

*Date* 19/07/2007  
*Annexes* Note  
AR du 26 avril 2007  
AR du 19 juin 2007 (art 13 1°)

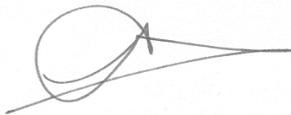
**Objet:**

**AR du 26 avril 2007 modifiant l'AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (normes d'agrément relatives à l'hygiène hospitalière)**  
**AR du 19 juin 2007 (art 13 1°) modifiant l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (financement en matière d'hygiène hospitalière et la surveillance des infections nosocomiales)**

Madame,  
Monsieur,

Par la présente, je souhaite vous apporter plus de précisions sur la modification des normes d'agrément (AR du 26 avril 2007) et du financement (AR du 19 juin 2007 art 13 1°) en matière d'hygiène hospitalière, ainsi que sur la modification de la surveillance des infections nosocomiales (AR du 19 juin 2007 art 13 1°).

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.



Christiaan Decoster  
Directeur général  
DG Organisation des établissements de soins

## Contexte

Les infections hospitalières ont un impact considérable sur les soins de santé et n'ont donc pas uniquement pour corollaire une morbidité (estimée à 107 500 infections hospitalières chaque année en Belgique) et une mortalité (2 500 à 3 000 décès par an) accrues, mais également des coûts supplémentaires (au moins 120 millions d'euros par an). Le vieillissement de la société et la progression de la médecine moderne – il y a de plus en plus de patients plus âgés et/ou affaiblis dans nos établissements de soins – contribuent à l'aggravation de ce problème.

C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics ont pris plusieurs initiatives en vue de promouvoir l'hygiène hospitalière:

- 1) modification des normes d'agrément relatives à l'hygiène hospitalière (AR du 26 avril 2007);
- 2) modification du financement en matière d'hygiène hospitalière (AR du 19 juin 2007 art 13 1°); et
- 3) modification de la surveillance des infections nosocomiales par l'Institut Scientifique de Santé Publique (AR du 19 juin 2007 art 13 1°).

En 2004, la Plate-forme fédérale d'hygiène hospitalière a transmis son '*Plan stratégique concernant la réorganisation de l'hygiène hospitalière dans les établissements belges*' au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Rudy Demotte. Le document a été soumis par le ministre au Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) pour avis. Le Conseil a rendu un avis positif sur le plan stratégique. Sur la base de cet avis, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) s'est attelé, en concertation avec le Cabinet du ministre, à l'adaptation demandée des normes d'agrément et du financement en matière d'hygiène hospitalière.

## Modification des normes d'agrément relatives à l'hygiène hospitalière

L'AR du 26 avril 2007 s'applique aux hôpitaux aigus, spécialisés (Sp), gériatriques (G) et psychiatriques.

### Examen de l'arrêté royal

#### a) Généralités

A côté du médecin-chef, de l'équipe d'hygiène hospitalière et du Comité d'hygiène hospitalière, le chef du département infirmier est dorénavant chargé de la promotion de l'hygiène.

#### b) Equipe d'hygiène hospitalière

Le fonctionnement et la collaboration entre le(s) médecin(s) en hygiène hospitalière et l'(les) infirmier(s) en hygiène hospitalière sont adaptés aux nouveaux besoins. Avec l'équipe d'hygiène hospitalière une nouvelle structure est définie, dans le cadre de laquelle le(s) médecin(s) en hygiène hospitalière et l'(les) infirmier(s) en hygiène hospitalière collaborent étroitement et à part égale, sous la coordination du médecin.

L'équipe d'hygiène hospitalière assume la responsabilité directe pour les tâches définies à l'AR, dont l'impact sur la maîtrise des infections hospitalières a été largement démontré (infection control). C'est la raison pour laquelle quelques tâches qui étaient auparavant confiées aux hygiénistes hospitaliers ne font plus partie des tâches de l'équipe, mais relèvent dorénavant de la responsabilité du comité d'hygiène hospitalière (voir infra).

Pour que l'équipe soit en mesure d'exécuter facilement ses tâches et de prendre ses responsabilités, la responsabilité opérationnelle de la maîtrise des infections hospitalières lui a été confiée. Cette indépendance opérationnelle doit garantir le bon fonctionnement de l'équipe et de ses membres. En effet, l'infirmier est moins dépendant du Comité et l'équipe peut prendre les décisions nécessaires en vue de s'attaquer immédiatement à une situation problématique. Il est donc recommandé que l'infirmier en hygiène hospitalière fasse partie du cadre infirmier intermédiaire; ce qui est souvent le cas actuellement. L'équipe peut également collaborer directement avec d'autres comités et instances à l'hôpital.

Malgré le fait que, sur le plan hiérarchique, l'infirmier et le médecin relèvent toujours respectivement au département médical et au département infirmier, ils doivent être en mesure d'assumer leurs responsabilités au sein de l'équipe et être indépendants sur le plan opérationnel lors de l'exécution des tâches. Bien entendu, ils font rapport au Comité d'hygiène hospitalière, au médecin-chef et au chef du département infirmier à intervalles réguliers. En effet, les décisions opérationnelles de l'équipe sont exécutées après concertation avec le médecin-chef et le chef du département infirmier, et pour le compte et sous la responsabilité de ces derniers.

L'infirmier en hygiène hospitalière doit avoir suivi une formation adéquate, de niveau universitaire. En d'autres termes, il doit être en possession d'un diplôme de bachelor en art infirmier et d'un master en art infirmier ou en santé publique. L'infirmier doit démontrer qu'il a suivi avec succès une formation spécifique au moins dans les domaines suivants: infections hospitalières (prévention et contrôle, aspects de microbiologie, d'infectiologie et d'épidémiologie) et législation en matière d'hygiène hospitalière. La formation spécifique peut faire partie d'un master en art infirmier ou en santé publique. Naturellement, il y a des droits acquis pour les infirmiers qui exercent actuellement déjà la fonction d'infirmier en hygiène hospitalière. En outre, une période de transition de 5 ans est prévue en ce qui concerne l'exigence en matière de formation.

La fonction de médecin en hygiène hospitalière peut être assurée par un médecin ou un pharmacien biologiste clinique, ayant suivi avec succès une formation spécifique au moins dans les domaines suivants: infections hospitalières (prévention et contrôle, aspects de microbiologie, d'infectiologie et d'épidémiologie), législation en matière d'hygiène hospitalière, et agents antimicrobiens et politique antibiotique. Cette formation spécifique comporte au moins 300 heures de contact. Il y a également des droits acquis pour les médecins et les pharmaciens biologistes cliniques qui exercent déjà la fonction de médecin en hygiène hospitalière. En outre, une période de transition de 5 ans est prévue en ce qui concerne l'exigence en matière de formation.

L'équipe hospitalière exécute les tâches suivantes:

1° le développement, la mise en oeuvre et le suivi, à travers l'hôpital, d'une stratégie relative a) aux mesures de protection standard ayant pour objet de prévenir la transmission de germes infectieux; b) à l'isolement des patients infectés afin d'endiguer la transmission des maladies infectieuses et c) à la surveillance des infections nosocomiales à l'aide d'indicateurs permettant d'en suivre et d'en corriger l'incidence au sein de l'établissement;

2° la mise sur pied d'une stratégie de lutte contre les épidémies;

3° le suivi des aspects ayant trait à l'hygiène dans le cadre d'activités hospitalières telles que a) la construction ou la transformation, b) les activités au quartier opératoire ou en salle d'accouchements et c) l'achat de matériels;

4° la mise en oeuvre des directives et recommandations rédigées par des organismes officiels tels que le Conseil supérieur de la santé; et

5° l'échange avec d'autres établissements d'informations et de l'expérience acquise, dans le cadre d'une plate-forme de collaboration en matière d'hygiène hospitalière.

Comme il a déjà été indiqué, les missions de l'équipe sont désormais axées prioritairement sur la maîtrise effective des infections hospitalières (infection control). D'autres missions ne peuvent jamais porter préjudice à cette mission de base. A cet égard, nous souhaitons une nouvelle fois insister sur le fait que l'équipe est responsable de la mise en oeuvre au sein de l'institution de directives et de recommandations formulées par des instances officielles (4°). Ces recommandations ne peuvent rester lettre morte dans les hôpitaux belges. Nous tenons également à rappeler que toutes les équipes sont censées participer activement aux plates-formes de concertation sur le plan de l'hygiène hospitalière (5°). Les pouvoirs publics accordent une grande importance à ces

plates-formes, qui ont déjà prouvé à plusieurs reprises leur utilité (entre autres, lors des campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains).

L'équipe d'hygiène hospitalière établit un plan stratégique général ainsi qu'un plan d'action annuel, un rapport annuel d'activité et un rapport annuel sur le fonctionnement de l'équipe. L'équipe doit être performante et s'efforcer d'obtenir de bons résultats. Pour ce faire, l'équipe s'assignera des objectifs précis et contrôlera régulièrement si ceux-ci ont été atteints.

### c) Comité d'hygiène hospitalière

Le Comité d'hygiène hospitalière se compose au moins du directeur, de l'équipe d'hygiène hospitalière, d'un pharmacien hospitalier, d'un microbiologiste, du médecin-chef, du chef du département infirmier, de trois médecins désignés par le Conseil médical et de trois infirmiers désignés par le chef du département infirmier. Un président est désigné parmi les membres médecins.

Le Comité d'hygiène hospitalière exécute au minimum les tâches suivantes:

1° discuter et approuver le plan stratégique général et le plan d'action annuel rédigés par l'équipe;

2° discuter et approuver le rapport annuel d'activités rédigé par l'équipe;

3° discuter et approuver le rapport annuel sur le fonctionnement de l'équipe;

4° discuter et approuver les budgets et les devis; et

5° coordonner l'attribution de missions relatives a) au contrôle des techniques de stérilisation, b) à la gestion des antibiotiques, c) à l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur pour le quartier opératoire, les quartiers d'accouchements et, le cas échéant, les services à risque, et d) à l'élaboration de directives et à la surveillance des procédés de lavage et de distribution du linge, de l'hygiène dans la préparation et la distribution de l'alimentation tant à la cuisine qu'à la biberonnerie et des méthodes de collecte et d'évacuation des déchets hospitaliers.

Les quatre premières tâches s'inscrivent dans le cadre de l'accompagnement et du suivi de la performance de l'équipe d'hygiène hospitalière dans l'exécution de ses tâches en matière de maîtrise des infections hospitalières. A cet égard, le comité doit surtout être un forum de discussion et de concertation, permettant à l'équipe de se concerter avec la direction et d'autres acteurs des différentes parties intéressées de l'organisation hospitalière. Le comité surveille principalement le bon déroulement de la maîtrise des infections hospitalières à long terme. Par conséquent, l'implication et la participation active de l'ensemble des membres du comité revêtent une importance essentielle.

Comme il a déjà été signalé, l'équipe d'hygiène hospitalière doit axer ses activités sur la maîtrise des infections. C'est la raison pour laquelle certaines tâches qui étaient auparavant confiées à des hygiénistes hospitaliers – c'est-à-dire les tâches mentionnées au point 5° - ne font plus partie des tâches de l'équipe. A l'hôpital, des personnes et des instances (par exemple, un pharmacien hospitalier, des services techniques, un coordinateur en matière d'environnement, un responsable HACCP, un délégué du groupe antibiotique, un coordinateur qualité) sont parfaitement en mesure d'assumer ces tâches – dans certains cas, cela s'est déjà effectivement produit. Le comité d'hygiène hospitalière

doit veiller à ce que ces tâches soient réellement effectuées par d'autres instances à l'hôpital. Il va de soi que l'équipe peut, le cas échéant, jouer un rôle consultatif dans ces matières.

Le comité d'hygiène hospitalière se réunit au moins 4 fois par an. Pour renforcer les avis rendus par le comité, toutes les décisions sont consignées dans un registre et transmises au directeur à titre d'avis, et sont disponibles pour consultation par le médecin-inspecteur. Le comité peut faire appel aux conseillers et peut inviter les chefs de service concernés.

#### Recommandations additionnelles dans le plan stratégique

Quelques recommandations mentionnées dans le plan stratégique n'ont pas été transposées en normes d'agrément mais sont néanmoins précieuses en vue de l'optimisation de l'hygiène hospitalière.

L'équipe d'hygiène hospitalière peut, en fonction des besoins et des possibilités de l'institution, être étendue aux collaborateurs administratifs et techniques (par exemple, épidémiologue, gestionnaire de données et laborantin). L'équipe d'hygiène hospitalière peut, le cas échéant, adopter la structure d'un service hospitalier.

Il serait très utile de constituer un réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière. Le référent infirmier est une personne de contact motivée, au niveau de l'unité de soins qui 1) transmet à ses collègues des informations correctes; 2) effectue une évaluation correcte des besoins et fait rapport à l'équipe d'hygiène hospitalière; et 3) motive les collègues. A cet égard, le référent infirmier est soutenu par les infirmiers en chef et l'équipe d'hygiène hospitalière. Le référent infirmier est donc formé par l'équipe, avec laquelle il se concerte régulièrement.

## Modification du financement en matière d'hygiène hospitalière

### Examen de l'arrêté royal

Le financement de l'infirmier en hygiène hospitalière est porté à 53 105,00 euros (index au 1er juillet 2007) par équivalent temps plein. Cette majoration est conforme au positionnement de l'infirmier au niveau du cadre intermédiaire. Cette mesure s'applique aux hôpitaux aigus, spécialisés (Sp), gériatriques (G) et psychiatriques.

Par ailleurs, pour les hôpitaux généraux et pour les hôpitaux spécialisés (Sp) et gériatriques (G) comptant au moins 150 lits, un encadrement minimal est prévu pour l'équipe d'hygiène hospitalière. Ces institutions doivent employer au moins 1 infirmier en hygiène hospitalière ETP et au moins 0.5 médecin en hygiène hospitalière ETP. Les institutions de plus petites tailles parmi ce groupe qui, par le biais du calcul mentionné à l'AR, se situaient jusqu'à présent en dessous de la norme, recevront, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, le financement nécessaire pour pouvoir répondre à cette exigence:  $1 \text{ ETP} \times 53\,105,00 \text{ euros/ETP} + 0,5 \text{ ETP} \times 81\,709,74 \text{ euros/ETP} = 93\,959,87 \text{ euros}$  (index au 1<sup>er</sup> juillet 2007). Pour les institutions de plus grande taille parmi ce groupe qui, par le biais du calcul mentionné, se situaient au-dessus de la norme, rien ne change – indépendamment de la majoration susmentionnée du financement de l'infirmier en hygiène hospitalière. Ils doivent réaliser le nombre d'ETP calculé pour l'infirmier et le médecin, et leur équipe d'hygiène hospitalière ne peut en aucun cas revenir à un encadrement minimal.

Bien entendu, le budget prévu pour les frais de fonctionnement – 10 % du budget affecté aux salaires de l'infirmier en hygiène hospitalière et du médecin en hygiène hospitalière – est maintenu.

### Recommandations additionnelles dans le plan stratégique

Il va de soi que les moyens débloqués par les pouvoirs publics doivent être correctement affectés par les hôpitaux à l'hygiène hospitalière. Cela implique donc une certaine transparence dans l'affectation des moyens. A cet égard, il peut s'avérer utile de considérer l'hygiène hospitalière comme un poste de frais séparé dans la comptabilité de l'hôpital.

Le plan stratégique préconise une rémunération équitable pour le médecin en hygiène hospitalière. Etant donné le rôle crucial de l'hygiène hospitalière dans la politique en matière de qualité et de sécurité du patient, les hôpitaux doivent effectivement veiller à garantir au médecin en hygiène hospitalière une rémunération équitable. L'hygiène hospitalière n'est parfois considérée, de façon injustifiée, que comme un poste de dépense. Toutefois, les avantages d'une politique performante en matière d'hygiène sont indéniables, tant pour le patient, que pour l'institution et la société.

## Modification de la surveillance des infections nosocomiales

La participation à la surveillance des infections nosocomiales était déjà obligatoire pour les hôpitaux généraux. Elle est désormais étendue aux hôpitaux spécialisé (Sp) et aux hôpitaux gériatriques (G) disposant d'au moins 150 lits.

L'enregistrement *Staphylocoque doré* résistant à la méthicilline (MRSA) et l'enregistrement *Clostridium difficile* sont obligatoires. Ceci doit encore être complété par au moins un protocole, à choisir dans la liste suivante: pneumonies et bactériémies dans les unités de soins intensifs; septicémies au niveau de tout l'hôpital; infections des plaies opératoires; et Enterobacteriaceae multirésistants.

A l'avenir, la surveillance portera également sur les indicateurs de qualité relatifs à la politique en matière d'hygiène hospitalière dans l'établissement. En attendant la définition de ces indicateurs qualité, cette exigence n'est pas encore d'application.

Le montant forfaitaire est porté à 9 629,90 euros (index au 1er juillet 2007). Les hôpitaux doivent virer chaque année 8 008,40 euros (index au 1er juillet 2007) à l'Institut Scientifique de Santé Publique.