque soit le lieu d'acquisition (souches importées et acquises) rapportés à 1000 journées d'hospitalisation.

Tous les indicateurs sont associés à une classe de performance (A → E) à l'exception de l'indice triennal de MRSA, pour lequel il est clairement indiqué que cet indicateur ne peut pas être utilisé pour comparer ou classer les hôpitaux.

- Score agrégé

Il a été élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs pour améliorer la lecture du tableau de bord. Pour les usagers ce score agrégé offre par catégorie d'établissements un affichage simplifié des quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100. Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%.

7.3.2.3. IPSE (Improving Patient Safety in Europe)

Site internet : <http://helics.univ-lyon1.fr/Standards%20and%20Indicators.htm>

Projet européen ayant pour but d'homogénéiser les différences des pratiques préventives et des résultats en ce qui concernent les infections liées aux soins et la résistance aux antibiotiques entre les pays européens.

Les trois projets principaux sont :

- Curriculum européen pour la formation des praticiens en hygiène hospitalière
- Surveillance HELICS des infections liées aux soins et résistance aux antibiotiques (USI et ISO)
- Consensus européen sur des indicateurs standards du contrôle des infections liées aux soins et de la résistance aux antibiotiques

Ce dernier consensus qui nous concerne reprend des recommandations aussi bien au niveau du pays qu'au niveau de l'hôpital.

La liste d'indicateurs recommandée (38 indicateurs) est divisée en 5 catégories:

- Organisation du contrôle des infections liées aux soins et de la résistance aux antibiotiques (4 indicateurs)
- Politiques de prévention (15 indicateurs)
- Politiques de surveillance (8 indicateurs)
- Education et formation (3 indicateurs)
- Ressources pour le contrôle des infections liées aux soins et de la résistance aux antibiotiques (8 indicateurs)

L'annexe 4.7 reprend la liste complète des indicateurs IPSE plus globaux au niveau du pays.

La collecte de ces indicateurs niveau pays permette d'être comparable aux autres pays européens et de se conformer aux recommandations européennes concernant les indicateurs de qualité.

7.3.2.4. Institute for Healthcare Improvement (IHI) et Patient Safety First (UK)

- IHI (USA) est une organisation indépendante sans but lucratif ayant pour but d'aider à l'amélioration des soins de santé dans le monde entier et de là stimuler au changement.

IHI est à l'origine de 2 grandes campagnes sur la sécurité des patients dans les hôpitaux aux USA : "100.000 lives saved" (2006) et "protecting 5 Million Lives from harm" (2007-2008)

IHI a développé un modèle et des outils d'aide à l'amélioration locale de la qualité des soins et propose des indicateurs de qualité.

La campagne 'Patient Safety First' (2008-2010) en Angleterre a eu pour objectifs principaux de stimuler les dirigeants et les personnes de terrain à améliorer la culture 'sécurité du patient' et d'implémenter des changements menant à des soins de santé plus sûrs. Cette campagne offre des guides, outils d'aide à l'amélioration et propose de indicateurs de qualité.

Sites:

IHI (USA) : <http://www.ihl.org/ihl>

Outils IHI : « Improvement tracker » : <http://www.ihl.org/ihl/workspace/tracker/>

IHI Extranet (online reporting tool) : <http://www.ihl.org/extranetng>

Patient Safety First (UK): <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/>

- The How-to Guide for Measurement for Improvement
- Measures definitions

7.4. Pré-test

7.4.1. Protocole

Objectifs

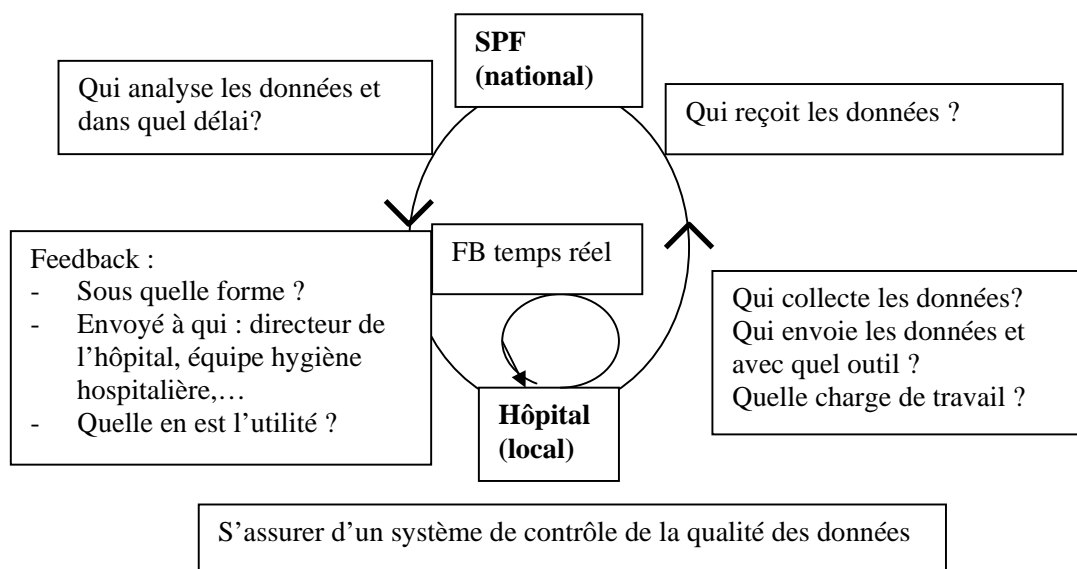
A. Indicateurs destinés aux autorités → objectifs ‘impact de la politique au niveau national’ et ‘accountability/jugement’

1. Tester le choix des indicateurs retenus par le groupe de travail

Selon les critères d'évaluation suivants :

- Formulation, clarté de la définition : compréhensible, absence d'ambiguïté
- Faisabilité : en termes de disponibilité de l'information et traçabilité de l'information
- Acceptabilité : à savoir pas d'objection à fournir cette information aux autorités
- Périodicité de l'indicateur : tous les ans sauf si indicateur stable dans le temps (à investiguer)

2. Explorer les différentes pistes du circuit de l'information



B. Indicateurs destinés aux hôpitaux eux-mêmes → objectif amélioration locale

→ sonder les indicateurs à visée amélioration locale :

- ce qui existe déjà localement
- ce qui est souhaité

Methodologie

Où ?

Le pré-test est réalisé, dans un premier temps, dans 4 hôpitaux du groupe de travail.

Liste des hôpitaux du groupe de travail :

AZ St Lucas, Gent
Ziekenhuis Oost-Limburg, ZOL Genk
KU Leuven
UZ Antwerpen
Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis, OLVZ, Aalst
AZ-VUB, BXL
ULB-Erasme, BXL
CHU Brugmann, BXL
Centre Hospitalier de Dinant
CHU Tivoli, La Louvière
RHMS Baudour
CHU Liège

On choisira dans cette liste, selon leur disponibilité, un hôpital en région flamande, un en région wallonne et 2 en région bruxelloise (1 néerlandophone et 1 francophone). Parmi ces 4 hôpitaux, deux seront universitaires et deux non universitaires.

Quand ?

Le pré-test sera réalisé en août 2010.

Qui ?

- L'infirmière-chef en hygiène hospitalière ou une autre infirmière hygiéniste expérimentée.
- Le médecin-hygiéniste

Comment ?

L'outil utilisé sera un questionnaire semi-structuré.

7.4.2. Questionnaire

1^{ère} partie

Indicateurs destinés aux autorités → objectifs 'accountability' et impact de la politique

1. Indicateurs

- **Clarté**

Cet indicateur vous paraît-il facile à comprendre, sans ambiguïté dans la définition ?

Si non, Où se situe l'incompréhension ?
 Comment le reformuleriez-vous ?

- **Faisabilité**

L'information concernant cet indicateur est-elle disponible ?

Si oui, Qui détient cette information ?
 Existe-t-il un élément de preuve ?
 Peut-on s'assurer, contrôler la qualité des données (fiabilité) ?

Si non, Comment le mettre en place ?
 Quelle charge de travail cela demande-t-il ?

- **Acceptabilité**

Cela vous pose-t-il problème de fournir cette information aux autorités ?

Si oui, pourquoi ?

- **Périodicité**

Pensez-vous que cet indicateur doit être récolté chaque année ou est-il stable dans le temps et tous les 2-3 ans suffirait ?

2. Circuit de l'information

- **Intégration indicateurs**

Cette liste d'indicateurs destinés aux autorités va être intégrée dans le questionnaire des statistiques hospitalières annuelles via PortaHealth.

- Qu'en pensez-vous ?
- A l'heure actuelle, qui est chargé de la collecte des données pour les items d'hygiène hospitalière de ce questionnaire ?

- **Collecte : qui**

Quelle personne doit se charger de la collecte des données pour ces nouveaux indicateurs?

- **Envoi : par qui**

Quelle personne doit se charger de l'envoi des données de ces nouveaux indicateurs ?

- **Feedback : pour qui**

A qui doit être envoyé le feedback annuel ? (le directeur, l'équipe d'hygiène hospitalière,...) et sous quelle forme ?

Selon vous, quel est le délai acceptable d'envoi du feedback ?

3. Utilité feedback

Selon vous, quels indicateurs sont utiles à recevoir en feedback pour l'équipe d'hygiène hospitalière en vue d'une action d'amélioration locale ?

Comment optimiser l'utilisation des données du feedback ?

→ discussion en réunion du comité ?

2^{ème} partie

Indicateurs destinés aux hôpitaux eux-mêmes → objectif amélioration locale

1. Indicateurs

- Qu'utilisez-vous déjà comme indicateur de qualité à un niveau local ?
- De quel outil disposez-vous pour vos indicateurs ?
- Pour quel indicateur à visée amélioration locale souhaiteriez-vous recevoir un instrument de mesure et une méthodologie afin de pouvoir l'implémenter dans votre hôpital ?

7.4.3. Commentaires et suggestions récoltés auprès de 5 hôpitaux tests

5 hôpitaux du groupe de travail, RHMS Baudour, Erasme BXL, UZ-VUB BXL, AZ Sint Lucas Gent, CHU Brugmann BXL, ont participé au pré-test (août 2010) dont voici leurs commentaires et suggestions :

Indicateurs de résultats/processus

| |
|--|
| Taux d'incidence de MRSA d'origine nosocomiale / 1000 journées d'hospitalisation (Tel que défini dans le protocole de la surveillance nationale de MRSA) |
| <i>Commentaires</i> → / 1000 journées d'hospitalisation ou /1000 admissions |
| Suggestions : → Taux d'incidence du Clostridium difficile / 10 000 journées d'hospitalisation (Tel que défini dans le protocole de la surveillance nationale de CDiff) → Septicémies nosocomiales (hospital-wide) tous les 3 mois selon le protocole ISP ? |

| |
|--|
| Cette année, quelle est la quantité totale de consommation de solutions hydro-alcooliques dans votre hôpital ? (en litres /1000 journées d'hospitalisation) |
| <i>Commentaires</i> → tenir compte de la dose par friction (5, 3 ou 2ml), variable d'un hôpital à l'autre et aussi au sein même de l'hôpital si changement de marque du produit hydro-alcoolique. → tenir compte du case mix, nombre de journées d'hospitalisation par service |
| Standard de cet indicateur : comparaison à soi-même d'une année à l'autre => la standardisation par rapport au case mix n'entre pas en compte Adapter pour la dose par friction : En doses / 1000 journées d'hospitalisation |

| |
|---|
| Voor de ziekenhuizen die vrijwillig deelnemen aan de tweejaarlijkse handhygiëncampagne wordt bovenstaande indicator aangevuld met : Compliance met handhygiëne |
| <i>Commentaires</i> → Chiffres pas comparables : % de compliance hygiène des mains est très dépendant du nombre de services audités et du type de services audités. Proposition : nombre d'opportunités d'hygiène des mains observées lors de la campagne, par rapport à la taille de l'hôpital (nombre de lits ou nombre de journées d'hospitalisation) |
| <ul style="list-style-type: none">- si standard = comparaison à soi-même d'une année à l'autre => on peut garder cet indicateur- si but = comparabilité soit => ne prendre que les chiffres de compliance pour l'ICU ou soit => nombre d'opportunités rapporté à la taille de l'hôpital Mais dans ce cas pas indicateur de résultats, plutôt d'action et donc redondant avec l'indicateur concernant nbre opportunités hygiène des mains en dehors de la campagne. => supprimer cet indicateur |

Indicateurs, catégorie organisation

| |
|---|
| Le comité de direction a-t-il adopté un plan stratégique pour l'hôpital? Si oui, ce plan stratégique contient-il les objectifs généraux concernant la lutte contre les infections nosocomiales rédigés par l'équipe HH et approuvés par le Comité HH ? |
| <i>Commentaires</i> → question généralement peu claire, à reformuler - le terme « comité de direction », changer en « pouvoir organisateur ou direction générale » - changer « objectifs généraux » par « plan stratégique général » → bien définir ce que l'on entend par « plan stratégique général » → visiblement pas évident d'avoir un plan stratégique général (long terme : 3-5ans) en hygiène hospitalière → pour ceux qui ont un plan stratégique général, plan présenté lors d'une réunion du comité d'hygiène hospitalière où sont représentées la direction générale, médicale et infirmière => appui de la direction et donc équivalent au fait de l'intégrer dans la politique générale de l'hôpital ? |
| Reformulation de la question : Un plan stratégique général à long terme (3-5 ans) en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le Comité d'hygiène hospitalière ? Si oui, celui-ci est-il inclus dans le plan stratégique de l'hôpital ? Il semble important de garder cette sous-question même si la direction générale fait partie du comité d'hygiène hospitalière. Définition à valider : Le plan stratégique général doit couvrir une période de minimum 3 ans et doit comprendre : - une note stratégique définissant la vision, les programmes d'action et les objectifs prioritaires. - la structure organisationnelle - le budget alloué aux activités d'hygiène hospitalière - la stratégie |

| |
|--|
| Cette année, un plan d'action détaillé en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière ? |
| Pas de commentaires |
| Définition à valider Le plan d'action annuel doit comprendre : - les objectifs spécifiques d'année - les moyens mis en œuvre - les procédures, indicateurs utilisés - les résultats attendus - la procédure d'évaluation |

Indicateurs, catégorie organisation

Un rapport annuel sur les activités de l'année précédente en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière ?

Pas de commentaires

Définition à valider

Le rapport annuel doit comprendre :

- une évaluation des actions mises en œuvre : les résultats des indicateurs et la comparaison de ceux-ci avec les objectifs fixés
- Les actions qui ont atteint leur objectif de départ
- Les démarches à entreprendre pour les actions qui n'ont pas atteints leur objectif de départ
- Les objectifs futurs

Combien y-a-t-il eu de réunion du comité d'hygiène hospitalière durant l'année ?

Pas de commentaires

Est-ce que le salaire de l'infirmière-hygiéniste est basé sur le barème du cadre infirmier intermédiaire ?

Commentaires

→ dans certains hôpitaux universitaires, plus d'infirmier-hygiénistes que le cadre légal

Suggestion : reformuler est-ce que le cadre légal minimal requis est payé comme cadre intermédiaire ?

Reformulation de la question :

Est-ce que le salaire de(s) infirmier(s)-hygiéniste, faisant partie de l'encadrement minimal légal requis, est basé sur le barème du cadre infirmier intermédiaire ?

Indicateurs, catégorie moyens

Quel est le nombre de médecins en hygiène hospitalière dans votre hôpital (en ETP) ?

Commentaires

→ dans hôpitaux non universitaires, non vérifiable car statut d'indépendant

→ dans hôpitaux universitaires, statut salarié mais difficile de définir ETP (en théorie, ETP=minimum 44h/semaine)

→ la plupart du temps, le médecin-hygiéniste cumule une autre fonction

Quel est le but de cet indicateur : vision du travail effectif en hygiène hospitalière

=> question reformulée en :

- De manière subjective, à combien estimez-vous le nombre de médecins travaillant de manière effective en hygiène hospitalière dans votre hôpital ? (en ETP)
- ou
- Le financement alloué à l'hygiène hospitalière est-il effectivement utilisé à des activités d'hygiène hospitalière par le médecin-hygiéniste ?

Indicateurs, catégorie moyens

| |
|---|
| Quel est le nombre d'infirmiers en hygiène hospitalière dans votre hôpital (en ETP) ? |
| → beaucoup d'infirmières hygiénistes cumulent plusieurs fonctions |
| Que veut-on savoir : le travail théorique ou pratique ? Si pratique, reformuler : |
| <ul style="list-style-type: none">- De manière subjective, à combien estimez-vous le nombre d'infirmiers travaillant de manière effective en hygiène hospitalière dans votre hôpital ? (en ETP) |

| |
|---|
| L'équipe d'hygiène hospitalière a-t-elle mis en place un réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière dans l'hôpital ? |
| Si oui, quel est le nombre d'infirmiers référents en hygiène hospitalière ? |
| <i>Commentaires</i> → définir 'réseau référents infirmiers' |
| Définition à valider : |
| Réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière : |
| <ul style="list-style-type: none">- au moins une formation en hygiène hospitalière (une journée/an) délivrée par l'équipe d'hygiène hospitalière- au moins une réunion tous les 2 mois réunissant tous les infirmiers référents et l'équipe d'hygiène hospitalière |

Indicateurs, catégorie actions

| |
|---|
| A chaque réunion du comité d'hygiène hospitalière, y a-t-il eu au-moins la présence d'une personne de la direction ? |
| → à savoir soit le directeur, le médecin-chef ou le chef du département infirmier |
| Pas de commentaires |

| |
|--|
| A chaque réunion de la plateforme de concertation régionale en hygiène hospitalière, y a-t-il eu au-moins la présence d'un membre de l'équipe d'hygiène hospitalière de votre hôpital ? |
| <i>Commentaires</i> → certaines plateformes régionales ont mis en place en plus des réunions générales (minimum 3/an), des groupes de travail → préciser ce qu'on entend par réunion. |
| Question reformulée : A chaque réunion générale de la plateforme de concertation régionale en hygiène hospitalière, y a-t-il eu au-moins la présence d'un membre de l'équipe d'hygiène hospitalière de votre hôpital ? |

Indicateurs, catégorie actions

| |
|---|
| Votre hôpital a-t-il un système local de surveillance des infections nosocomiales autres que les surveillances obligatoires ? Si oui, lesquelles ? |
| <i>Commentaires</i> → Cette question ne rend compte que du suivi Suggestion : Existe-t-il un feedback annuel à tous les services ? |
| Le feedback sera très variable d'un hôpital à l'autre en termes de contenu ou de fréquence Ne pas rajouter cette sous-question. |

| |
|--|
| Existe-t-il un système automatisé du laboratoire vers l'équipe d'hygiène hospitalière permettant le partage de la liste des microorganismes émergents ? (système d'alerte) |
| Attention : erreur changer 'émergents' en 'nécessitant des précautions additionnelles' |
| Existe-t-il un système automatisé du laboratoire vers l'équipe d'hygiène hospitalière permettant le partage de la liste des microorganismes nécessitant des précautions additionnelles ? (système d'alerte) |

| |
|---|
| Votre hôpital réalise-t-il un audit de la compliance des procédures recommandées pour l'hygiène des mains en dehors de la campagne nationale, tout en utilisant la méthodologie de la campagne pour effectuer cet audit ? Combien d'opportunités d'hygiène des mains observées sur cette année ? |
| <i>Commentaires</i> → Cette question ne rend compte que du suivi Suggestion : Existe-t-il un feedback annuel à tous les services ? |
| Ne pas entrer dans plus de détails, ne pas rajouter cette sous-question |

| |
|--|
| Votre hôpital a-t-il participé à la campagne nationale « Vous êtes en de bonnes mains » of aan de puntprevalentiestudie met betrekking tot nosocomiale infecties en antibioticegebruik? |
| Pas de commentaires |

Indicateurs à rajouter : formation

Indicateurs non retenus car difficile à standardiser point de vue du contenu

Question proposée :

Cette année, quel est le nombre d'heures de formation en hygiène hospitalière dispensé par l'équipe d'hygiène hospitalière au personnel de l'hôpital (que ce soit pour les nouveaux personnels recrutés, le personnel soignant, le personnel médical,...) ?

7.5. Revue des systèmes d'indicateurs de qualité déjà existants en Belgique.

Description plus détaillée des différents projets du SPF Santé Publique concernant la qualité et sécurité des patients dont l'hygiène hospitalière fait partie.

7.5.1. Les statistiques hospitalières annuelles

= Système d'enregistrement des données obligatoires
(coordinatrice du projet : Dominique Dicker, SPF)

Au SPF, il existe différents systèmes d'enregistrement des données obligatoires :

- RHM (Résumé Hospitalier Minimum) comprend RCM, RIM, SMUR
- FINHOSTA : données comptables
- Statistiques hospitalières

Les statistiques hospitalières reprennent une description analytique des aspects importants du paysage hospitalier belge.

Les domaines couverts sont :

- Information à caractère général sur les hôpitaux
- Nombre et types d'institutions
- Organisation hospitalière
- Activités sociales
- Informatique et télématique médicale
- Assurance qualité, organisation et gestion de la qualité dans les hôpitaux dont l'hygiène hospitalière fait partie.
- Données relatives aux programmes de soins, les services médicaux et médico-techniques, fonctions et département.

→ Utilité du questionnaire jusqu'à présent :

- Dernier rapport disponible sur internet 2001
- Surtout utilisé pour le calcul de quelques indicateurs dans le cadre du feedback multidimensionnel, FB rendu aux hôpitaux chaque année
- Pas de contrôle de qualité des données

→ Dans l'avenir :

Questionnaire en évolution : réactualisation des items dont celui concernant l'hygiène hospitalière et intégration dans le système PortaHealth en 2011 → questionnaire online

→ Possibilité d'intégrer les indicateurs de qualité faisant partie de l'objectif 2

« accountability » dans la partie hygiène hospitalière de ce questionnaire.

La décision du groupe de travail a été de ne pas les intégrer, la raison principale étant la divergence de vision entre notre projet et le questionnaire des statistiques hospitalières.

Site :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/Hospitalstatistics/index.htm>

7.5.2. Projet ‘coordination qualité et sécurité des patients’

(coordinatrice du projet : Margareta Haelterman, SPF)

Ce projet a été mis en place pour stimuler et soutenir les hôpitaux dans la mise en œuvre des améliorations dans le domaine de la qualité et sécurité du patient. Ce projet a été structuré autour de trois piliers. Ces 3 piliers forment la base d’un plan pluriannuel (plan défini jusqu’en 2012).

Pilier 1 : Développer et mettre en œuvre un système de gestion de la sécurité (SGS)

Pilier 2: Analyser et (re)développer un processus

Pilier 3: Collecter les indicateurs multidimensionnels en matière de qualité et de sécurité des patients.

Le responsable de ce projet a connaissance de la mise en place de notre système d’indicateurs de qualité et s’adressera directement à l’ISP pour recevoir les données des indicateurs hygiène hospitalière si nécessaire.

Site :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/index.htm>

7.5.3. Projet ‘indicateurs de performance des hôpitaux’

(coordinatrice du projet : Catherine Lucet, consultante)

En partenariat avec le SPF Santé Publique, le CHU Liège, l’UZ Leuven et l’UZ Gent, ce projet approfondira le pilier 3 du projet ‘coordination qualité et sécurité des patients’
Objectif global du projet : développer et opérationnaliser un set multidimensionnel d’indicateurs de performance hospitalière qui permette de mener des actions d’amélioration efficace. La mission s’effectue dans le cadre de l’amélioration continue de la performance des hôpitaux aux niveaux clinique et non clinique.

Une des dimensions de ce set d’indicateurs de performance est le ‘patient safety’ dont l’hygiène hospitalière fait partie.

Il a été convenu d’y intégrer 2 de nos indicateurs au niveau national.

Les 2 indicateurs proposés sont :

- le score total : au niveau opérationnel, possibilité de regarder les indicateurs dans le détail.
- un indicateur de résultats au choix selon les priorités d’action de l’hôpital.

Les données de ces 2 indicateurs seront directement fournies par l’ISP.

7.6. Liste initiale des indicateurs envisagés

Voici la liste initiale (non exhaustive) des indicateurs envisagés provenant de l'obligation légale (AR), des indicateurs européens IPSE et du système français.

I. Indicateurs de structure et de processus

| Catégorie organisation (I.1) | | | | | |
|------------------------------|--|----|------|---------|-----------------------------|
| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
| I.1.1a | Le comité de direction a-t-il adopté un plan stratégique pour l'hôpital? | X | X | X | |
| I.1.1b | Si oui, ce plan stratégique contient-il les objectifs généraux concernant la lutte contre les infections nosocomiales rédigés par l'équipe HH et approuvé par le Comité HH ? | | | | |
| I.1.2a | Avez-vous un comité d'hygiène hospitalière <i>pluridisciplinaire</i> ? | X | X | | Définir pluri-disciplinaire |
| I.1.2b | Quelle en est sa composition ? | | | | |
| I.1.3 | Combien y-a-t-il eu de réunion du comité d'hygiène hospitalière durant l'année ? | X | | X | |
| I.1.4 | Cette année, un plan d'action, des objectifs spécifiques en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière ? | X | | X | |
| I.1.5 | Un rapport annuel sur les activités de l'année précédente en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité d'hygiène hospitalière ? | X | X | X | |
| I.1.6a | Est-ce que le salaire de l'infirmière-hygiéniste est basé sur le barème du cadre infirmier intermédiaire ? | X | | | |
| I.1.6b | Est-ce que le salaire du médecin-hygiéniste est comparable au salaire d'autres médecins spécialistes de l'hôpital ? | X | | | |
| I.1.6c | Est-ce que l'hygiène hospitalière a un poste de frais séparé dans la comptabilité de l'hôpital ? | X | | | |
| I.1.7a | Le plan d'actions de cette année de l'équipe d'hygiène hospitalière a-t-il été soumis | | | X | |
| I.1.7b | • à l'avis du comité de direction de votre hôpital ? | | | | |
| I.1.7c | • à l'avis du conseil médical de votre hôpital ? • à l'avis du conseil infirmier-paramédical de votre hôpital ? | | | | |
| I.1.8a | Le rapport d'activité de cette année de l'équipe d'hygiène hospitalière a-t-il été soumis | | | X | |
| I.1.8b | • à l'avis du comité de direction de votre hôpital ? | | | | |
| I.1.8c | • à l'avis du conseil médical de votre hôpital ? • à l'avis du conseil infirmier-paramédical de votre hôpital ? | | | | |

| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
|---------|---|----|------|---------|---|
| I.1.9a | L'hôpital a-t-il publié une brochure d'accueil ? | | | X | |
| I.1.9b | si oui, cette brochure d'accueil contient-elle ou est-elle distribuée avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'hôpital ? | | | | |
| I.1.10a | Un programme de formation en hygiène hospitalière a-t-il été élaboré cette année par l'équipe d'hygiène hospitalière et approuvé par le comité ? | | | X | Difficile de standardiser la déf. de 'programme de formation' |
| I.1.10b | si oui, ce programme de formation a-t-il été inscrit dans le plan de formation continue de l'hôpital ? | | | | |

Catégorie moyens (I.2)

| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
|---------|--|----|------|---------|--|
| I.2.11 | Nombre de médecins en hygiène hospitalière (en ETP) | | X | X | |
| I.2.12 | Nombre d'infirmiers en hygiène hospitalière (en ETP) | | X | X | |
| I.2.13a | L'équipe d'hygiène hospitalière a-t-elle mis en place un réseau de référents infirmiers actif en hygiène hospitalière dans l'hôpital ? | X | X | | Définir : « réseau » |
| I.2.13b | Si oui, nombre de référents infirmiers et dans quel type de services | | | | |
| I.2.14 | La formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) est-elle imposée et dispensée à tous les nouveaux personnels recrutés ? | | X | X | difficile de standardiser la déf. de 'formation' |
| I.2.15 | Cette année, une formation continue en hygiène hospitalière a-t-elle été dispensée au personnel soignant (au moins une thématique par an) ? | | X | X | difficile de standardiser la déf. 'formation continue' |
| I.2.16 | Une formation active (sous forme de séminaires/symposium/congrès) a-t-elle été suivie cette année par tous les médecins/infirmiers hygiénistes ? | | X | X | difficile de standardiser la déf. 'formation active' |

Catégorie actions (I.3)

| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
|--------|--|----|------|---------|---------------------|
| I.3.17 | Participation des membres aux réunions du comité d'hygiène hospitalière au cours de cette année | X | | | Standard à préciser |
| I.3.18 | Participation de l'équipe d'hygiène hospitalière aux réunions de la plateforme de concertation régionale en hygiène hospitalière au cours de cette année | X | | | Standard à préciser |

| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
|---------|--|----|------|---------|----------------------------|
| I.3.19 | Existe-t-il un protocole écrit, validé par l'équipe d'hygiène hospitalière, concernant : <ul style="list-style-type: none"> • les mesures de protection standard ? | X | X | X | Définir date mise à jour ? |
| I.3.20 | <ul style="list-style-type: none"> • l'isolement des patients infectés ? | | | | |
| I.3.21 | <ul style="list-style-type: none"> • la stratégie de lutte contre les épidémies ? | | | | |
| I.3.22a | <ul style="list-style-type: none"> • les aspects d'hygiène <ul style="list-style-type: none"> - lors de construction ou transformation | | | | |
| I.3.22b | <ul style="list-style-type: none"> - lors des activités du quartier opératoire ou en salle d'accouchement | | | | |
| I.3.22c | <ul style="list-style-type: none"> - lors des achats de matériel | | | | |
| I.3.23 | <ul style="list-style-type: none"> • les techniques de stérilisation et désinfection du matériel d'endoscopie et du matériel médical | | | | |
| I.3.24 | <ul style="list-style-type: none"> • les techniques aseptiques | | | | |
| I.3.25 | <ul style="list-style-type: none"> • la gestion des antibiotiques | | | | |
| I.3.26 | <ul style="list-style-type: none"> • l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur pour les activités du quartier opératoire ou en salle d'accouchements | | | | |
| I.3.27 | <ul style="list-style-type: none"> • le circuit du linge | | | | |
| I.3.28 | <ul style="list-style-type: none"> • le circuit des repas | | | | |
| I.3.29 | <ul style="list-style-type: none"> • l'élimination des déchets | | | | |
| I.3.30 | <ul style="list-style-type: none"> • l'entretien des locaux | | | | |
| I.3.31 | <ul style="list-style-type: none"> • l'installation et l'entretien des dispositifs intra-vasculaires | | | | |
| I.3.32 | <ul style="list-style-type: none"> • le sondage urinaire | | | | |
| I.3.33 | <ul style="list-style-type: none"> • l'hygiène des mains | | | | |
| I.3.34a | Votre hôpital a-t-il un système local de surveillance des infections nosocomiales ? <ul style="list-style-type: none"> - MRSA - Clostridium difficile - Bactériémies dans les unités de soins intensifs - Infections des plaies opératoires - Enterobacteriaceae multirésistants (BLSE+) | | | | X |
| I.3.34b | Si oui, les données sont-elles envoyées à l'Institut de Santé Publique ? | | | | |
| I.3.34c | Si non, votre hôpital a-t-il participé cette année à la surveillance des infections nosocomiales organisées par l'Institut de Santé Publique ? <ul style="list-style-type: none"> - MRSA - Clostridium difficile - Autres (1 optionnel) : <ul style="list-style-type: none"> - Septicémies dans tout l'hôpital - pneumonies et bactériémies dans les unités de soins intensifs - infections des plaies opératoires - Enterobacteriaceae multirésistants (BLSE+) | | | | |

| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
|---------|--|----|------|---------|---|
| I.3.35 | Votre hôpital possède-t-il un système d'alerte pour identifier l'apparition ou la menace d'infections nosocomiales ? | | X | | Définir : système d'alerte |
| I.3.36 | Votre hôpital a-t-il un programme continu local pour la promotion de l'hygiène des mains ? | | X | | Définir : programme continu |
| I.3.37 | Votre hôpital possède-t-il un suivi de la compliance des procédures recommandées pour l'hygiène des mains ? | | X | | |
| I.3.38a | Indicateur valable tous les 2 ans Votre hôpital a-t-il participé à la campagne nationale « Vous êtes entre de bonnes mains »? | | | | |
| I.3.38b | Si oui, à quel type de données : les mesures d'observation pré-campagne et les mesures d'observation post-campagne | | | | |
| I.3.39a | Des actions d'évaluation en hygiène hospitalière, par l'équipe d'hygiène hospitalière de l'hôpital, ont-elles été menées cette année ? | | X | X | Difficile de standardiser la def .de 'actions d'évaluation' |
| I.3.39b | Si oui, y-a-t-il eu un feedback de l'audit vers les services concernés ? | | | | |

II. Indicateurs de résultats/processus

| Indicateurs de résultats (II.1) | | | | | |
|--|--|----|------|---------|--------------|
| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
| II.1.40 | Incidence bactériémie MRSA/1000 journées d'hospitalisation | | | X | |
| II.1.41 | Infections sur site opératoire | | | X | |

| Indicateurs de processus (II.2) | | | | | |
|--|--|----|------|---------|--------------|
| No | Indicateurs | AR | IPSE | Syst Fr | Commentaires |
| II.2.42 | Indicateur valable tous les 2 ans Compliance aux procédures d'hygiène des mains | | | | |
| II.2.43 | Consommation de solutions hydro-alcooliques | | X | X | A développer |

7.7. Liste des indicateurs IPSE niveau pays

La collecte des indicateurs IPSE (Improving Patient Safety in Europe) plus globaux au niveau du pays nous permettra d'être comparable aux autres pays et de se conformer aux recommandations européennes concernant les indicateurs de qualité.

Voici le site où se retrouve la liste décrite ci-dessous : <http://helics.univ-lyon1.fr/Documents/IPSE%20Consensus%20on%20Standards%20and%20Indicators%20final.pdf>

7.7.1. Catégorie : Organisation

- Existence programme national pour réduire les IN
- Rapports annuels produits et présentés aux autorités nationales de santé publique
- Existence d'un comité stratégique national responsable pour le contrôle des IN
- Existence d'une déclaration officielle sur la responsabilité juridique des cadres supérieurs d'hôpital pour le contrôle des IN
- Existence d'une loi qui régule les pratiques du contrôle des IN dans les hôpitaux

7.7.2. Catégorie : Prévention et politique de contrôle

- L'amélioration en continu de la qualité des soins est-elle incluse dans la stratégie nationale de santé?
- Disponibilité d' 'evidence-based guidelines' pour le contrôle des IN recommandés au niveau national
- Existence audit national dans le domaine des IN et feedback au directeur et personnel de soins

7.7.3. Catégorie : Politique de surveillance

- Existence d'une surveillance IN nationale dans unités soins intensifs et chirurgicaux
- Existence d'un système d'alerte national pour identifier les événements nosocomiaux nouveaux ou menaçant
- Les données nationales sont-elles incluses dans une base de données de surveillance européenne
- Existence d'un rapport annuel décrivant les résultats nationaux de la surveillance
- Les hôpitaux reçoivent-ils annuellement un feedback des résultats de la surveillance nationale des IN

7.7.4. Catégorie : Formation

- Existence d'un programme éducatif en IN strictement exigé dans tous les programmes de formation des médecins et infirmières
- Existence d'un programme éducatif reconnu officiellement organisé par les médecins/infirmiers hygiénistes

7.7.5. Catégorie : Ressources

- Existence de standards nationaux concernant les conditions de ressources humaines pour les praticiens en HH dans les hôpitaux
- Existence d'un programme de recherche sur IN financé lequel est proportionnel aux ressources économiques du pays

7.8. Amélioration locale : Références, sites-clés

Les sites-clés concernant l'amélioration locale ont principalement été développés aux Etats-Unis via l'organisation IHI (Institute for Health Improvement) et en Angleterre via les campagnes 'clean, safe care : reducing infections and saving lives' et 'Patient Safety First'. Les sites sont donc principalement en anglais.

Aux Pays-Bas, le CBO (**C**entraal **B**egeleidings**O**rgaan) est reconnu dans le domaine de la qualité des soins comme un institut de référence et d'implémentation. On y retrouve des guidelines concernant le développement d'indicateurs et des outils qualité en néerlandais. En France, le Ministère de la Santé a mis à disposition sur leur site le tableau de bord des infections nosocomiales. Cependant, il n'existe pas d'autres sites français fournissant des guidelines/outils pour l'amélioration locale de la qualité des soins.

Liens généraux des sites-clés :

USA : IHI (Institute for Health Improvement) : <http://www.ihl.org/ihl/>

UK : 'clean, safe care : reducing infections and saving lives' : <http://hcai.dh.gov.uk/>

UK : 'Patient Safety First' : <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/>

Pays-Bas : CBO (**C**entraal **B**egeleidings**O**rgaan) : <http://www.cbo.nl/>

France: 'tableau de bord' : <http://www.sante-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>

7.8.1. Guide

Voici 3 sites où est décrit le concept de : comment développer la mesure/indicateur pour l'amélioration de la qualité des soins :

- IHI (Institute for Healthcare Improvement, USA)

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/>

- Patient Safety First (UK):

<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/Campaign-support/measurement/>

(click on « 'How to' guide on measurement for improvement »)

- CBO ((**C**entraal **B**egeleidings**O**rgaan, Pays-bas)

<http://www.cbo.nl/thema/Indicatoren/>

- Les différents sites ci-dessous sont une inspiration/guide pour : comment mettre en place la mesure pour réduire les :

- pneumonies associées au ventilateur (VAP)

- USA : <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/VAP.htm>

(click on how-to guide)

- UK : <http://hcai.dh.gov.uk/files/2011/03/2011-03-14-HII-Ventilator-Associated-Pneumonia-FINAL.pdf>

- septicémies associées aux voies centrales (CLA-BSI)
 - USA : <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/CentralLineInfection.htm>
(click on how-to guide)
 - UK : <http://hcai.dh.gov.uk/files/2011/03/2011-03-14-HII-Central-Venous-Catheter-Care-Bundle-FINAL.pdf>

- infections urinaires associées au cathéter (CAUTI)
 - USA : <http://www.ihl.org/IHI/Programs/ImprovementMap/PreventCatheterAssociatedUrinaryTractInfections.htm> (click on how-to guide)
 - UK : http://hcai.dh.gov.uk/files/2011/03/Document_-_Urinary_Catheter_Care_High_Impact_Intervention_FINAL_100907.pdf

- infections sur site opératoire (SSI)
 - USA : <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/SSI.htm>
(click on how-to guide)
 - UK : <http://hcai.dh.gov.uk/files/2011/03/2011-03-14-HII-Prevent-Surgical-Site-infection-FINAL.pdf>

7.8.2. Liste potentielle d'indicateurs et leurs définitions

Pour inspiration, les liens suivants fournissent une liste (non exhaustive) d'indicateurs de qualité les plus utilisés avec leurs définitions.

- Indicateurs spécifiques à l'hygiène hospitalière (Infection control indicators)
 - IHI (Institute for Healthcare Improvement, USA)
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/HealthcareAssociatedInfections/InfectionsGeneral/Measures/>
→ click on « Measures plan : Reducing Hospital-Acquired Infections »
 - Patient Safety First (UK):
<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/Campaign-support/measurement/>
→ click on « Measures definitions » (sections B and D)

- Indicateurs plus globaux 'sécurité du patient' (Patient safety indicators)
 - NHS Information Centre
<https://mqi.ic.nhs.uk/>
 - AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality
<http://www.psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=7>
http://qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm
 - SIMPATHIE : Safety Improvement for Patients in Europe
<http://www.simpatie.org/Main/pf1175587453/wp1175588035/wp1178874544>

7.8.3. Outils

Pour inspiration, les liens suivants fournissent des outils simples à adapter selon les besoins locaux

- Fichier excel interactif

UK : <http://hcai.dh.gov.uk/whatdoido/high-impact-interventions/>

→ Click on :

[Central venous catheter high impact intervention – Insertion](#)

[Central venous catheter high impact intervention – Ongoing care](#)

[Ventilator associated pneumonia high impact intervention](#)

[Urinary Catheter Care high impact intervention – Insertion](#)

[Urinary Catheter Care high impact intervention – Ongoing](#)

[Prevention of surgical site infection high impact intervention – Pre-operative](#)

[Prevention of surgical site infection high impact intervention – Intra-operative](#)

[Prevention of surgical site infection high impact intervention – Post-operative](#)

- Checklist

Click on download file (inscription gratuite)

Hygiène des mains

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/HealthcareAssociatedInfections/InfectionsGeneral/Tools/HandHygieneMonitoringTool.htm>

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/HealthcareAssociatedInfections/InfectionsGeneral/Tools/HandHygieneDataCollectionTool.htm>

Septicémies associées aux voies centrales

[Central Line Insertion Checklist from Peter Pronovost, MD](#)

[Central Line Insertion Checklist](#)

Infections urinaires associées au cathéter

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/HealthcareAssociatedInfections/InfectionsGeneral/Tools/UTIBundleComplianceAuditTool.htm>

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/HealthcareAssociatedInfections/InfectionsGeneral/Tools/DailyAssessmentFormforUrinaryCatheter.htm>

Infections sur site opératoire

[Surgical Site Infections Checklist/Schedule](#)

- Exemples de ‘run charts’

USA : « Improvement tracker » :

<http://www.ihl.org/ihl/workspace/tracker/AllTrackers.aspx>