

Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (Stratégie NOSO)



23 mars 2016



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Conseil fédéral

Dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral

Gesundheit	Santé	2020
Sanità	Sanadad	

Avant-propos

La Suisse possède l'un des systèmes de santé les plus performants au monde. Cela ne doit cependant pas masquer le fait qu'il y est également possible de s'infecter avec des agents pathogènes, à l'hôpital ou dans un établissement médico-social. Aussi, des personnes peuvent-elles contracter des infections graves et même susceptibles d'entraîner la mort, en plus des maladies et affections existantes.

Ces infections peuvent considérablement restreindre la qualité de vie des personnes concernées. En même temps, ces infections génèrent aussi des coûts et des pertes économiques considérables, car elles renchérissent le traitement, allongent la durée de guérison et retardent la reprise de l'activité professionnelle. Il est donc urgent d'améliorer durablement la protection des patients contre les infections associées aux soins.

Des initiatives et mesures couronnées de succès ont déjà été prises en de nombreux endroits en Suisse afin de surveiller et de prévenir les infections associées aux soins. Des mesures et des programmes pilotes nationaux ont été lancés ces dernières années sur diverses thématiques. Nous devons intensifier cette évolution très positive. L'état actuel des connaissances permet d'estimer que près de la moitié de ces infections pourraient être évitées au prix d'un effort raisonnable. Une démarche coordonnée à l'échelle nationale doit, par conséquent, inciter tous les acteurs à multiplier les efforts visant à améliorer la protection contre les infections dans le cadre de leurs missions et compétences, et à coordonner au mieux leurs actions.

Le Conseil fédéral a défini la protection contre les infections associées aux soins comme une mesure prioritaire de sa stratégie globale « Santé2020 » et élaboré une stratégie entièrement consacrée au défi qu'elle représente pour le domaine de la politique de la santé. La présente stratégie est le résultat d'un processus participatif largement soutenu. Elle crée des conditions favorables pour développer des structures existantes et des connaissances déjà acquises concernant la protection contre ces infections et pour fédérer les forces de tous les acteurs dans la perspective d'un objectif commun. Des mesures ciblées doivent être engagées là où il est possible d'éviter les infections et donc de protéger les personnes contre celles-ci.

J'adresse mes plus vifs remerciements à tous les partenaires qui ont contribué avec beaucoup d'engagement à l'élaboration de la stratégie NOSO. Je suis convaincu que nous atteindrons les objectifs ensemble, grâce à la volonté de tous les acteurs de travailler en étroite collaboration.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A Berset', with a stylized, cursive script.

Alain Berset,
Conseiller fédéral

Table des matières

Résumé	4
1 Introduction	7
1.1 Une stratégie nationale pour la Suisse : pourquoi ?.....	7
1.2 Processus d'élaboration et processus de mise en œuvre planifié	9
1.3 Définition des « IAS » et des « agents pathogènes potentiellement dangereux »	10
2 Principes	11
2.1 Survenue et causes des IAS	11
2.2 Facteurs de risque pour les IAS	12
2.3 Survenue et fréquence des IAS.....	13
2.4 Agents pathogènes des IAS	14
2.5 Importance pour la politique de santé	15
2.6 Infections évitables et bonnes pratiques en matière de prévention des infections.....	15
3 Activités existantes	18
3.1 Activités de la Confédération	18
3.2 Structures et programmes nationaux	19
3.3 Structures et programmes internationaux	22
4 Objectif global et champ d'application de la stratégie	24
5 Modèle de stratégie	27
6 Champs d'action, objectifs stratégiques, mesures-clés et responsabilités	30
6.1 Trame de la stratégie.....	30
6.2 Vue d'ensemble des responsabilités	33
6.3 Champ d'action Gouvernance	37
6.4 Champ d'action Monitoring.....	49
6.5 Champ d'action Prévention et lutte	56
6.6 Champ d'action Formation et recherche	61
7 Aspects de la mise en œuvre	66
7.1 Priorités de la mise en œuvre et implication des acteurs.....	66
7.2 Fondements juridiques	67
7.3 Ressources et financement	70
7.4 Communication.....	71
7.5 Evaluation	71
8 Remerciements.....	73
9 Annexes	75
9.1 Abréviations.....	75
9.2 Glossaire.....	76

Résumé

Environ 70 000 patients contractent chaque année une infection associée aux soins (IAS) dans les hôpitaux suisses et quelque 2 000 d'entre eux en meurent. Les infections post-opératoires des plaies ainsi que les bactériémies sur cathéter (septicémies) sont parmi les plus nombreuses et les plus lourdes de conséquences. Les poumons et les voies urinaires (mise sous respiration artificielle ou pose d'une sonde urinaire) sont, eux aussi, exposés après une intervention médicale et risquent une infection. Les études publiées montrent cependant que 20 à 50 % de ces infections pourraient, selon le type d'infection, être évités grâce à des mesures de prévention et des systèmes de surveillance ciblés.¹

Importance pour la politique de santé

Afin de réduire le nombre des IAS, la Suisse fournit déjà des efforts significatifs à travers la mise en œuvre de mesures concrètes. La portée et la qualité de ces dernières sont toutefois très inégales selon l'institution et la région. Il n'existe jusqu'à présent pas de système national de surveillance épidémiologique ni de normes ou d'exigences minimales uniformes, scientifiquement fondées, pour prévenir et combattre les IAS. De plus, les établissements de santé ont besoin d'un soutien ciblé lors de l'introduction et de la mise en œuvre adéquate des mesures pour que cette question ait une plus grande importance dans le quotidien professionnel.

Besoins en Suisse

Le Conseil fédéral a reconnu la nécessité d'intervenir. Dans le cadre de sa stratégie globale « Santé2020 », il a ainsi défini la réduction des IAS comme mesure de premier ordre afin de compléter ou d'améliorer la protection de la santé de la population. La loi révisée sur les épidémies, qui est entrée en vigueur début 2016, prescrit à la Confédération et aux cantons de définir conjointement des objectifs et des stratégies visant à dépister, surveiller, prévenir et combattre les maladies transmissibles. Ils doivent également élaborer un programme national concernant les IAS. La Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (stratégie NOSO)², présentée dans ce document, crée les bases nécessaires pour que la Confédération, les cantons et les différents acteurs impliqués puissent agir de manière ciblée et coordonnée à l'échelle nationale.

Mandat politique

La stratégie NOSO s'appuie sur des modèles éprouvés en Suisse comme à l'étranger (bonnes pratiques) et comble les lacunes existantes. Elle fixe les responsabilités qui permettront d'atteindre les objectifs définis et de mettre en œuvre les mesures prévues.³ Les mesures-clés proposées tiennent compte des différents besoins et possibilités des établissements de santé et de leurs conditions d'exploitation. La stratégie NOSO est coordonnée avec les autres mesures mises en place par la Confédération, telles que la Stratégie Antibiorésistance (StAR) et les programmes pilotes menés dans le cadre de la stratégie en matière de qualité. Cette mise en œuvre cohérente permettra d'éviter les doublons.

Prémises de la stratégie

La stratégie NOSO englobe l'apparition et les flambées des IAS, dans les établissements de soins hospitaliers (stationnaires) – hôpitaux et établissements médico-sociaux – en Suisse. Les soins ambulatoires (y. c. les cliniques de jour) ne sont pas concernés par le champ d'application de cette stratégie. Cette particularité s'explique par la complexité de regrouper dans une seule et même stratégie les besoins spécifiques des

Champ d'application

¹ (i) Harbarth, S., Sax, H. and Gastmeier, P. (2003). The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *Journal of Hospital Infection*, 54(4): 258–66; (ii) Umscheid, C. A. et al. (2011). Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32(2): 101–14.

² Le titre abrégé NOSO se réfère à l'expression spécialisée « infection nosocomiale » (du grec νόσος [nósos], maladie, et κομῆν [komein], soigner).

³ La planification de la mise en œuvre aura lieu au cours d'une deuxième étape, après l'approbation de la stratégie par le Conseil fédéral. Le chapitre 7 présente cependant certains aspects liés à sa mise en œuvre.

fournisseurs de prestations dans le secteur stationnaire et ambulatoire. La Confédération envisage, dans un deuxième temps, d'étendre la stratégie NOSO aux soins ambulatoires.

Dans la présente stratégie, les IAS désignent les infections qui surviennent lors du séjour dans un hôpital ou dans un établissement médico-social (EMS) en relation avec une mesure diagnostique, thérapeutique ou de soins, ainsi que les infections causées par les conditions de séjour dans l'établissement (agent pathogène présent dans l'air ambiant ou sur la surface d'un objet).

Qu'est-ce qu'une infection associée aux soins (IAS) ?

L'objectif global de la stratégie est de réduire le nombre d'IAS et d'empêcher la propagation d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans le cadre des soins stationnaires. Si les acteurs impliqués atteignent cet objectif en conjuguant leurs efforts, les patients, les résidents et le personnel des établissements de santé bénéficieront d'un niveau de sécurité accru. Par la même occasion, la population sera mieux protégée contre les IAS et les coûts du système de santé seront réduits.

Objectif global et incidence à long terme

Pour réduire le nombre d'infections ainsi que la perte de qualité de vie correspondante, les séquelles et les décès qui y sont associés, la stratégie nationale NOSO a défini quatre priorités (champs d'action thématiques), caractérisées par des objectifs et des mesures-clés spécifiques :

Structure de la stratégie

1) Gouvernance

Gouvernance

La Confédération coordonne la procédure de surveillance, de prévention et de lutte contre les IAS. Des normes et des directives fondées sur des preuves, des compétences clarifiées, des structures et des processus optimisés, des incitations ainsi qu'une gestion efficace des connaissances contribueront tous à atteindre l'objectif global. Les différents acteurs assumeront un rôle actif dans l'accomplissement de leurs tâches respectives. Ils soutiendront la réalisation des objectifs au moyen de leurs propres instruments de pilotage, grâce à des mesures d'information et de communication appropriées et au respect des normes.

2) Monitoring

Monitoring

La surveillance des IAS et des agents pathogènes correspondants en Suisse est développée en fonction des besoins, sur la base des programmes en cours, des structures de surveillance et des bases juridiques existantes, dans le respect des compétences au niveau cantonal et fédéral. L'enregistrement des IAS (données d'*outcome*) et des agents pathogènes ainsi que l'observation des paramètres décisifs de structure et de processus, tel que la qualité de la surveillance ou le respect des mesures de prévention dans les institutions, sont prévus à cet effet. Les données collectées sont évaluées au plan local (établissement de santé), régional (cantons) ou national (Confédération, ANQ, etc.) et rapidement mises à disposition des participants comme base servant à décliner les interventions ciblées ou à évaluer les effets de celles-ci.

3) Prévention et lutte

Prévention et lutte

Des mesures ciblées doivent amener les divers acteurs (en premier lieu la Confédération, les cantons, les hôpitaux, les EMS et les sociétés de discipline médicale) et les personnes concernées (personnel, patients, résidents, et visiteurs) à prendre au sérieux la problématique des IAS et à contribuer à la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Les informations et les aides pratiques à la mise en œuvre, de même que les évaluations aideront aussi bien les organisations que les individus à vérifier et, le cas échéant, à ajuster leur attitude et leur comportement vis-à-vis des risques d'infection dans le sens de l'objectif stratégique.

4) Formation et recherche

Formation et recherche

Les institutions compétentes selon le niveau de formation prennent en charge la coordination de l'optimisation des concepts et des offres de formation en matière de prévention des infections. Elles assurent, en collaboration avec les hôpitaux universitaires

et d'autres établissements de santé ou de formation ainsi que les sociétés de discipline médicale et les associations, la formation de base et la formation continue des professionnels de la santé en tant que spécialistes en prévention des infections. Les hôpitaux et les EMS soutiennent le perfectionnement continu de leurs collaborateurs. La recherche sur les risques d'infection et sur les possibilités et les limites d'amélioration de la sécurité des patients est encouragée.

Dans le cadre de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à appliquer la stratégie nationale NOSO et, ce faisant, travaillent en étroite collaboration avec les différents acteurs. L'objectif formulé par la stratégie, à savoir la réduction significative et durable des IAS, ne pourra être mis en œuvre qu'avec le concours de tous les acteurs concernés.

Mise en œuvre

1 Introduction

1.1 Une stratégie nationale pour la Suisse : pourquoi ?

Partout dans le monde, comme en Suisse, les infections associées aux soins (IAS) représentent un problème urgent et de taille pour la santé publique, et sont un thème majeur de la politique de santé. Environ 70 000 patients contractent chaque année une IAS dans les hôpitaux suisses et quelque 2 000 d'entre eux en meurent. Ces estimations se basent sur les résultats d'une étude de prévalence, selon laquelle 7,2 % des patients hospitalisés contractent une IAS.⁴ La majorité des études publiées montre que 20 à 50 % de ces infections pourraient, selon le type d'infection, être évitées grâce à des mesures de surveillance et de prévention ciblées.⁵ Outre les souffrances évitables que cela représente pour les patients, les IAS pèsent lourd sur les systèmes de santé et sur l'économie du fait des hospitalisations de longue durée, des séquelles à long terme, des coûts de traitement supplémentaires et des absences au travail. De plus, elles nuisent à la réputation des établissements de santé. Dans les EMS, les maladies infectieuses peuvent également restreindre considérablement la qualité de vie des personnes âgées dont l'état général est parfois dégradé, ou entraîner leur décès. Mais il manque encore à ce sujet des données et des enquêtes fondées sur des preuves scientifiques.

Défi pour la politique de santé

Il existe déjà en Suisse des mesures visant à éviter les IAS. Elles varient fortement d'une institution et d'une région à l'autre en termes de portée et de qualité (cf. chap. 3.2). Il existe certes déjà des recensements nationaux tels que le module pour la mesure des infections du site chirurgical (*Surgical Site Infections*, SSI) de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) et de Swissnoso (société suisse d'experts dans les domaines de l'inféctiologie et de l'hygiène hospitalière). Par ailleurs, Swissnoso et la Société Suisse d'Hygiène Hospitalière (SSHH) ont déjà publié plusieurs recommandations concernant la réduction des infections. Un système national de surveillance englobant tous les types d'infections déterminants fait toutefois encore défaut, tout comme des réglementations nationales uniformes définissant des procédures et normes fondées sur des preuves scientifiques ou de bonnes pratiques ainsi qu'une évaluation et un contrôle des résultats de la mise en œuvre systématiques. En développant le « Module d'intervention consacré à la prévention des infections postopératoires » (module d'intervention SSI), Swissnoso a également proposé des normes pour la prévention des infections du site chirurgical. Malgré des standards parfois nationaux, chaque institution est tenue de développer ses propres solutions adaptées à la situation spécifique pour la mise en œuvre de la réglementation nationale.

Une image hétérogène

La loi sur les épidémies révisée, qui est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016,⁶ charge le Conseil fédéral de définir, en collaboration avec les cantons, des objectifs et des stratégies pour la détection, la surveillance, la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles. Dans le cadre de ses priorités de politique de santé (« Santé2020 »), le Conseil fédéral a défini la réduction des infections nosocomiales comme une mesure prioritaire afin d'améliorer la protection de la santé de la population. Parallèlement à ces évolutions, le problème des résistances aux antibiotiques

Mandat légal

⁴ (i) Sax, H., Pittet, D. (2005). Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales de 2004 (snip04). *Bulletin de Swissnoso* 12:1 ; (ii) Sax, H. (2006). L'hygiène dans les hôpitaux, un exemple de gestion de la qualité. *La Vie économique* 12-2006, p. 17-19 ; cf. communiqué de Swissnoso du 23 août 2013. Pour cette estimation anticipée, la causalité n'est pas totalement explicitée.

⁵ (i) Harbarth, S., Sax, H. and Gastmeier, P. (2003). The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *Journal of Hospital Infection* 54(4): 258–66; (ii) Umscheid, C. A. et al. (2011). Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32(2): 101–14.

⁶ Loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, LEp ; RS 818.101), état le 1^{er} janvier 2016.

est de plus en plus présent dans le débat public et politique, ne serait-ce qu'au travers de la Stratégie Antibiorésistance (StAR), qui a été approuvée par le Conseil fédéral en novembre 2015 en tant que composante de Santé2020. Cette large prise de conscience de la problématique favorise une concrétisation rapide et ciblée de la stratégie NOSO.

Plusieurs interventions parlementaires viennent en outre souligner l'importance accordée par le Parlement à cette thématique. Le Conseil fédéral a décidé que les interventions suivantes devaient être intégrées dans la présente stratégie :

**Interventions
parlementaires**

La motion du conseiller national Thomas Hardegger (12.3104 ; *Prévenir les infections hospitalières. Dispositions légales régissant les mesures d'hygiène*) charge le Conseil fédéral de créer les bases légales permettant de tenir compte des dernières avancées des sciences médicales dans la lutte contre les infections nosocomiales, et de réduire le risque d'être infecté par des germes résistants. Dans ses réponses à deux interpellations du conseiller national Thomas Hardegger (14.4107 ; *Mesure des taux d'infections nosocomiales. Publication des résultats* et 14.3358 ; *Système des forfaits par cas. Manque d'incitations pour éviter les infections nosocomiales*), le Conseil fédéral a renvoyé à l'élaboration en cours de la stratégie nationale NOSO.

La présente stratégie nationale NOSO vise à présenter la résolution d'un problème que de nombreux experts de la santé jugent urgent mais résolvable depuis des années. Elle veut avoir un effet large et durable en mutualisant les forces et en ciblant un objectif commun. Les acteurs du secteur de la surveillance, de la prévention et de la lutte contre les IAS, notamment la Confédération, les cantons, les institutions de santé, les sociétés de discipline médicale, les groupes d'experts, les associations, les institutions de formation et de recherche, ont des intérêts et des attentes variés à l'égard d'une stratégie nationale. Tous sont appelés à apporter leur contribution pour que les objectifs stratégiques des quatre champs d'action définis soient atteints, afin d'améliorer la santé de la population.

**Responsabilité
commune**

La stratégie largement soutenue et très globale doit permettre de créer les bases nécessaires pour une procédure ciblée et coordonnée au niveau national. Elle comprend les prémisses suivantes :

**Prémisses de la
stratégie**

- L'objectif global de la stratégie est de réduire le nombre d'IAS et d'empêcher la propagation d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans les hôpitaux et les EMS.
- La sécurité des patients, des résidents et du personnel des hôpitaux et des EMS doit être améliorée, la population doit être mieux protégée contre les IAS et les coûts entraînés pour le système de santé doivent être réduits. Elle doit en outre contribuer à la prévention et à la lutte contre les antibiorésistances.
- La stratégie s'appuie sur les pratiques éprouvées au niveau national et international (bonnes pratiques), met à profit les structures existantes, encourage l'utilisation de synergies et comble les lacunes.
- La stratégie définit quatre priorités thématiques (champs d'action) – gouvernance, monitoring, prévention et lutte, formation et recherche – ainsi que leurs objectifs stratégiques et les mesures-clés correspondantes afin de réduire les IAS.
- La stratégie détermine les responsabilités pour la mise en œuvre des mesures.
- Les principaux acteurs et parties prenantes ont été inclus dans un processus d'élaboration participatif de la stratégie NOSO afin de tenir compte des différents intérêts et attentes à son égard.

- Les mesures proposées prennent en considération les besoins des établissements de santé, qui peuvent notamment différer en raison de l'éventail de leurs prestations, de la structure de leur offre et de leur rayon d'activité.
- La stratégie NOSO est coordonnée avec d'autres mesures prises par la Confédération, comme StAR, la stratégie nationale de vaccination (SNV), la stratégie nationale de prévention de la grippe saisonnière (GRIPS) et les programmes pilotes dans le cadre de la stratégie de qualité afin de garantir une procédure cohérente et sans doublons. Les différences en termes de champ d'application sont prises en compte lors de l'application de la stratégie.

1.2 Processus d'élaboration et processus de mise en œuvre planifié

La stratégie NOSO a été élaborée en collaboration étroite avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, H+ Les Hôpitaux de Suisse, CURAVIVA Association des homes et institutions sociales suisses, le groupe d'experts Swissnoso, des sociétés de discipline médicale, des associations, des assureurs et d'autres acteurs importants. Inclure tous ces participants était d'une importance capitale du fait de la complexité du sujet et des divergences d'intérêts et de points de vue quant aux solutions. Les acteurs et les parties prenantes ont été intégrés à l'élaboration de la stratégie dès le début de celle-ci. Ils joueront un rôle important dans sa mise en œuvre.

Elaboration participative

Les acteurs et les parties prenantes ont pu faire valoir leurs demandes, leurs connaissances et leur expérience au cours de deux ateliers réservés aux parties prenantes et trois tables rondes thématiques. Le premier atelier de juillet 2014 était consacré à s'entendre sur la nécessité d'agir. Les participants ont été invités à décrire au cours d'un échange quels étaient, pour eux, les défis actuels. Les priorités et les objectifs de la stratégie ont donc été définis en commun. Trois tables rondes d'experts ont suivi d'octobre à décembre 2014. Il était avant tout question de préciser les mesures devant permettre d'atteindre les objectifs définis.

Ateliers et tables rondes

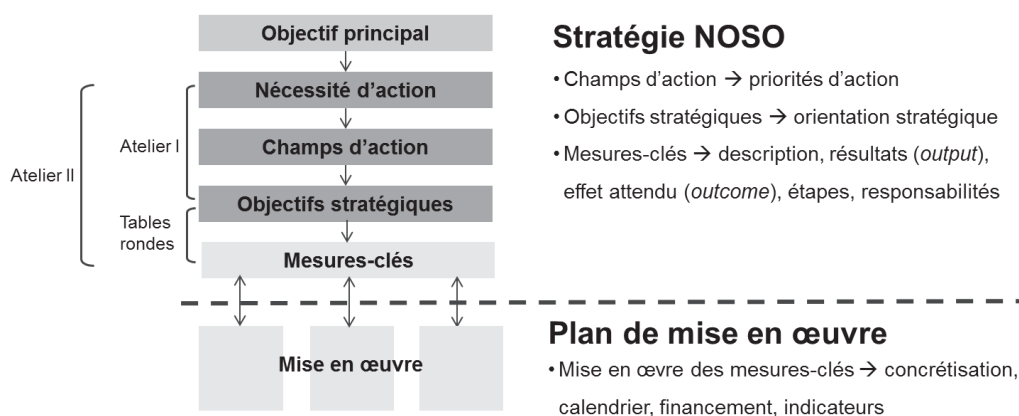


Fig. 1 : Processus d'élaboration et conception de la stratégie NOSO

Avant de poursuivre l'élaboration de la stratégie, les mesures ont été remises en question de manière critique, les incertitudes clarifiées et un remaniement du contenu effectué. Le deuxième atelier pour les parties prenantes en mars 2015 s'est alors concentré sur l'appréciation des résultats et le comblement des lacunes.

La *fig. 1* montre le processus d'élaboration et la conception de la stratégie NOSO. Cet examen en profondeur de la thématique a permis de déterminer les besoins réels, de rassembler les connaissances acquises et d'élaborer des solutions adéquates.

L'OFSP a consulté les parties prenantes à propos du projet de stratégie de juillet à septembre 2015. Les retours sont récapitulés dans un rapport⁷ et ont été pris en compte dans le présent document.

Consultation

La stratégie NOSO fixe des champs d'action, des objectifs et des mesures. Elle désigne en outre pour chaque mesure l'instance qui en sera chargée ainsi que les partenaires de mise en œuvre et définit sommairement les priorités. Le présent document ne porte pas sur la planification détaillée de la mise en œuvre. Elle sera définie après l'adoption de la stratégie par le Conseil fédéral au printemps 2016. L'OFSP planifiera la mise en œuvre avec le concours des acteurs déterminants. Il s'agira de détailler le calendrier, les responsabilités, le financement et l'évaluation ultérieure en fonction des mesures. Celles-ci ne seront pas réalisées simultanément, mais dans un ordre logique fondé sur l'urgence, l'importance et leur contribution à la réalisation des objectifs.

Mise en œuvre

Un organe de coordination dirigé par la Confédération sera constitué pour la mise en œuvre coordonnée de la stratégie (cf. *chap. 6.3, G-2*), afin de s'assurer de la concrétisation transversale de cette dernière en fonction des acteurs et des thèmes et de son adéquation avec les autres activités de la Confédération (StAR, stratégie nationale en matière de qualité). Les spécialistes susceptibles de rejoindre le groupe d'experts Swissnoso existants seront en outre définis, dans le but de renforcer ce comité et de l'enrichir grâce à des représentants de disciplines voisines, appartenant à des contextes institutionnels différents. Dans sa fonction consultative, ce groupe d'experts étendu, appelé « Swissnoso+ » dans la présente stratégie, apporte des connaissances spécifiques qui n'existent pas dans l'administration fédérale.

1.3 Définition des « IAS » et des « agents pathogènes potentiellement dangereux »

La stratégie NOSO englobe la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS, et la prévention de la transmission d'agents pathogènes potentiellement dangereux. La présente stratégie qualifie d'IAS les infections contractées pendant un séjour dans un établissement de santé en relation avec une mesure médicale, diagnostique ou thérapeutique ou causées par les conditions de séjour dans l'établissement (agent pathogène présent dans l'air ambiant ou sur la surface d'un objet). Il ne doit par ailleurs pas y avoir d'indices selon lesquels l'infection aurait déjà été présente avant l'admission à l'hôpital ou dans l'EMS ou aurait été en période d'incubation.⁸ La notion d'IAS vient du monde anglo-saxon, mais le même sens général se retrouve aussi dans l'expression consacrée *infections nosocomiales* (du grec νόσος « maladie » et κομειν « soigner »).

Qu'est-ce qu'une infection associée aux soins (IAS) ?

Sont qualifiés d'agents pathogènes potentiellement dangereux les bactéries, champignons, virus et parasites qui, en raison de leur facteurs microbiologiques tels que les propriétés de résistance, la virulence et la capacité de survie dans l'environnement des hôpitaux et des EMS, sont susceptibles de causer des maladies graves entraînant des complications difficiles, voire impossibles à traiter, et présentent donc un potentiel de risque et de souffrance élevé.

Qu'est-ce qu'un agent pathogène potentiellement dangereux ?

⁷ www.bag.admin.ch/noso

⁸ Cela correspond également à la définition des *infections nosocomiales* donnée par le Robert Koch-Institut (RKI) allemand ; cf. Robert Koch-Institut (éd.), 2011, *Definition nosokomialer Infektionen (CDC-Definitionen)*, 7^e éd, Berlin.

2 Principes

2.1 Survenue et causes des IAS

Les IAS causées par des bactéries, des virus, des champignons ou des parasites peuvent être différenciées selon qu'elles sont *endogènes* ou *exogènes*. Les *infections exogènes* sont le résultat direct de l'acquisition d'un agent infectieux présent dans l'environnement. Elles peuvent être transmises par des objets ou surfaces contaminés, par l'air ou l'eau, ainsi que par un contact direct avec des personnes (p. ex. les mains du personnel). Il ne faut par ailleurs pas oublier que les visiteurs introduisent très souvent des agents pathogènes à l'hôpital ou dans l'EMS et qu'ils sont donc porteurs d'infections. L'acquisition par le biais d'aliments contaminés, d'injections ou de perfusions, est également possible.

Infections exogènes
et endogènes

Les *infections endogènes* se différencient quant à elles en *infections primaires* ou *secondaires*. On parle d'*IAS endogènes primaires* associées aux soins lorsque l'agent pathogène appartient à la flore du patient. Ces infections surviennent principalement quand la peau ou les muqueuses sont affaiblies ou lésées. Le risque d'infection est donc plus élevé quand le système immunitaire est en outre affaibli, au cours du traitement médical, par l'administration de médicaments par exemple. On parle d'*IAS endogènes secondaires* associées aux soins quand l'agent pathogène entre dans la flore du patient au cours du séjour de celui-ci à l'hôpital, et que des infections endogènes se développent ultérieurement.⁹

Plusieurs facteurs contribuent à la survenue d'IAS : facteurs liés au patient (p. ex. grave maladie de base, défenses immunitaires affaiblies) ; facteurs environnementaux (p. ex. eau, surfaces contaminées) ; facteurs liés à des traitements invasifs (p. ex. opération, cathéter, mise sous respiration artificielle) ; contacts humains (p. ex. contact direct) et facteurs microbiologiques (p. ex. virulence des agents pathogènes).

Causes

A la différence des hôpitaux, l'apparition et les causes des infections dans les EMS ne s'expliquent pas par un usage accru notamment de dérivations urinaires et de sondes urinaires, mais plutôt par la structure ouverte, dans le sens d'une accessibilité sans restriction.

Les IAS sont particulièrement fréquentes dans les services qui traitent des patients immunodéficients et où les mesures diagnostiques et thérapeutiques invasives sont régulièrement utilisées (p. ex. soins intensifs, oncologie, *intermediate care*, services gériatriques). L'espérance de vie de la population suisse a progressé de façon marquante au cours de ces dernières années, si bien qu'il est beaucoup plus fréquent que les personnes âgées hospitalisées présentent plusieurs maladies de base. Les IAS se multiplient en relation avec l'utilisation accrue d'implants. Le nombre croissant d'agents pathogènes multi-résistants, qui compliquent les traitements et sont en cause dans une part non négligeable de la morbidité et des cas de décès dans le domaine hospitalier, tient également une place importante. Les nouveau-nés et les prématurés représentent un groupe de population particulièrement menacé, notamment parce qu'ils ne possèdent pas encore les défenses immunitaires nécessaires.

Menace particulière

On parle de flambée quand, dans un intervalle de temps limité, des IAS surviennent chez deux personnes ou plus, avec un lien épidémiologique ou matériel supposé. Sont également interprétées comme une flambée les situations où la multiplication des cas constatés est plus importante que prévu.¹⁰ Dans le cadre des IAS, la survenue fréquente, dans les hôpitaux ou les EMS d'infections provoquées par des virus,

Flambées

⁹ Cf. Robert Koch-Institut: *Nosokomiale Infektionen*. Gesundheitsberichterstattung – Themenhefte, cahier n° 8, juin 2002, www.gbe-bund.de

¹⁰ Cf. OMS : http://www.who.int/topics/disease_outbreaks/fr/

des agents pathogènes multi-résistants ou des appareils et instruments contaminés est particulièrement significative. Selon les chiffres de l'Institut Robert Koch, environ un tiers des flambées nosocomiales en Allemagne sont causées par des bactéries, contre deux tiers par des virus.¹¹

Une stratégie visant à réduire le nombre d'IAS doit donc intervenir dans trois domaines (niveaux de résultats) (cf. également chap.4, figure 3 Modèle d'impact). Les IAS peuvent être réduites en empêchant ou en contenant :

Trois niveaux de résultats

1. les transmissions d'agents pathogènes potentiellement dangereux (virus, bactéries, champignons, parasites) et les colonisations par ces derniers,
2. les infections suite à des mesures invasives,
3. les flambées.

2.2 Facteurs de risque pour les IAS

Les IAS sont associées à différents facteurs de risque (cf. fig. 2). Un âge élevé et un très jeune âge, des maladies de base et un système immunitaire affaibli (facteurs liés au patient) sont des facteurs de risque intrinsèques généraux propres au patient. Parmi les facteurs de risque extrinsèques figurent le type et la durée des mesures invasives thérapeutiques et de diagnostic, comme les opérations, la mise sous respiration artificielle, la pose d'un cathéter vésical ou d'un cathéter intravasculaire, les injections, les ponctions, les traitements médicamenteux (p. ex. avec des antibiotiques) et la médication immunosuppressive.

Risques intrinsèques et extrinsèques

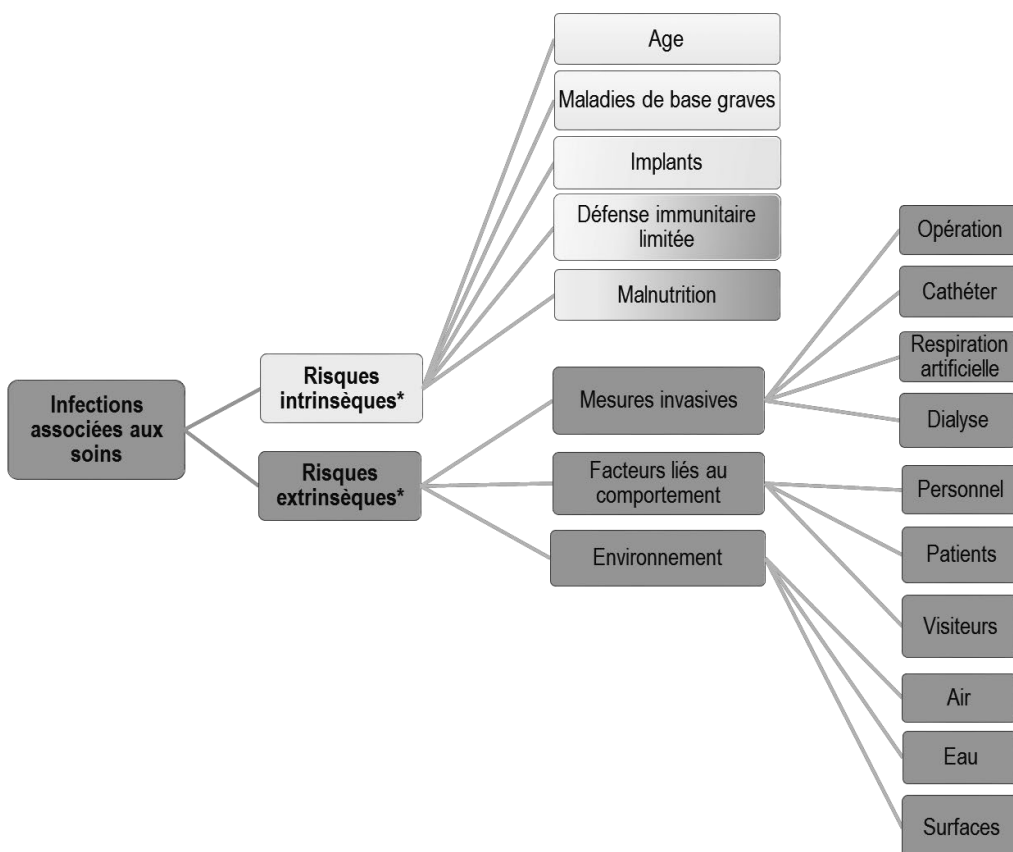


Fig. 2 : Facteurs de risque (*) La liste des risques intrinsèques et extrinsèques n'est pas exhaustive. Les cases en couleur indiquent la part des risques évitables.

¹¹ Robert Koch-Institut (RKI) : http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/nosokomial/nosokomiale_Ausbrueche_node.html

A ceux-ci viennent s'ajouter les facteurs environnementaux tels que l'air, l'eau et les surfaces dans le milieu du patient et les facteurs liés au comportement. Ces derniers se rapportent par exemple au respect des procédures (p. ex. hygiène des mains ou port d'un masque de protection).

L'aménagement intérieur et les activités communes, les repas, etc., peuvent engendrer des risques supplémentaires dans les EMS à la structure ouverte. La mise en œuvre des mesures de prévention requiert un certain sens de la mesure pour que l'EMS reste un foyer d'habitation et ne se transforme pas en hôpital.

2.3 Survenue et fréquence des IAS

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) à Solna, en Suède, évalue, sur la base d'une étude de prévalence instantanée au niveau européen,¹² à 5,7 % en moyenne de patients souffrant au moins d'une IAS dans les hôpitaux de soins aigus européens au cours d'une journée type dans l'année, soit un total d'environ 3,2 millions de patients par an. Les infections des voies urinaires liées à un cathéter, les pneumonies associées à une mise sous respiration artificielle (inflammation des poumons), les infections des plaies suite à une intervention chirurgicale et les bactériémies associées à un cathéter (contaminations du sang) sont les plus représentées (un cinquième pour chaque cas). Les septicémies sont particulièrement importantes car elles affichent la mortalité la plus élevée de toutes les IAS.

Union européenne

En ce qui concerne les EMS, l'ECDC estime que 3,4 % des résidents présentent au moins une IAS au cours d'une journée type dans l'année, ce qui représenterait un total d'environ 4,2 millions de résidents par an. Les infections des voies respiratoires et les infections symptomatiques des voies urinaires sont les plus fréquentes dans les établissements de santé avec chaque fois 31,2 %, suivies des infections cutanées avec 22,8 %.¹³

La fréquence des IAS dans les hôpitaux et les EMS n'est pas répertoriée de manière régulière et systématique en Suisse. La dernière enquête nationale confirme que la fréquence de ces infections est comparable à celle des autres pays européens. Environ 70 000 patients contractent chaque année une IAS dans les hôpitaux suisses et quelque 2 000 d'entre eux en meurent. Ces estimations reposent sur les résultats d'une étude de prévalence (snip04) menée en Suisse en 2004 par le groupe d'experts Swissnoso.¹⁴ Dans cette étude, la prévalence globale des patients atteints d'une IAS était de 7,2 % (pour 7 783 patients répertoriés dans 50 hôpitaux), la part des patients infectés étant la plus élevée dans les services de soins intensifs (23,5 %). Les infections post-opératoires des plaies étaient les plus fréquentes (28,8 %), suivies par les pneumonies nosocomiales (19,7 %), les infections des voies urinaires (19,6 %) et les bactériémies primaires (10,7 %).¹⁵ Il n'existe pas d'étude comparable pour les EMS.

Suisse

Depuis 2010, les infections post-opératoires de plaies qui surviennent dans les hôpitaux de soins aigus sont systématiquement répertoriées sur tout le territoire par

¹² European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>

¹³ European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities*. April–May 2013. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey-long-term-care-facilities-2013.pdf>

¹⁴ La prochaine collecte nationale de données (étude de prévalence) est prévue pour 2016/2017 (cf. chap. 7.5).

¹⁵ Sax, H., Pittet, D. (2005). Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales de 2004 (snip04). Bulletin de Swissnoso 12:1.

Swissnoso, sur mandat de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Les résultats pour la période 2011/2012 montrent les prévalences les plus élevées pour la chirurgie du côlon (13,6 %), suivie par les appendicectomies (5,1 %) et la chirurgie cardiaque (4,9 %).¹⁶ Le manque de chiffres actualisés ne permet pas de tirer de conclusions pour les autres principaux types d'infections (p. ex. infections contractées dans les services de soins intensifs ou d'oncologie).

Notons que même des infections qui pourraient être évitées par une protection vaccinale suffisante sont souvent transmises dans les établissements de santé, notamment la grippe saisonnière (*influenza*), la varicelle, la rougeole, la coqueluche et les maladies causées par les rotavirus. Ces infections sont associées à une forte morbidité et peuvent même être mortelles, si elles touchent des personnes incapables de développer des défenses immunitaires suffisantes en raison de leur état, de leur affection de base ou du traitement médical (p. ex. nouveau-nés, femmes enceintes, patients après immunosuppression ou transplantation).

2.4 Agents pathogènes des IAS

Les IAS sont souvent causées par des bactéries, mais aussi par des champignons (p. ex. *candida*), des virus (p. ex. *influenza* et *norovirus*) et des parasites (p. ex. *giardia lamblia*). L'étude de prévalence instantanée de l'ECDC identifie les agents pathogènes bactériens suivants comme cause la plus fréquente des IAS dans les hôpitaux de soins aigus européens¹⁷, selon le type d'infection : pour les pneumonies nosocomiales *Pseudomonas aeruginosa* (17 %), *Staphylococcus aureus* (13 %) et *Klebsiella spp.* (11 %), pour les bactériémies associées à la pose d'un cathéter les staphylocoques à coagulase négative (19 %), *S. aureus* (16%) et *Escherichia coli* (11 %), et pour les infections nosocomiales des voies urinaires *E. coli* (36 %), les entérocoques (13 %) et *Klebsiella spp.* (12 %). En ce qui concerne les infections des plaies, il existe des différences en fonction de la région opérée chez le patient ; dans l'ensemble, *S. aureus* (18 %), les entérocoques (15 %) et *E. coli* (14 %) sont les plus fréquents. Les infections gastro-intestinales représentent 5% de toutes les IAS et sont causées par l'agent pathogène *Clostridium difficile* dans environ 18% des cas.¹⁸ Dans les EMS des pays de l'UE, *E. coli*, *S. aureus* et *Proteus mirabilis* sont le plus souvent isolés.¹⁹ Les agents pathogènes bactériens occasionnent des infections difficiles à traiter entraînant une forte charge de morbidité, notamment lorsqu'ils présentent des multi-résistances aux antibiotiques (p. ex. suite au nouveau mécanisme de multi-résistance encore rare « *New Delhi Métallo-bêta-lactamase-1 (NDM-1)* » dans les bactéries *E. coli* et *Klebsiella spp.*).

Bactéries

Dans l'étude de l'ECDC, des champignons ont été identifiés comme cause dans 6,8 % de toutes les IAS enregistrées ; l'agent pathogène le plus fréquent est *Candida spp.* qui a occasionné 8 % de pneumonies nosocomiales, 7 % des bactériémies et 6 % des infections nosocomiales des voies urinaires.¹⁹

Champignons

¹⁶ ANQ, Swissnoso (2014). Surveillance des infections du site chirurgical (ISC) – Rapport récapitulatif 2011-2012. http://www.swissnoso.ch/wp-content/uploads/2014/12/20141020_Surveillance-2011_2012-nationaler-Vergleichsbericht-KURZFASSUNG_fr_final31.pdf

¹⁷ Les 28 Etats membres de l'UE et les Etats de l'AELE Norvège et Liechtenstein ont participé à l'étude de prévalence instantanée de l'ECDC.

¹⁸ European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>

¹⁹ European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities*. April–May 2013. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey-long-term-care-facilities-2013.pdf>

Dans cette étude, les virus ont été identifiés comme cause pour moins de 1 % de toutes les IAS, ils sont principalement à l'origine des infections gastro-intestinales (dans 3 % des cas).¹⁹ La part des agents pathogènes d'origine virale devrait être plus élevée en réalité, en raison de la sous-couverture. Ils incluent des agents pathogènes susceptibles de causer des flambées importantes dans des établissements de santé, tels que les rotavirus chez les enfants et les norovirus. Les flambées de norovirus dans les EMS posent à ces derniers également d'importants problèmes logistiques et de personnel, car ils peuvent rapidement prendre une grande ampleur (il n'est pas rare que plus de 50 % des résidents et entre 30 à 40 % du personnel soient atteints²⁰). Le virus de l'*influenza* est un autre agent pathogène nosocomial d'origine virale dans les hôpitaux et les EMS. Sa fréquence dépend notamment de l'intensité de la circulation saisonnière annuelle des virus dans la population.

Virus

Les parasites sont rarement identifiés comme vecteurs d'IAS en Europe occidentale (0,7 % dans les services de soins intensifs).²¹ Des agents pathogènes unicellulaires tels que *giardia lamblia* peuvent par exemple occasionner des infections en milieu hospitalier.²²

Parasites

2.5 Importance pour la politique de santé

Les IAS se différencient en termes de morbidité, de mortalité et de conséquences économiques. Les infections des voies urinaires sont certes fréquentes et entraînent dans de rares cas une septicémie, mais peuvent être bien traitées par antibiotiques et ne nécessitent en règle générale aucun séjour hospitalier prolongé de manière significative.²³ A la différence des infections postopératoires des plaies, des pneumonies nosocomiales et des bactériémies qui, elles, entraînent une forte morbidité et mortalité.²⁴

Conséquences économiques

Outre les problèmes de santé, les IAS entraînent des coûts supplémentaires conséquents, sous la forme de séjours hospitaliers prolongés, et d'examen et de traitements complémentaires. En Suisse, ces frais subséquents directs sont estimés à env. 230 millions de francs par an.²⁵ Les autres frais subséquents, tels que les pertes de productivité, les pertes de revenu (même pour les proches soignants), les frais des aides ménagères, la qualité de vie réduite ne sont pas pris en compte dans ce montant. Les IAS pèsent donc fortement sur le système de santé et l'économie, et ternissent l'image donnée par les soins de santé.

2.6 Infections évitables et bonnes pratiques en matière de prévention des infections

Malgré l'application de mesures de prévention ciblées, les IAS ne peuvent être totalement évitées. Les risques intrinsèques et extrinsèques augmentent leur probabilité.

De nombreuses infections sont évitables

²⁰ Harris, J. P., Lopman, B. A., O'Brien, S. J. (2010). Infection control measures for norovirus: a systematic review of outbreaks in semi-enclosed settings. *Journal of Hospital Infection* 74(1): 1–9.

²¹ Vincent J. L., Rello J., Marshall J. et al. (2009). International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *Journal of the American Medical Association* 302(21): 2323–29.

²² Bobo, L., Dubberke, E. (2010). Recognition and Prevention of Hospital-Associated Enteric Infections in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 38(8 Suppl): 324–34.

²³ Dans la perspective du risque d'une éventuelle résistance, les antibiotiques doivent cependant être utilisés avec une certaine retenue.

²⁴ Umscheid, C. A. et al. (2011), Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs, *Infection Control & Hospital Epidemiology* 32(2): 101–14.

²⁵ Sax, H., Ruef, C., Pittet, D. et al. (2004), Resultate der Schweizerischen Prävalenzstudie nosokomialer Infektionen 2003 (snip03), *Swissnos Bulletin* 11:1.

Certains facteurs de risque sont en augmentation : l'évolution de la technologie médicale donne naissance à de nouvelles procédures de diagnostic et thérapeutiques, ce qui se traduit par une augmentation des interventions invasives. L'espérance de vie a fortement augmenté ces 35 dernières années, notamment grâce à l'amélioration des soins médicaux.²⁶ Les problèmes de santé et les troubles augmentent cependant avec l'âge. S'il n'est pas possible d'intervenir sur les facteurs de risque tels que les maladies de base existantes, un système immunitaire affaibli ou les interventions chirurgicales vitales, la fréquence des infections peut être sensiblement diminuée grâce à des mesures préventives.

La plupart des études publiées montre que 20 à 50 % des IAS pourraient, selon le type d'infection, être évitées grâce à des mesures de prévention et des systèmes de surveillance ciblés.²⁷ Quelques études montrent en outre que des mesures s'appuyant sur des preuves scientifiques peuvent, en fonction du taux d'infection fondamental, éviter 65 à 70 % des bactériémies et des infections des voies urinaires associées à la pose d'un cathéter, et 55 % des pneumonies associées à un respirateur et des infections postopératoires des plaies.²⁸

Les enquêtes menées dans le cadre de l'analyse d'impact de la réglementation et qui ont conduit à la révision de la loi sur les épidémies, montrent que des mesures ciblées de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales permettraient d'économiser chaque année entre 99 et 336 millions de francs en frais hospitaliers. Ces économies s'opposent toutefois à des dépenses supplémentaires accrues en relation avec les nouvelles exigences et mesures (p. ex. formation des collaborateurs, enregistrement des IAS), qui seront principalement occasionnées aux fournisseurs de prestations.²⁹

Lors de la mise en place de mesures dans les EMS, il s'agit en outre de trouver le juste équilibre entre le potentiel de réduction du taux d'infection et le niveau de qualité de vie souhaité des résidents (notamment grâce aux contacts sociaux).

Les mesures préventives incluent les précautions standard telles que l'hygiène des mains et la désinfection, qui permettent d'interrompre la transmission de l'infection, les mesures spécifiques comme le retrait des sondes urinaires et des cathéters intravasculaires dans des délais brefs, ou l'antibioprophylaxie péri-opératoire appropriée. Les mesures de gestion de la qualité visant à soutenir la mise en œuvre sont toutefois également importantes pour la prévention. Parmi ces mesures figurent la formation du personnel, l'information aux patients, les audits et le feed-back, les modifications dans l'organisation (rôles, ressources), la création de conditions techniques et d'infrastructure, et les incitations financières ou légales. Différentes études montrent en outre qu'un monitoring approprié des infections survenues et des indicateurs de processus et structurels ainsi que la communication des résultats aux collaborateurs mais aussi au public peuvent abaisser les taux d'infection.³⁰ Les aspects essentiels à

Mesures préventives

²⁶ Office fédéral de la statistique (OFS). L'espérance de vie des hommes est passée de 72,4 à 81,0 ans et celle des femmes de 79,2 à 85,2 ans depuis 1981. Cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>.

²⁷ Harbarth, S., Sax, H. and Gastmeier, P. (2003), The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports, *Journal of Hospital Infection* 54(4): 258–66.

²⁸ Umscheid, C. A. et al. (2011), Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs, *Infection Control & Hospital Epidemiology* 32(2): 101–14.

²⁹ Cf. message du Conseil fédéral (FF 2011 291) concernant la révision de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, LEp), p. 342.

³⁰ Cf. (i) Gastmeier et al. (2006). Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections, *Journal of Hospital Infection* 64(1): 16–22; (ii) Brandt C., Sohr S., Behnke M. et al. (2006). Reduction of surgical site infection rates associated with active surveillance, *Infection Control & Hospital Epidemiology* 27(12): 1347–51; (iii) Palumbo A. J., Loveless P. A., Moll M. E., Ostroff S. (2012). Evaluation of healthcare-associated infection surveillance in Pennsylvania hospitals. 33(2): 105–11.

cet égard sont la comparaison des données collectées avec des données de références internes et externes (*benchmarking*) et le feed-back aux personnes compétentes. Les expériences montrent que le feed-back direct aux collaborateurs, p. ex. à propos du respect des règles d'hygiène, est motivant et a un effet positif sur la reconnaissance et le respect des règles (adhérence).

C'est également la conclusion d'une revue³¹ systématique, qui a identifié des éléments-clés (bonnes pratiques) pour une prévention efficace des infections dans les hôpitaux au niveau de la structure, de l'organisation et du management, en se fondant sur l'analyse de 92 études internationales. En plus des audits et de la surveillance standardisés dans les réseaux, la revue détermine les éléments-clés supplémentaires suivants en ce qui concerne les structures :

- une équipe performante spécialisée en hygiène (composée d'au moins un spécialiste de l'hygiène et d'un médecin formé à l'hygiène ainsi que d'une assistance microbiologique et d'une assistance informatique),
- une bonne organisation générale au sein de l'hôpital, un taux d'occupation des lits qui assure une flexibilité suffisante pour l'admission et la prise en charge des patients, et
- une dotation en personnel adaptée à la complexité de la prise en charge des patients.

En ce qui concerne l'implémentation de mesures préventives, les auteurs de l'étude citent les éléments-clés suivants :

- disponibilité suffisante et aisée de matériel de qualité pour les soins aux patients qui, en conjonction avec une ergonomie optimisée, simplifie un travail correct,
- directives intégrées dans la formation pratique et l'enseignement,
- formation et enseignement axés sur l'équipe et l'application, dans l'élaboration desquels sont impliqués les collaborateurs au contact des patients,
- implémentation de programmes de prévention fondés sur une stratégie multimodale (p. ex. *Care Bundles*, check-lists) qui a été élaborée par une équipe multidisciplinaire, qui tient compte des circonstances locales et pour la mise en œuvre de laquelle des « champions » ont été identifiés et engagés (à savoir des collaborateurs intrinsèquement motivés qui sont spontanément intéressés par une bonne qualité et qui deviennent ainsi un modèle pour les autres).
- Un autre élément-clé pour la prévention réussie des infections est la création et l'entretien d'une culture d'organisation positive grâce à la promotion des bonnes relations de travail et à la communication entre les collaborateurs, ce qui suppose toutefois le soutien et la volonté d'encadrement de la direction de l'hôpital.

Qui plus est, les vaccinations constituent une mesure préventive importante pour empêcher les infections. Notamment pour les patients immunodéprimés et atteints de maladies chroniques ainsi que pour les collaborateurs, les vaccinations sont un facteur de protection essentiel.

³¹ Zingg, W., Holmes A., Dettenkofer M. et al. (2015). Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infectious Diseases*, 15(2): 212–24.

3 Activités existantes

3.1 Activités de la Confédération

Le Conseil fédéral prend très au sérieux la transmission des maladies dans les hôpitaux et les autres établissements de santé et aborde cette problématique complexe sous plusieurs angles. L'OFSP a ainsi d'ores et déjà élaboré, en collaboration avec trois autres offices fédéraux (OSAV, OFAG, OFEV), la Stratégie Antibiorésistance (StAR). Afin de faire face à la complexité de ce thème, la stratégie « One-Health » est appliquée ; elle englobe non seulement la santé humaine, mais aussi la santé animale, l'agriculture, la sécurité des denrées alimentaires et l'environnement.

Stratégie
Antibiorésistance

L'objectif principal de StAR est de garantir sur le long terme l'efficacité des antibiotiques pour le maintien de la santé humaine et animale, ce qui doit être atteint entre autres par l'endiguement des agents pathogènes résistants aux antibiotiques. Les stratégies StAR et NOSO affichent des interfaces communes et des objectifs synergiques : les IAS sont causées en partie par des agents pathogènes résistants aux antibiotiques, comme *Staphylococcus aureus* résistant à la mécilline (SARM), et la diminution du nombre des IAS permet une utilisation réduite des antibiotiques.

L'OFSP lance et finance également des programmes pilotes nationaux, dont la mise en œuvre est assurée par la Fondation pour la Sécurité des patients, dans le cadre de la stratégie nationale de la Confédération en matière de qualité dans le système de santé suisse, et sur la base de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Ces programmes pilotes testent la mise en œuvre d'approches concrètes sous la forme de mesures immédiates et pour répondre au caractère d'urgence de certains aspects du problème. Deux programmes pilotes sont déjà en cours : « La sécurité en chirurgie » et « La sécurité de la médication ». Un troisième programme pilote visant la réduction de l'utilisation des sondes urinaires, et ainsi la baisse du risque d'infections et de lésions, a débuté en 2015.³² Il existe dans ce cas également une interface évidente.

Stratégie en matière
de qualité

La vaccination en tant que mesure de prévention primaire la plus efficace joue un rôle essentiel dans la prévention des IAS. La stratégie nationale de vaccination (SNV), élaborée conjointement avec les cantons et d'autres acteurs importants, doit être mise en œuvre dès la mi-2017. Les mesures prévues visent à réduire davantage le nombre d'infections, de complications et de décès (pouvant être prévenus grâce à la vaccination) et à éliminer certains agents pathogènes.

Stratégie nationale de
vaccination (SNV)

Un des objectifs essentiels de la Stratégie nationale de prévention de la grippe saisonnière (GRIPS) est de faire chuter la transmission du virus de la grippe au sein des établissements de santé. Ces dernières doivent par exemple être soutenues dans la création des conditions-cadres pour mieux protéger les patients contre la grippe. Ce qui suppose notamment le rôle actif du personnel de santé. GRIPS est donc étroitement liée à la stratégie NOSO.

GRIPS

Le rapport du Conseil fédéral « Droits des patients et participation des patients en Suisse » du 24 juin 2015 présente la situation actuelle, les instruments permettant d'améliorer la transparence ainsi que les mesures garantissant l'application uniforme des droits des patients.³³ Les interfaces avec la stratégie nationale NOSO existent d'une part en ce qui concerne la prévention des dommages consécutifs aux infections

Rapport « Droits des
patients »

³² La Fondation pour la Sécurité des patients Suisse est en charge du développement et de la réalisation des programmes pilotes. Complément d'information sur www.patientensicherheit.ch

³³ « Droits des patients et participation des patients en Suisse », rapport du 24 juin 2015 en réponse à trois interventions portant toutes sur le renforcement des droits des patients, à savoir les interventions 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli et 12.3207 Steiert. Source : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15437/index.html?lang=fr>

que les personnes concernées contractent dans les hôpitaux et les EMS. Ainsi, le rapport indique que la prévention efficace des dommages constitue l'une des préoccupations majeures des patients. Dans ce contexte, le rapport cité réclame des droits pour les patients, le renforcement de la culture de la sécurité et de la prise en compte des erreurs (en impliquant les patients dans la lutte contre les erreurs) et la poursuite des efforts en matière de prévention des dommages dans le cadre de stratégies et de programmes nationaux. La Confédération et les cantons doivent par ailleurs œuvrer à l'introduction et à la mise en œuvre nationales et si nécessaire contraignantes des mesures et instruments élaborés de manière participative à cette occasion. De telles mesures de prévention et de lutte sont notamment prévues dans la stratégie NOSO. Le rapport évoque par ailleurs la situation du patient dans la gestion des dommages en responsabilité civile, qui résultent des infections dans les hôpitaux et les EMS. Afin de renforcer la situation en matière de preuve dont on sait qu'elle est difficile pour la personne lésée, le rapport considère en outre qu'il faut vérifier si, lors de l'éventuelle définition contraignante visant à éviter les infections, il est nécessaire d'introduire simultanément des mesures adéquates pour améliorer la situation en matière de preuve pour la personne lésée. Une autre interface se situe au niveau de l'implication des patients dans le domaine de la prévention des dommages.³⁴

Sur le fond de ces activités, la stratégie NOSO garantit, en tant que stratégie thématique, le fait que tous les aspects importants pour la surveillance, la prévention et la lutte contre ces infections sont pris en compte. Elle couvre les problèmes inhérents aux IAS dans leur globalité et pour tous les aspects spécifiques indispensables. La stratégie s'appuie sur les compétences et les expériences des structures et activités existantes (p. ex. la surveillance des infections du site chirurgical dans le cadre du plan de mesure ANQ conjointement avec Swissnoso), qui ont déjà fait leurs preuves dans le système de santé fédéral de la Suisse.

NOSO, stratégie thématique

Les diverses activités de la Confédération sont coordonnées entre elles au niveau de la réalisation des projets et de leur conduite, ce qui assure l'absence de doublons et garantit l'utilisation de synergies et l'échange des résultats obtenus.

Coordination

3.2 Structures et programmes nationaux³⁵

Il n'existe pas en Suisse de programme national intégré pour la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS. Les directives et projets nationaux de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales sont publiés par Swissnoso et par certaines sociétés de discipline médicale. Swissnoso se charge ainsi de la surveillance nationale des infections du site chirurgical (SSI) sur mandat de l'ANQ. Ce mandat fait partie du plan de mesure ANQ et constitue parallèlement un module de *Swiss Clean Care*. Depuis 2015, Swissnoso propose en outre le module *CleanHands*, un outil électronique pour la mesure de la performance en matière d'hygiène des mains selon la méthode de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le programme national de recherche PNR 49 a notamment donné naissance au Centre suisse pour le contrôle de l'Antibiorésistance (anresis.ch³⁶), qui enregistre la situation en matière de résistance et la consommation d'antibiotiques en médecine humaine en Suisse. Dans l'état actuel des choses, les IAS ne sont pas surveillées par l'OFSP. Concernant les infections avec obligation de déclaration, en plus de l'exposition sont relevées des données relatives aux possibles lieu, date, voie de transmission et environnement

Suisse

³⁴ L'option d'engagement C1a du rapport sur les patients et les objectifs stratégiques G-4 ainsi que PL-1 de la présente stratégie NOSO visent à couvrir les besoins des patients et du grand public en matière de connaissances resp. de les sensibiliser, afin d'en faire des acteurs-clés de la prévention.

³⁵ La description des structures et des programmes en place en Suisse s'appuie sur une analyse de l'état initial réalisée dans le cadre de l'élaboration de la stratégie 2014/2015 ; cette étude indique également en détail les acteurs pertinents dans le domaine des IAS. www.bag.admin.ch/noso

³⁶ www.anresis.ch

(légionelloses p. ex.). Un programme pilote national financé par l'OFSP et visant à réduire le nombre de sondes urinaires dans les hôpitaux de soins aigus est mis en place depuis le printemps 2015 par Sécurité des patients Suisse et Swissnoso. Outre l'élaboration de recommandations, de projets et de programmes, Swissnoso, Sécurité des patients Suisse, des hôpitaux universitaires et des sociétés de discipline médicale telles que la SSHH et la Société Suisse d'Infectiologie jouent un rôle central dans la diffusion du savoir, notamment par le biais de sites Internet, de lettres d'information et de manifestations, mais aussi en participant à des offres de formation de base et de formation continue (cf. paragraphe sur la formation ci-après).

Certains cantons (VD, VS) disposent de programmes cantonaux de prévention des infections, dans lesquels des spécialistes de la prévention des infections détiennent un mandat cantonal pour la prévention globale des infections dans les hôpitaux, les EMS et les organisations de soins ambulatoires. Les cantons VD, NE, JU et VS ont mis en place un programme intercantonal pour la surveillance des bactériémies nosocomiales dans les hôpitaux publics. D'autres cantons disposent de mesures isolées relatives aux IAS, comme la surveillance des infections dans tous les hôpitaux répertoriés (ZH), la surveillance des germes multi-résistants, et des programmes pour l'hygiène des mains et la promotion de la vaccination contre la grippe. Au niveau cantonal, ce sont surtout les concepts et les directives en matière d'hygiène qui jouent un rôle pour les EMS.³⁷

Cantons

Le paysage est très hétérogène également au niveau des établissements de santé.³⁸ Toutes les cliniques universitaires et quelques grands hôpitaux cantonaux et régionaux ainsi que des centres hospitaliers régionaux disposent de leur propre service d'hygiène hospitalière, dans lequel travaillent des experts en prévention des infections, sous la direction d'un médecin spécialiste en infectiologie FMH, formé à l'hygiène et à la prévention en milieu hospitalier. Les Hôpitaux Universitaires de Genève hébergent un centre de coopération avec l'OMS pour la sécurité des patients. Dans de nombreuses institutions, la prévention des infections est subordonnée à une unité et ne relève pas d'une fonction transversale au plan organisationnel.

Etablissements de santé

Les établissements de taille moyenne et plus petits emploient généralement du personnel soignant ayant suivi ou non une formation reconnue au plan fédéral, qui couvre le domaine de l'hygiène à temps plein ou partiel.³⁹ Il existe souvent également une relation contractuelle de conseil avec un centre possédant un service de prévention et de contrôle de l'infection. En parallèle, des spécialistes de la prévention en place assurent une fonction de conseil dans les institutions de plus petite taille.

La responsabilité n'incombe cependant pas uniquement au personnel médical et soignant, mais aussi aux structures dirigeantes non médicales (direction, etc.) puisqu'elles décident des mesures, des programmes et de l'affectation des moyens.

Les établissements de santé disposent de directives et d'instructions de travail pour la prévention et la lutte contre les IAS qui sont établies dans la plupart des cas au

³⁷ Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie, un sondage a été mené en février 2015 auprès des directions de la santé cantonales afin de répertorier les activités existantes et prévues concernant les IAS. Une présentation détaillée des résultats figure dans l'analyse de l'état initial nommée plus haut (cf. www.bag.admin.ch/noso).

³⁸ La situation ébauchée dans cette vue d'ensemble s'appuie sur les résultats de l'enquête menée entre mai et juin 2014, en collaboration avec Swissnoso, auprès des hôpitaux et des établissements de santé sur les structures et les programmes dans le domaine des IAS. Un questionnaire électronique structuré et rédigé en allemand, français et italien a été envoyé, dans toutes les régions du pays, à l'ensemble des membres de H+ Les Hôpitaux de Suisse et à une sélection représentative de 342 institutions membres de CURAVIVA Suisse. 137 hôpitaux et 125 EMS ont pris part à cette enquête. Une présentation détaillée des résultats figure dans l'analyse de l'état initial (cf. www.bag.admin.ch/noso).

³⁹ Les hôpitaux et les EMS interrogés (cf. note 37) emploient en moyenne (valeur médiane) des spécialistes de l'hygiène à hauteur, respectivement, de 39 et 7 pour cent de postes à temps plein pour 125 lits ou places.

sein des institutions elles-mêmes, sur la base des conclusions scientifiques nationales et internationales, et des recommandations des sociétés médicales de spécialistes et du groupe d'experts Swissnoso. Certains grands services de prévention et de contrôle de l'infection proposent un accès partiellement gratuit (Hôpitaux Universitaires de Genève p. ex.) ou payant (Hôpital universitaire de Bâle p. ex.) à leurs documents.

La majorité des hôpitaux participe à des programmes régionaux, nationaux et internationaux de réduction des IAS. La plupart des hôpitaux possédant leurs ressources en matière de prévention des infections ont également leurs propres programmes pour réduire les IAS. Ces programmes couvrent un large spectre : des formations continues et cours en interne pour le personnel hospitalier jusqu'aux interventions spécifiques visant à réduire le nombre d'IAS, en passant par la surveillance de celles-ci.

Outre les directives en matière de prévention et les mesures d'hygiène institutionnalisées, il existe dans la presque totalité des EMS des structures solides destinées à la prévention des IAS. La plupart des institutions n'emploient cependant qu'une proportion limitée du personnel pour l'hygiène, et la personne en charge de l'équipe ne possède en général pas de formation spécifique en épidémiologie ou hygiène hospitalière. Rares sont les EMS qui prennent part à un programme régional, national ou international (p. ex. campagne de prévention de la grippe par l'OFSP ou campagne pour l'hygiène des mains par l'OMS) visant à réduire les IAS. Elles sont également rares à disposer de programmes locaux propres en matière d'hygiène, la priorité étant mise sur les mesures d'amélioration de la compliance pour l'hygiène des mains. Un programme pilote visant à mesurer quatre indicateurs de qualité médicaux pour les institutions pour personnes âgées et de soins a été lancé en 2014, sous la houlette de CURAVIVA Association des homes et institutions sociales suisses, mais les IAS n'en font pas partie.⁴⁰

Les professionnels de la santé œuvrant pour la prévention des infections ont la possibilité de se soumettre à l'examen fédéral professionnel supérieur en vue d'obtenir le titre protégé d'Experte/expert en prévention des infections associées aux soins. Ce titre est reconnu par le SEFRI depuis 2012. Les organismes responsables de l'examen professionnel supérieur sont l'Association suisse des infirmières et des infirmiers (ASI), la SSHH et H+ Les Hôpitaux de Suisse.

Mesures de formation de base et de formation continue

Les médecins travaillant dans le domaine de la prévention des infections possèdent en général un titre de spécialiste FMH en infectiologie et se sont formés spécifiquement en hygiène. Les prescriptions pour la validation d'une formation pratique en prévention des infections, en hygiène hospitalière ou en épidémiologie hospitalière dans le cadre d'une formation pour spécialistes sont toutefois trop peu nombreuses. Il n'existe pas encore en Suisse de formation approfondie en prévention des infections dans le secteur de la santé, mais celle-ci est déjà prévue dans la planification.

Les offres de formation continue en prévention des infections sont principalement assurées par Swissnoso et la SSHH. Parallèlement à ces organisations, de nombreux hôpitaux universitaires et facultés de médecine jouent également un rôle essentiel dans la formation de base et la formation continue ainsi que dans la recherche. Leur engagement dans la formation continue ne se limite toutefois pas à la mise en place de titres spécifiques, mais porte également sur la création d'emplois pour des personnes en formation continue – principalement par le biais des hôpitaux universitaires pour ce qui est de l'infectiologie.

⁴⁰ Les indicateurs de qualité médicaux choisis pour l'enquête et le *benchmarking* consécutif sont la malnutrition, les mesures limitant la liberté de mouvement, les douleurs et la médication.

3.3 Structures et programmes internationaux

L'OMS met à disposition divers outils et directives pour la prévention des infections dans le cadre du système de santé. En outre, l'OMS dispose, avec « Clean Care is Safer Care » (hygiène des mains) et « Safe Surgery Saves Lives » (infections postopératoires des plaies), de campagnes internationales dédiées à la sécurité des patients en matière d'IAS. Les Etats membres de l'OMS ont également signé en mai 2015 le plan d'action « Global action plan on antimicrobial resistance » de l'OMS. L'un des objectifs de ce plan d'action consiste à réduire la survenue d'infections grâce à des mesures efficaces en matière de soins médicaux, de prévention et de contrôle des infections.⁴¹

OMS, UE

L'ECDC entretient HAI-Net (Healthcare-associated Infections Surveillance Network), un réseau européen de surveillance des IAS. EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) fournit en revanche des données de références européennes concernant les résistances antimicrobiennes.

La situation des différents pays est très hétérogène. C'est ce que montre une analyse des stratégies et activités nationales en hygiène hospitalière et prévention des infections de dix pays choisis,⁴² établie dans le cadre de l'élaboration de la stratégie.

Différents pays

Six des pays analysés⁴³ ont une législation nationale qui règle certains aspects de l'hygiène hospitalière et de la prévention des infections. L'aménagement de ces lois est très variable. La législation formelle aux Pays-Bas ou en Allemagne se caractérise par exemple par une formulation très générale, les Pays-Bas considèrent cependant que les directives de l'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM) ont force de loi et l'Allemagne élève les recommandations de la Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) au rang de loi. A l'inverse, l'Ecosse, l'un des pays qui comptent de nombreuses activités dans le domaine des IAS, n'a pas de loi à proprement parler, mais les recommandations et les mesures de l'autorité de la santé ont un caractère contraignant.

Le calendrier et les priorités des stratégies nationales sont influencés par des niveaux très différents. Les priorités sont généralement fixées au niveau du ministère de la santé, mais le calendrier est souvent déterminé par d'autres groupes d'intérêts : politiciens, presse ou organisations de patients. A l'instar de la Suisse avec Swissnoso, de nombreux pays (7/10)⁴⁴ comptent des groupes d'experts qui sont impliqués dans les questions relatives à la prévention des infections.

Un peu plus de la moitié des pays (6/10)⁴⁵ ont un plan stratégique national, généralement dans le domaine de l'organisation et du management de la prévention des infections, mais aussi dans celui de la formation et de l'emploi de spécialistes de l'hygiène. Tous les pays surveillent des indicateurs de processus ou d'*outcome*. Mais seule la moitié des pays⁴⁶ fixe des objectifs, généralement sous la forme d'un objectif de réduction d'une infection déterminée ou d'un seuil minimal pour la compliance de l'hygiène des mains.

Seule la moitié des pays⁴⁷ détermine les modalités du financement de la prévention des infections, généralement dans le domaine de la surveillance ou de la prévention

⁴¹ Cf. OMS (mai 2015) : Global action plan on antimicrobial resistance, objectif 3, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_20-en.pdf

⁴² Australie, Allemagne, Finlande, France, Canada, Pays-Bas, Norvège, Autriche, Ecosse, Suède.

⁴³ Allemagne, France, Pays-Bas, Norvège, Autriche, Suède.

⁴⁴ Allemagne, France, Canada, Pays-Bas, Norvège, Autriche, Ecosse.

⁴⁵ Allemagne, France, Canada, Norvège, Autriche, Ecosse.

⁴⁶ France, Canada, Norvège, Ecosse, Suède.

⁴⁷ Allemagne, France, Pays-Bas, Norvège, Ecosse.

des IAS. Trois pays (France, Allemagne et Autriche) ont défini les modalités du financement de la formation des spécialistes de l'hygiène. L'Ecosse est le seul pays qui soutient les hôpitaux financièrement pour les activités de prévention des infections exigées par les autorités. Tous les autres pays soutiennent des organisations ou des autorités qui s'occupent de la surveillance et de la prévention des infections pour le ministère de la santé. Les hôpitaux ne bénéficient généralement d'aucun soutien.

A l'exception de la Norvège et de l'Allemagne, tous les pays disposent d'une forme quelconque de *reporting* concernant les indicateurs de processus ou d'*outcome*. En Allemagne, il faut préciser que les hôpitaux déclarent les paramètres devant obligatoirement être enregistrés à des instituts privés qui ne sont toutefois pas autorisés à transmettre les données relatives à l'hôpital à l'autorité en charge de la santé.

4 Objectif global et champ d'application de la stratégie

L'objectif global de la stratégie NOSO vise à réduire le nombre d'infections associées aux soins et à empêcher la propagation d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, dans le but

Objectif global

- (1) **d'augmenter la sécurité des patients, des résidents et du personnel,**
- (2) **d'améliorer la protection de la santé de la population,**
- (3) **de contribuer à la prévention et à la lutte contre les antibiorésistances en Suisse et**
- (4) **de diminuer les frais subséquents.**

Le modèle d'impact de la *fig. 3* montre de quelle manière cet objectif global doit produire des effets durables :

Modèle d'impact

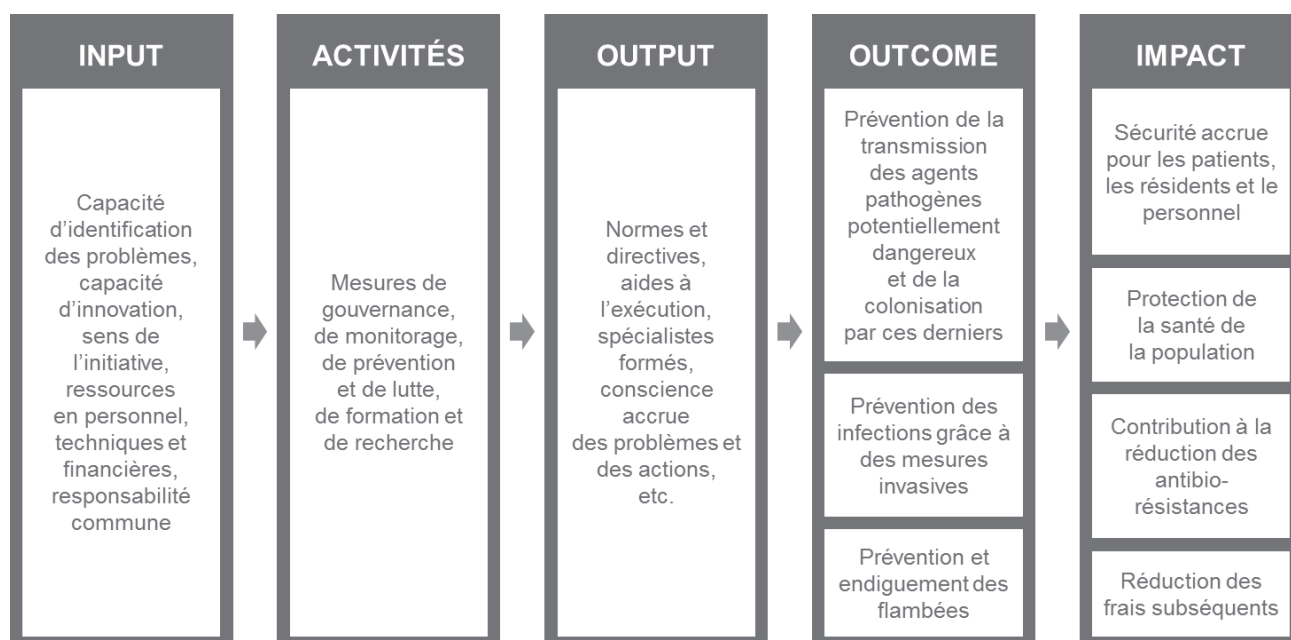


Fig. 3 : Modèle d'impact de la stratégie NOSO

Conformément à la définition déjà présentée (cf. *chap. 1.3*), les IAS sont contractées durant un séjour dans un établissement de santé suite à un examen, un traitement ou des soins, mais peuvent aussi être le fait des seules circonstances du séjour dans l'institution, par exemple par le biais d'agents pathogènes présents dans l'air ou sur les surfaces.

Infections associées aux soins (IAS)

L'objectif global de *réduction des IAS* vise à abaisser le plus possible les taux d'infection, sachant que l'objectif de réduction relatif visé doit être fixé en fonction des taux d'infection actuels et de la situation des institutions. Parallèlement, il est renoncé à quantifier l'objectif de réduction en fixant un taux d'infection maximal toléré. Il existe de fortes disparités en termes de survenue et de fréquence des différentes IAS (cf.

Réduction est synonyme de progrès

chap.2.3). Cela ne satisfait pas à la complexité de la problématique et pourrait se traduire par des incitations erronées et ainsi entraver le développement des mesures, si les établissements de santé ne déployaient pas des efforts supplémentaires après avoir atteint l'objectif de réduction.

L'objectif global ne vise pas uniquement à réduire la survenue des IAS, mais aussi à en diminuer ou empêcher les conséquences. Dans les cas où une infection est inévitable, il s'agit au minimum de réduire le risque de complication, par exemple en évitant le développement de résistances lors d'une antibiothérapie.

Le champ d'application de la Stratégie NOSO comprend la survenue des IAS chez des patients, résidents et visiteurs de tout âge ainsi que chez le personnel dans le cadre des soins stationnaires en Suisse. Il inclut les transmissions d'agents pathogènes potentiellement dangereux et la colonisation par ces derniers, ainsi que les flambées d'IAS dans les hôpitaux et les EMS.⁴⁸

Champ d'application

La stratégie NOSO ne s'intéresse donc qu'aux IAS contractées dans le cadre d'un traitement hospitalier ou de soins et d'un accompagnement de longue durée. Cette limitation du champ d'application ressort de la procédure en deux étapes par laquelle l'OFSP entend aborder la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS en Suisse. Dans un premier temps, l'objectif global et les objectifs et mesures stratégiques qui en découlent ne s'appliquent qu'aux hôpitaux et aux EMS. Dans un deuxième temps, la stratégie s'intéresse aux prestations et aux fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire, tels que les cabinets dentaires et de médecins de famille, le service d'aide et de soins à domicile ou les cliniques de jour (cf. le glossaire au chap. 9.2). La prise en compte des situations et besoins spécifiques de ces acteurs ainsi que des conditions-cadres des traitements ambulatoires en général constitue une mission complexe. Même si l'élaboration d'une stratégie globale aurait en principe été possible pour ces deux secteurs des soins, l'OFSP a délibérément préféré opter pour une procédure par étapes. La principale raison en est le temps considérable dont ont besoin les acteurs pour l'élaboration participative de la stratégie, qui aurait pu entraîner un retard dans le processus d'élaboration, mais aussi les différences entre les soins ambulatoires et hospitaliers dans la perspective de leurs parties prenantes.

Il n'empêche que la multiplication des diagnostics, traitements ou interventions ambulatoires invasifs dans les cliniques de jour et dans les services ambulatoires des hôpitaux engendre également un risque d'IAS dans ces domaines. Le transfert de la fourniture de prestations du secteur hospitalier au secteur ambulatoire dure depuis des années. La disponibilité accrue des appareillages médicaux et la prise en charge par des médecins installés représente également une interface avec le secteur ambulatoire dans les EMS. Ceux-ci, et surtout les hôpitaux et maisons de naissance qui proposent des prestations hospitalières mais aussi ambulatoires, sont encouragés, dans la limite de leurs possibilités, à mettre en œuvre la stratégie NOSO (ou des parties de celle-ci) de façon générale, tous secteurs confondus.

Mise en œuvre facultative dans le domaine ambulatoire

Le champ d'application « hôpitaux et EMS » défini pour la première phase de la stratégie NOSO représente déjà un défi de taille pour la mise en œuvre. Les EMS travaillent dans des conditions différentes de celles des hôpitaux. Les conditions-cadres s'appliquant au personnel, aux finances et aux structures diffèrent considérablement entre ces deux catégories. Dans le cadre de leurs concepts de prévention, les institutions pour soins de longue durée doivent en outre trouver le juste équilibre entre la préservation d'un espace de vie confortable et agréable pour les résidents, et une protection efficace

Hôpitaux et EMS : nécessité d'une mise en œuvre différenciée

⁴⁸ Les cliniques de réadaptation, les cliniques psychiatriques et les autres cliniques spécialisées relèvent de la catégorie des hôpitaux (cf. le glossaire au chap. 9.2). Le champ d'application de la stratégie NOSO inclut par analogie tous les établissements et institutions qui, en plus de leur offre principale de soins ambulatoires permettent également un traitement ou un suivi hospitalier, p. ex. les maisons de naissance ayant un service pour la prise en charge hospitalière de la période post-partum.

contre les infections. Ces différences sont analysées avec le concours des acteurs concernés et prises en compte lors de la définition concrète des mesures et de la planification de la mise en œuvre.

5 Modèle de stratégie

Tous les acteurs doivent agir de manière structurée et coordonnée pour empêcher la survenue d'IAS dans les établissements de santé, réduire le nombre de transmissions et de colonisations par des agents infectieux potentiellement dangereux et détecter précocement et enrayer les menaces de flambées. Les efforts communs sont liés à un modèle de stratégie qui permet de visualiser rapidement les relations entre l'objectif global, le champ d'application et les champs d'action (fig. 4).

Agir de manière structurée et coordonnée

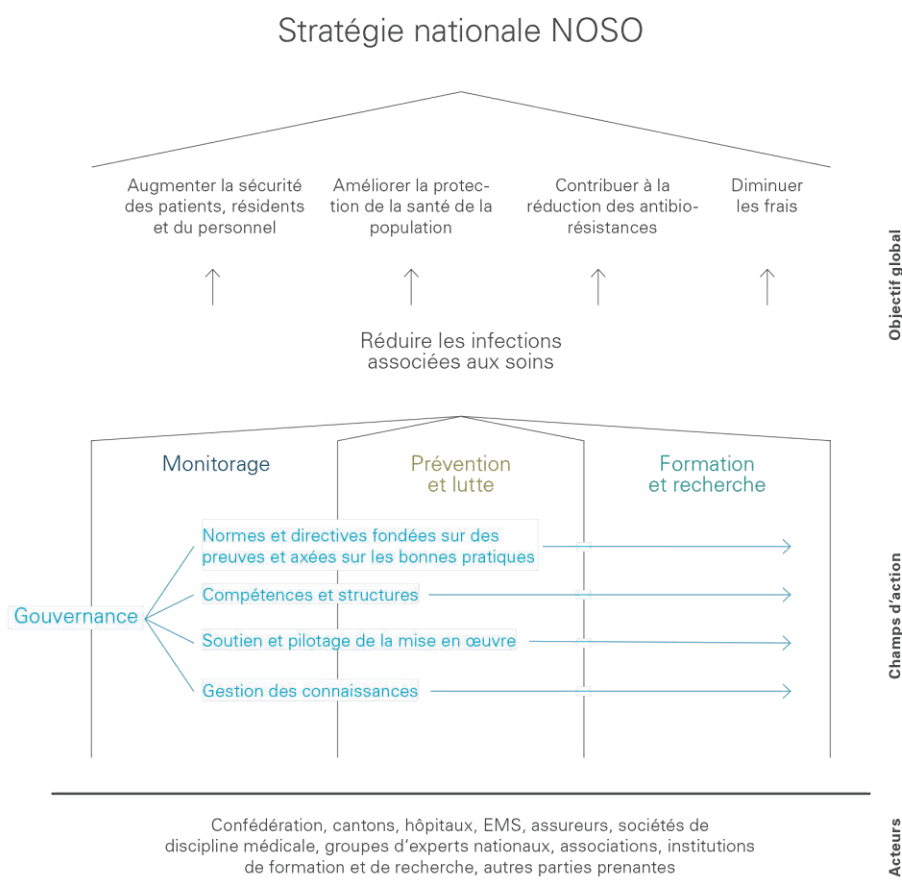


Fig. 4 : Modèle de stratégie NOSO

L'objectif global de la stratégie NOSO indique l'orientation fondamentale, outcome et impact de l'action coordonnée de politique de santé (cf. modèle d'impact du chap. 4). La base et les éléments intermédiaires du modèle de stratégie peuvent être appréhendés selon trois dimensions :

La *dimension institutionnelle* de la stratégie NOSO englobe toutes les établissements de santé qui proposent des soins stationnaires ainsi que la Confédération, les cantons, les assureurs, les sociétés de discipline médicale, les groupes nationaux d'experts, les associations, les institutions de formation et de recherche ainsi que d'autres acteurs. La coordination du travail de tous ces acteurs constitue la base permettant d'atteindre l'objectif global.

Trois dimensions

Les trois champs d'action thématiques que sont le monitoring, la prévention et la lutte, ainsi que la formation et la recherche, représentent la *dimension intrinsèque* de la stratégie. Les champs d'action désignent les niveaux d'intervention décisifs pour la réduction des IAS. L'orientation des changements visés se reflète à chaque fois dans les

objectifs stratégiques, qui sont quant à eux à la base des différents champs d'action. Diverses mesures-clés doivent contribuer à atteindre les objectifs définis.

La gouvernance est la *dimension tournée vers l'action* et représente un champ d'action à part entière. Elle se différencie des trois autres champs d'action par sa fonction transversale. La gouvernance est à comprendre comme une suite d'actions stratégiques et interthématiques qui déterminent, dans leur ensemble, le cadre des efforts communs visant à la réduction des IAS. Tous les objectifs stratégiques du champ d'action Gouvernance présentent des interconnexions avec d'autres objectifs stratégiques particuliers et mesures spécifiques des trois autres champs d'action thématiques.

La stratégie NOSO se divise ainsi en quatre champs d'action dont les orientations stratégiques sont les suivantes :

Quatre champs d'action

1) Gouvernance

Gouvernance

La Confédération coordonne la procédure de surveillance, de prévention et de lutte contre les IAS. Des normes et des directives fondées sur des preuves, des compétences clarifiées, des structures et des processus optimisés, des incitations ainsi qu'une gestion efficace des connaissances, contribuent tous à atteindre l'objectif global. Les différents acteurs assumeront un rôle actif dans l'accomplissement de leurs tâches respectives. Ils soutiendront la réalisation des objectifs au moyen de leurs propres instruments de pilotage, grâce à des mesures d'information et de communication appropriées et au respect des normes.

2) Monitoring

Monitoring

La surveillance des IAS et des agents pathogènes correspondants en Suisse est développée en fonction des besoins, sur la base des programmes en cours, des structures de surveillance et des bases juridiques existantes, dans le respect des compétences au niveau cantonal et fédéral. L'enregistrement des IAS (données d'*outcome*) et des agents pathogènes ainsi que l'observation des paramètres décisifs de structure et de processus, tels que la qualité de la surveillance ou le respect des mesures de prévention dans les institutions, sont prévus à cet effet. Les données collectées sont évaluées au plan local (établissement de santé), régional (cantons) ou national (Confédération, ANQ, etc.) et rapidement mises à disposition des participants comme base servant à décliner les interventions ciblées ou à évaluer les effets de celles-ci.

3) Prévention et lutte

Prévention et lutte

Des mesures ciblées doivent amener les divers acteurs (en premier lieu la Confédération, les cantons, les hôpitaux, les EMS et les sociétés de discipline médicale) et les personnes concernées (personnel, patients, résidents, et visiteurs) à prendre au sérieux la problématique des IAS et à contribuer à la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Les informations et les aides pratiques à la mise en œuvre, de même que les évaluations aideront aussi bien les organisations que les individus à examiner et, le cas échéant, à adapter leur attitude et leur comportement vis-à-vis des risques d'infection dans le sens de l'objectif stratégique.

4) Formation et recherche

Formation et recherche

Les institutions compétentes selon le niveau de formation prennent en charge la coordination lors de l'optimisation des concepts et des offres de formation en matière de prévention des infections. Elles assurent, en collaboration avec les hôpitaux universitaires, d'autres établissements de santé ou de formation ainsi que les sociétés de discipline médicale et les associations, la formation de base et la formation continue des professionnels de la santé en tant que spécialistes en prévention des infections. Les hôpitaux et les EMS soutiennent le perfectionnement continu de leurs collaborateurs. La recherche sur les risques d'infection et sur les possibilités et les limites d'amélioration de la sécurité des patients est encouragée.

Des objectifs stratégiques ont été définis pour chaque champ d'action et seront atteints à l'aide de quatorze mesures-clés. Celles-ci se différencient par le niveau des acteurs déterminants et leur orientation locale et nationale. Ainsi, l'éventail peut inclure des mesures réglementaires nationales, des mesures assorties de recommandations nationales, voire des mesures que les acteurs définissent et appliquent individuellement. L'association d'approches *top-down* et *bottom-up* soutient la réalisation des objectifs.

14 mesures-clés

6 Champs d'action, objectifs stratégiques, mesures-clés et responsabilités

6.1 Trame de la stratégie

Les quatre champs d'action de la stratégie comprennent un total de quatorze mesures-clés contribuant à la réalisation de quatre objectifs stratégiques, et ainsi de l'objectif global. Plusieurs de ces mesures-clés ont déjà été introduites en Suisse et certaines ont été mises en œuvre, même si ce n'est pas sur la totalité du territoire, alors que d'autres rejoignent les efforts entrepris dans des thématiques apparentées de la politique de la santé (p. ex. vaccination, stratégie de qualité). Chaque mesure de la stratégie NOSO a pour principe suprême de sa mise en œuvre de tenir compte des expériences réalisées à ce jour, de tabler sur ce qui existe, de profiter des synergies et de combler des lacunes. Le *chapitre* 6.2 ci-après propose un aperçu des responsabilités et des agents payeurs concernant les mesures prévues.

Champ d'action Gouvernance (G)

Objectif stratégique Gouvernance

Des normes et directives nationales uniformes ont été élaborées pour la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS dans les hôpitaux et les EMS et sont régulièrement mises à jour. Les acteurs connaissent leurs missions et la répartition des rôles, et coordonnent leurs activités. Il existe dans les hôpitaux et les EMS des structures et des processus pour réduire les IAS. La mise en œuvre de la stratégie est soutenue avec des outils appropriés et des incitations positives. Les connaissances dans le domaine des bonnes pratiques sont partagées aux niveaux régional, national et international.

Mesures-clés Gouvernance

- G-1 Elaborer des normes et des directives fondées sur des preuves et axées sur les bonnes pratiques
- G-2 Clarifier les missions et les compétences, optimiser les structures
- G-3 Soutenir la mise en œuvre avec des outils appropriés et des incitations positives
- G-4 Développer et enrichir les connaissances

Champ d'action Monitoring (M)

Objectif stratégique Monitoring

Un système national dédié au monitoring des IAS et à leurs facteurs d'influence de celles-ci (structures et processus) est mis en place et exploité. Les données et analyses concernant les IAS sont disponibles rapidement et conformément aux besoins et au groupe cible. La Suisse dispose d'un niveau de connaissances élevé en matière d'épidémiologie des agents pathogènes susceptibles d'entraîner des IAS.

Mesures-clés Monitoring

- M-1 Mettre en place et exploiter un système de monitoring national
- M-2 Evaluer les données de manière ciblée et mettre à disposition les analyses rapidement et conformément aux besoins ainsi qu'au groupe cible
- M-3 Renforcer la détection précoce

Champ d'action Prévention et lutte (PL)

Objectif stratégique Prévention et lutte

Le personnel, les patients, les résidents et les visiteurs des hôpitaux et EMS connaissent le problème des IAS et leurs conséquences pour la santé personnelle et publique. Ils comprennent les mesures à prendre et contribuent à leur mise en œuvre. La vaccination est encouragée dans les hôpitaux et les EMS.

Mesures-clés Prévention et lutte

- PL-1 Optimiser et développer la prévention et la lutte
- PL-2 Sensibiliser le public et impliquer les personnes directement concernées dans la prévention des infections
- PL-3 Encourager la culture d'apprentissage et de dialogue dans les hôpitaux et les EMS
- PL-4 Favoriser la prévention vaccinale dans les hôpitaux et les EMS

Champ d'action Formation et recherche (FR)

Objectif stratégique Formation et recherche

Le personnel des hôpitaux et EMS bénéficie d'une formation et d'un perfectionnement adéquats dans le domaine de la prévention des infections. Il dispose des compétences nécessaires pour contribuer à la réduction des IAS. La recherche et le développement sont encouragés et l'utilisation de nouvelles technologies fait l'objet d'une évaluation systématique.

Mesures-clés Formation et recherche

- FR-1 Accroître l'importance de la prévention des infections dans la formation de base et la formation continue
- FR-2 Ancrer le thème des IAS dans la promotion de la recherche
- FR-3 Calculer les coûts, l'efficacité et la sécurité des nouvelles technologies, renforcer l'assurance de la qualité

La figure 5 présente une vue d'ensemble des quatre champs d'action et des quatorze mesures-clés de la stratégie NOSO.

Gouvernance (G)	G-1 Normes et directives	G-2 Compétences et structures	G-3 Soutien de la mise en œuvre	G-4 Gestion des connaissances
Monitoring (M)	M-1 Système de monitoring national	M-2 Utilisation ciblée des données	M-3 Détection précoce	
Prévention et lutte (PL)	PL-1 Optimisation et développement	PL-2 Sensibilisation et implication	PL-3 Culture d'apprentissage et de dialogue	PL-4 Promotion de la prévention vaccinale
Formation et recherche (FR)	FR-1 Prévention des infections dans la formation	FR-2 Promotion de la recherche	FR-3 Nouvelles technologies et assurance qualité	

Fig. 5 : Les champs d'action et les mesures-clés de la stratégie NOSO

6.2 Vue d'ensemble des responsabilités

Le tableau suivant donne un aperçu des responsabilités possibles concernant la conception et la mise en œuvre des mesures. Les détails seront clarifiés avec les acteurs et les partenaires dans le cadre du plan de mise en œuvre. Les compétences citées pourront changer au gré de la définition des mesures.

c/A	Mesure/ Domaine partiel	Conception de la mesure		Mise en œuvre de la mesure Destinataires/Ressources nécessaires/Agent payeur
		Conception (* responsabilité technique) ; Coordination ⁴⁹	Ressources nécessaires/ Agent payeur (conception)	
Gouvernance	G-1 Normes et directives			
	Dotation minimale en personnel spécialisé	Swissnoso+*, sociétés de discipline médicale, H+, hôpitaux universitaires ; Confédération	Confédération, Swissnoso+	Cantons, hôpitaux, EMS
	Besoin de données, méthodes et normes	Swissnoso+*, ANQ, sociétés de discipline médicale, H+, hôpitaux universitaires ; Confédération	Confédération, Swissnoso+	Hôpitaux, EMS
	Recommandations pour l'exploitation des données	Swissnoso+*, ANQ, CURAVIVA/senesuisse, CDS, H+ ; Confédération	Confédération, Cantons, Swissnoso+	Hôpitaux, EMS
	Compétences et objectifs d'apprentissage	Institution compétente selon le niveau de formation*, Cantons, SSMI ; Confédération	Institution compétente selon le niveau de formation, Cantons	Hôpitaux, EMS
	G-2 Compétences et structures			
	Missions et répartition des rôles	Confédération*, ANQ, CURAVIVA/senesuisse, sociétés de discipline médicale, CDS, H+, Swissnoso+, Sécurité des patients ; Confédération	Confédération	ANQ, Confédération, CURAVIVA/senesuisse, CDS, H+, Swissnoso+, Sécurité des patients
	Optimiser les structures	Confédération*, ANQ, CURAVIVA/senesuisse, sociétés de discipline médicale, Cantons, H+, Swissnoso+, Sécurité des patients ; Confédération	Confédération	Swissnoso+, hôpitaux, EMS
	Structures de coordination du monitoring	Confédération*, ANQ, CURAVIVA/senesuisse, sociétés de discipline médicale, CDS, H+, Swissnoso+, Sécurité des patients ; Confédération	Confédération	Swissnoso+, hôpitaux, EMS
	Gestion de la qualité et prévention des infections	H+*, CURAVIVA/senesuisse, Confédération, Cantons, Swissnoso+ ; H+, Cantons	H+, Cantons	Hôpitaux, EMS

⁴⁹ Légende de la colonne « Conception / coordination » : Les organisations en charge de la conception sont affichées dans la couleur du champ d'action correspondant ; parmi eux, l'acteur (ou les acteurs) marqué(s) d'un * assurent le pilotage (responsabilité technique). Les acteurs responsables de la coordination sont représentés en noir. En règle générale, les cantons sont impliqués dans la coordination des mesures par l'organe de coordination LEp dirigé par la Confédération selon l'art. 54 LEp.

CA	Mesure/ Domaine partiel	Conception de la mesure		Mise en œuvre de la mesure
		Conception (*responsabilité technique) ; Coordination	Ressources nécessaires/ Agent payeur (conception)	
Gouvernance				
G-3 Soutien de la mise en œuvre				
	Aides à l'exécution et évaluations	Swissnoso+*, CURAVIVA/senesuisse, sociétés de discipline médicale, H+, Sécurité des patients, hôpitaux universitaires ; Confédération, CDS	Confédération, Swissnoso+	Sociétés de discipline médicale, Cantons, hôpitaux, Sécurité des patients, EMS
	Soutenir les projets novateurs	Sécurité des patients*, H+, Swissnoso+ ; Confédération (LEp, stratégie de qualité)	Confédération, Sécurité des patients, Swissnoso+	Hôpitaux, EMS
	Améliorer les incitations	Confédération*, CURAVIVA/senesuisse, H+, Cantons, Swissnoso+, santésuisse ; Confédération, Cantons	Confédération, Cantons	Cantons, hôpitaux, EMS
	Prévention des IAS comme critère dans la planification, la surveillance et l'autorisation	Cantons*, Confédération, CDS, H+, Swissnoso+ ; Cantons	Cantons	Cantons, hôpitaux, EMS
G-4 Gestion des connaissances				
	Plate-forme d'accès au savoir	Swissnoso+*, CURAVIVA/senesuisse, sociétés de discipline médicale, H+ ; Confédération	Confédération, Swissnoso+	Sociétés de discipline médicale, hôpitaux, EMS
	Transfert du savoir	Swissnoso+*, sociétés de discipline médicale ; Confédération	Confédération, Swissnoso+	Sociétés de discipline médicale, hôpitaux, EMS
	Collaboration internationale	Confédération* ; Confédération	Confédération	-
M-1 Système de monitoring national				
Monitoring	Renforcer les acteurs	Swissnoso+*, CURAVIVA/senesuisse, Cantons, H+ ; Confédération, CDS	ANQ, Confédération, Cantons, Swissnoso+, hôpitaux, EMS	ANQ, Swissnoso+, hôpitaux, EMS
	Un monitoring de grande qualité	Swissnoso+* ; Confédération, CDS	ANQ, Confédération, Swissnoso+	ANQ, Swissnoso+, hôpitaux, EMS

CA	Mesure/ Domaine partiel	Conception de la mesure		Mise en œuvre de la mesure
		Conception (*pilotage technique) ; coordination	Ressources nécessaires/ Agent payeur (conception)	Destinataires/Ressources nécessaires/Agent payeur
Monitrage	M-2 Utilisation ciblée des données			
	Evaluation des données	Swissnoso+*; Confédération	ANQ, Confédération, Swissnoso+	ANQ, Swissnoso+, hôpitaux, EMS
	Retour d'information interne sur l'adhérence	Swissnoso+*; H+	Confédération, Swissnoso+	Hôpitaux, EMS
	Public Reporting et benchmarking	ANQ*, Swissnoso+*; Confédération, CDS	ANQ, Confédération, Swissnoso+, Cantons	Sera défini dans le cadre de la planification de la mise en œuvre
	M-3 Détection précoce			
	Renforcer la détection précoce	Swissnoso+*; Confédération	Confédération, Swissnoso+	Hôpitaux, EMS
	Compléter les ordonnances	Confédération*, Swissnoso+ ; Confédération	Confédération, Swissnoso+	Hôpitaux, EMS
	PL-1 Optimisation et développement			
	Optimisation et développement	Confédération*, CURAVIVA/senesuisse, CDS, H+, Swissnoso+, Sécurité des patients ; Confédération, CDS	Confédération, Cantons	Hôpitaux, EMS
Prévention et lutte	PL-2 Sensibilisation et implication			
	Concept de communication	Confédération*, CURAVIVA/senesuisse, CDS, H+, Swissnoso+, Sécurité des patients ; Confédération	Confédération	Hôpitaux, EMS
	Impliquer les personnes concernées	Confédération *, CURAVIVA/senesuisse, FMH, CDS, H+, Swissnoso+, Sécurité des patients ; Confédération	Confédération, Cantons	Hôpitaux, EMS
	Engagement formel	Confédération *, CURAVIVA/senesuisse, CDS, H+ ; Confédération, CDS	Confédération, Cantons	Cantons, hôpitaux, EMS
	PL-3 Culture d'apprentissage et de dialogue			
	Culture d'apprentissage et de dialogue	Confédération *, CURAVIVA/senesuisse, CDS, H+, Swissnoso+ ; Confédération	Confédération, Cantons	Hôpitaux, EMS

CA	Mesure/ Domaine partiel	Conception de la mesure		Mise en œuvre de la mesure
		Conception (*pilote technique) ; coordination	Ressources nécessaires/ Agent payeur (conception)	
Destinataires/Ressources nécessaires/Agent payeur				
PL-4 Promotion de la prévention vaccinale				
	Promotion de la prévention vaccinale	Confédération *, CDS ; Confédération, CDS	Confédération, Cantons	Hôpitaux, EMS
FR-1 Prévention des infections dans la formation				
Formation et recherche	Former des profession- nels de la santé en tant que spécialistes en prévention	Institution compétente selon le niveau de formation *; Confédération	Institution compétente selon le ni- veau de formation, Cantons	Cantons, hôpitaux, EMS
	Prévention des infec- tions auprès du person- nel des établissements de santé	Hôpitaux*, EMS*, Cantons ; Confédéra- tion	Cantons, hôpitaux, EMS	Hôpitaux, EMS
	Institutionnaliser la for- mation en prévention des infections	Hôpitaux*, EMS* ; Confédération, CDS, H+	Hôpitaux, EMS	Hôpitaux, EMS
	FR-2 Promotion de la recherche			
	Encourager la recherche	Sociétés de discipline médicale *; Confé- dération, CDS	Swissnoso+, Confédération	Institutions de recherche, hôpitaux universitaires
FR-3 Nouvelles technologies et assurance qualité				
	Nouvelles technologies	Sociétés de discipline médicale *; Confé- dération	Swissnoso+, Confédération	Institutions de recherche, hôpitaux, EMS

6.3 Champ d'action Gouvernance

« Gouvernance » dérive étymologiquement du grec ancien κυβερνάω qui signifie, entre autres, manier le gouvernail.

La gouvernance
comme tâche
commune

En tant que module transversal de la stratégie NOSO, le champ d'action Gouvernance comprend les approches stratégiques auxquels la Confédération veut poursuivre avec ses partenaires de la mise en œuvre (cantons, hôpitaux, EMS, associations spécialisées et professionnelles, etc.) dans les différents champs d'action thématiques afin d'atteindre l'objectif global.

La Confédération coordonne la procédure de surveillance, de prévention et de lutte contre les IAS. Des normes et des directives fondées sur des preuves, des compétences clarifiées, des structures et des processus optimisés, des incitations ainsi qu'une gestion efficace des connaissances contribuent tous à atteindre l'objectif global. Les différents acteurs assumeront un rôle actif dans l'accomplissement de leurs tâches respectives. Ils soutiendront la réalisation des objectifs au moyen de leurs propres instruments de pilotage, grâce à des mesures d'information et de communication appropriées et au respect des normes.

Orientation
stratégique

Dans le champ d'action Gouvernance qui regroupe plusieurs thèmes, la Confédération est un acteur jouant un rôle très important, en particulier concernant l'amélioration des conditions-cadres. A cet égard, la Confédération agit notamment comme initiateur et coordinateur (cf. chap. 6.2).

Missions de la
Confédération

La santé en Suisse est en principe réglementée au niveau cantonal. En leur qualité de régulateurs, les cantons sont chargés de la planification des hôpitaux et des EMS, mais aussi de la promulgation et de l'application d'autres instructions (p. ex. ajustement des conditions d'accès ou contrats de prestations). Eu égard à l'organisation fédérale du système de santé, ils sont en outre les premiers interlocuteurs de la Confédération pour la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Leur contribution est essentielle partout où la proximité avec les prestataires et les autres groupes-cibles, ou bien où la connaissance des rapports ou des besoins régionaux et locaux, est décisive.

Missions des cantons

Etant donné que la gouvernance englobe également le pilotage et la réglementation au sens de la gestion d'entreprise, les hôpitaux et EMS sont eux aussi des acteurs importants de ce champ d'action. Dans l'optique de la stratégie NOSO, leur mission consiste principalement à garantir la coordination du travail en interne, gérer le risque, la qualité et le niveau de connaissances (formation continue comprise), et encourager une culture d'entreprise transparente tournée vers un apprentissage commun.

Missions des hôpi-
taux et des EMS

Dans le champ d'action Gouvernance, les acteurs de la stratégie NOSO poursuivent l'objectif stratégique suivant :

Objectif stratégique
Gouvernance

Des normes et directives nationales uniformes ont été élaborées pour la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS dans les hôpitaux et les EMS et sont régulièrement mises à jour. Les acteurs connaissent leurs missions et la répartition des rôles, et coordonnent leurs activités. Il existe dans les hôpitaux et les EMS des structures et des processus pour réduire les IAS. La mise en œuvre de la stratégie est soutenue avec des outils appropriés et des incitations positives. Les connaissances dans le domaine des bonnes pratiques sont partagées aux niveaux régional, national et international.

Le développement des réglementations suisses actuelles doit se baser sur ce qui a bien fonctionné tant dans le pays qu'à l'étranger, dont l'efficacité est prouvée et qui est réalisable. Grâce au travail de Swissnoso et de certaines sociétés de discipline médicale, il existe dès à présent des directives nationales de surveillance, de prévention et de lutte contre les IAS. Afin de combler les lacunes existantes, des recommandations supplémentaires sont élaborées dans le cadre de la stratégie NOSO pour des directives et des normes nationales uniformes, reposant sur des données objectives et tournées vers les bonnes pratiques dans tous les champs d'action de la stratégie. Les cantons sont invités à adapter leur réglementation à ces recommandations. Il est toutefois également important de préserver une certaine flexibilité lors de la mise en œuvre au niveau local, afin de tenir compte des spécificités correspondantes. Une fois édictées, les normes et les directives doivent être régulièrement vérifiées et actualisées.

Normes et directives

Outre la création de normes et de directives pour un traitement ciblé et professionnellement adapté des IAS, il faut également des règles institutionnelles qui améliorent l'action conjointe des acteurs, dans l'intérêt de la réalisation des objectifs. L'esprit d'initiative et la responsabilité propre des acteurs jouent un rôle prépondérant dans la réalisation de leurs missions. Bien que la mise à disposition de ressources et le contrôle des prestations soient des éléments importants pour que les prescriptions nationales s'imposent sur l'ensemble du territoire, cela ne suffit pas. Seul un engagement actif de la Confédération, des cantons, des hôpitaux, des EMS et de leurs partenaires en vue d'une meilleure culture de la sécurité et de la qualité peut permettre d'atteindre les objectifs de la stratégie.

Missions et structures

Un établissement de santé a pour tâche fondamentale de garantir un traitement sûr à ses patients. Il n'empêche que les mesures de prévention sont souvent peu attrayantes, car leur mise en œuvre est compliquée et prend beaucoup de temps ou qu'elles ne correspondent pas à la procédure standardisée. Il n'est pas rare non plus que le manque de temps et de ressources contraigne le personnel à définir des priorités dans son travail et à accepter certaines concessions. Le même principe vaut pour le développement de solutions à des problèmes urgents et la réalisation de projets tournés vers l'avenir. Le coût et l'utilité de telles démarches sont souvent répartis inégalement, ou bien l'intérêt n'est appréciable que de manière indirecte, même quand il est quantifiable. Des aides à la mise en œuvre et des incitations doivent être créées afin d'accroître la volonté des acteurs à réaliser des mesures et des investissements novateurs dans la prévention des infections.

Soutenir la mise en œuvre

La coordination au niveau de la mise en œuvre et la gestion des connaissances sont des éléments fondamentaux de la gouvernance. Afin que les mesures soient comprises par tous les participants, appliquées de manière uniforme et conformément aux intentions, et pour permettre que les connaissances déjà acquises se propagent rapidement et qu'un savoir-faire nouveau soit établi dans la pratique, une mise en réseau active entre les détenteurs du savoir (centres de compétences, groupes d'experts, organisations internationales, etc.) et les utilisateurs, s'avère très utile.

Gestion des connaissances

Les mesures-clés suivantes devraient apporter une contribution essentielle à l'objectif stratégique :

Mesures-clés
Gouvernance

G-1	Elaborer des normes et des directives fondées sur des preuves et axées sur les bonnes pratiques
G-2	Clarifier les missions et les compétences, optimiser les structures
G-3	Soutenir la mise en œuvre avec des outils appropriés et des incitations positives
G-4	Développer et enrichir les connaissances

Tableau 1 : Mesures-clés dans le champ d'action Gouvernance

Les mesures-clés dans le champ d'action Gouvernance sont présentées ci-après de manière succincte.

G-1 Normes et directives

Elaborer des normes et des directives fondées sur des preuves et axées sur les bonnes pratiques

Normes et directives

Le groupe d'experts national étendu Swissnoso+ est chargé par la Confédération d'élaborer des recommandations pour des directives et des normes concernant la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS. Elles se basent sur des preuves scientifiques (pour autant qu'elles existent) et leur applicabilité constitue une priorité. Elles procurent aux autorités une base pour l'adoption de recommandations nationales uniformes et de réglementations supplémentaires au niveau régional ou local, qui tiennent compte des caractéristiques épidémiologiques et institutionnelles respectives et des particularités éventuelles.

Des recommandations ainsi que des normes et des directives correspondantes sont nécessaires dans presque tous les domaines de la réduction des IAS, p. ex. dans le domaine de l'hygiène (comportements, processus, exigences d'hygiène relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé, p. ex. chambres à pression négative), ou pour déterminer la dotation optimale en ressources des établissements de santé (norme de référence pour la dotation en personnel, cf. ci-dessous) dans l'intérêt d'une prévention efficace des infections, pour uniformiser les méthodes de collecte des données dans la surveillance clinique ou dans les domaines de la sécurité du travail et de la protection de la santé. Les objectifs d'apprentissage et les compétences dans le domaine spécialisé de la prévention des infections, mais aussi les processus de traitement des patients (*care bundles*) exigent un certain degré d'harmonisation au niveau national.

Lorsque les preuves scientifiques font défaut, sont contradictoires ou ont une validité externe limitée, les recommandations correspondantes se fondent sur les bonnes pratiques. Quelle que soit la base sur laquelle se fondent les normes et les directives, leur applicabilité dans le contexte local spécifique constitue toujours un critère de réussite essentiel. Afin de permettre une adaptation aux conditions locales ou régionales et aux conditions-cadres des institutions, les normes et directives sont, si possible, formulées en tant que procédures et également en tant que valeurs de référence. Nous savons grâce à la recherche comportementale qu'une grande partie des changements recherchés dans la culture (d'entreprise) concernant la gestion des IAS ne peut pas être concrétisée au moyen de prescriptions contraignantes en termes de procédures.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Déterminer les exigences minimales concernant la dotation en personnel spécialisé
- Déterminer le besoin en termes de données, les méthodes et les normes pour le monitoring
- Elaborer des recommandations pour l'exploitation des données
- Définir des compétences et des objectifs d'apprentissage spécifiques en fonction des tâches

Déterminer les exigences minimales concernant la dotation en personnel spécialisé

Le groupe d'experts national étendu Swissnoso+ élabore des recommandations permettant d'établir les exigences minimales en ressources humaines. Parmi ces recommandations figure une norme de référence pour les effectifs de personnel valable au niveau national. Du fait de son intégration dans les conventions de prestations cantonales, cette norme pourrait avoir pour conséquence que les établissements de santé emploient, selon leur taille et leur mission, suffisamment de personnel qualifié dans le domaine de la prévention des infections.

Dotation minimale en personnel spécialisé

L'introduction de mesures internes aux institutions pour lutter contre les IAS est souvent une question de ressources. L'élaboration de recommandations en matière de besoin minimal de personnel permettra une détermination et un financement des capacités supplémentaires requises dans les établissements de santé, transparents et uniformes au niveau national. Il s'agit de la dotation minimale en personnel spécialisé formé à l'infectiologie ou à l'hygiène hospitalière. La définition d'exigences concernant le personnel qualifié nécessaire relève des attributions des cantons et peut être efficacement soutenue par des normes correspondantes. La détermination des besoins est conditionnée par une reproduction de tous les processus nécessaires à une procédure efficace contre les IAS. Les exigences correspondantes en matière de garantie du savoir-faire (effectif et qualification du personnel spécialisé, besoins de formation) et de saisie systématique et uniforme des données (informatique) sont formulées sur cette base.

Déterminer le besoin en termes de données, les méthodes et les normes pour le monitoring

Le besoin de données relatives aux infections (données d'outcome), structures, processus et activités de prévention en cours est élaboré sous forme de recommandations par Swissnoso+ et fixé par l'instance compétente en la matière (Confédération, cantons, établissements de santé) en impliquant l'organe de coordination selon la LEp. Les recommandations tiennent compte des diverses particularités des établissements de santé ; elles sont régulièrement contrôlées et adaptées si nécessaire.

Besoin en termes de données, méthodes et normes

Le choix des données à saisir, les méthodes de collecte ainsi que la quantité des observations constituent des déterminants importants pour la qualité d'ensemble sur lesquels doivent se baser les mesures de prévention et de lutte. Il est d'autant plus important de fixer un besoin minimal de mesures, mais aussi les méthodes de collecte, le format des données et d'autres paramètres de qualité. Ces normes contribuent à éviter autant que possible les redondances lors de la saisie des données.

Outre la collecte dans toute la Suisse des données minimales nécessaires, il faut doter les hôpitaux et les EMS d'un instrument local de surveillance spécifique à l'institution, en fonction de sa taille, de son mandat et de son profil de risque.

Swissnoso+ élabore des recommandations concernant les systèmes de monitoring et se réfère à des indicateurs déjà éprouvés lors de la sélection des indicateurs structurels et de processus appropriés, de l'utilisation des informations et de la protection des données. Le besoin en termes de données, les méthodes et les normes font l'objet d'un examen régulier et d'un ajustement si nécessaire.

Elaborer des recommandations pour l'exploitation des données

En collaboration avec l'ANQ, Swissnoso+ examine les objectifs, les conditions et les possibles écueils des formes d'utilisation des données, et élabore des recommandations de mise en œuvre pour la Confédération, les cantons et les établissements de santé.

Recommandations pour l'exploitation des données

La question de la forme sous laquelle les données évaluées et/ou les données brutes du monitoring doivent être préparées et des groupes-cible pour lesquels elles seront disponibles fait l'objet de la planification de la mise en œuvre. En principe, on peut envisager tant une utilisation interne à l'institution ou au canton des données qu'une large diffusion (*public reporting*) sous une forme adaptée au groupe cible.

Définir des compétences et des objectifs d'apprentissage spécifiques en fonction des tâches

Les institutions compétentes selon le niveau de formation délimitent le thème des IAS et définissent les objectifs d'apprentissage futurs ainsi que les contenus correspondants en fonction des missions.

Compétences et objectifs d'apprentissage

La mesure vise notamment à optimiser le transfert entre les connaissances actuelles de la recherche et les savoirs transmis dans les institutions de formation et de santé. Les institutions reçoivent le matériel d'apprentissage actualisé via une plate-forme d'apprentissage et l'utilisent directement au poste de travail (cf. mesure G-4 « Développer et enrichir les connaissances ») et en appui dans la formation (via l'*e-learning*).

Le matériel d'apprentissage relatif aux IAS élaboré pour les institutions de formation et de santé répond aux besoins. Il est conçu en fonction de tâches spécifiques. Il prend en considération les situations et les enjeux des divers hôpitaux et EMS ainsi que les aspects de la sécurité du travail et de la protection de la santé.

Les facultés de médecine des universités suisses, les hautes écoles spécialisées dans le domaine de la santé et des soins, les institutions de formation professionnelle ainsi que les services de soins des hôpitaux jouent un rôle-clé dans le cadre de la formation. Les mesures discutées ici doivent être initiées par une instance nationale, p. ex. le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI).⁵⁰

⁵⁰ La loi sur les professions médicales (LPMéd) prescrit les objectifs de formation pour les professions médicales universitaires et la FMH est responsable de la formation continue et post-grade. La Société Suisse d'Infectiologie (SSI) définit les questions d'examen correspondantes dans le cadre de la formation médicale post-grade. Les organisations du monde du travail (Ortra) définissent les contenus de la formation et/ou les qualifications professionnelles dans la formation professionnelle.

G-2 Compétences et structures

Clarifier les missions et les compétences, optimiser les structures

Compétences et structures

Cette mesure présente des solutions pour optimiser la répartition actuelle des rôles sur la base des responsabilités actuellement en vigueur et des compétences et expériences existantes. Les structures existantes sont mises à profit, consolidées et adaptées en termes d'étendue et de dotation en ressources à la mise en œuvre imminente de la stratégie NOSO.

Dans l'essentiel, les acteurs connaissent leurs compétences et leurs responsabilités sur les plans politique (notamment au niveau de la répartition des ressources, de l'admission des hôpitaux et des EMS) et professionnel (savoir d'expert, recommandations), mais il reste encore certaines situations à clarifier et à optimiser. Le rôle futur de Swissnoso, de Sécurité des patients Suisse, de l'ANQ ainsi que des hôpitaux universitaires, des sociétés de discipline médicale et des associations devra en outre être clarifié dans la perspective de la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Les compétences et expériences de ces acteurs devront être mises à profit. Le rôle des services de santé publique des cantons (notamment leur responsabilité en matière de planification hospitalière et de maladies transmissibles) doit également être clarifié en ce qui concerne leur collaboration avec les spécialistes de la prévention des infections des établissements de santé. A un niveau plus large, il faut déterminer les compétences et les responsabilités au niveau des institutions (pilotage et collaboration, assurance de qualité) et des spécialistes en tant qu'individus. Parallèlement, il est nécessaire de disposer d'instruments appropriés permettant d'évaluer la mise en œuvre des normes et directives.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Clarifier les missions, optimiser la répartition des rôles
- Optimiser les structures
- Garantir les structures de coordination du monitoring
- Tenir compte de la gestion de la qualité et de la prévention des infections

Clarifier les missions, optimiser la répartition des rôles

Suite à cette mesure, tous les acteurs connaissent les missions qui relèvent de leur compétence respective. Des solutions pour optimiser la répartition actuelle des rôles sont présentées. Le rôle des associations, des sociétés de discipline médicale et de divers services spécialisés actifs dans le domaine des IAS est spécifiquement clarifié. Le pouvoir de décision repose sur la compétence professionnelle et correspond aux exigences requises pour assumer les responsabilités liées à la position.

Missions et répartition des rôles

Optimiser les structures

La coordination de la mise en œuvre de la stratégie est confiée à l'organe de coordination de la Confédération et des cantons prévu dans la LEp. Cet organe encourage la collaboration de tous les acteurs importants et profite à cet égard de leurs compétences et expériences spécifiques. Le groupe d'experts Swissnoso est renforcé et la mise en œuvre bénéficie d'un soutien spécialisé. Les missions du groupe d'expert

Optimiser les structures

étendu Swissnoso englobent par exemple l'élaboration de recommandations, la détermination du besoin en termes de données pour le monitoring ou la coordination de l'échange de connaissances.

L'organe de coordination selon l'art. 54 LEp assure la coordination de la mise en œuvre de la stratégie entre les acteurs et les thématiques et avec les autres activités de la Confédération (StAR, stratégie de qualité, service sanitaire coordonné SSC, etc.). Il contribue à la consolidation des réseaux existants et à la conjonction des forces dans le domaine de la prévention des infections. L'organe de coordination encourage en outre l'exécution uniforme de la stratégie et coordonne les activités de communication.

Le groupe d'experts Swissnoso sera toutefois enrichi de spécialistes supplémentaires issus de thématique avoisinantes et en tenant compte des différents contextes institutionnels (hôpitaux de petite taille et de taille moyenne, EMS, etc.). Une sorte de « Swissnoso Plus » (Swissnoso+)⁵¹ verra ainsi le jour avec un cahier des charges englobant notamment les activités suivantes :

- élaboration de recommandations pour des directives et des normes fondées sur des preuves et axées sur les bonnes pratiques pour la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS (G-1),
- détermination du besoin en termes de données, définition des méthodes et normes de collecte pour le monitoring, et élaboration de recommandations concernant l'utilisation des résultats (G-1),
- analyse des besoins et élaboration d'aides, d'instruments et de programmes afin de soutenir la mise en œuvre G-3) et
- coordination du transfert des connaissances et suivi des contenus d'une plateforme nationale d'accès au savoir (G-4).

Garantir les structures de coordination du monitoring

Il faut des capacités supplémentaires pour assurer une coordination générale du monitoring dans les hôpitaux et les EMS de la Suisse, l'administration et l'évaluation de certaines observations ainsi que pour la déclinaison d'interventions ciblées. Celles-ci s'appuient principalement sur les organisations et structures existantes.

Structures de coordination du monitoring

Le développement du monitoring des IAS et de leurs facteurs d'influence requiert une expertise, mais aussi des capacités supplémentaires pour la coordination générale des mesures dans les hôpitaux et les EMS, pour la gestion centralisée et l'évaluation des observations ainsi que la déclinaison d'interventions ciblées. La question de savoir quelles structures existantes pourront assumer ces missions et dans quelle mesure elles devront encore être renforcées sera clarifiée à l'occasion de l'une des premières phases de la planification de la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

Tenir compte de la gestion de la qualité et de la prévention des infections

La gestion de la qualité est organisée de telle sorte dans l'institution que les exigences à l'égard d'une prévention réussie des infections soient remplies et que les mesures correspondantes et leur mise en œuvre soient garanties.

Gestion de la qualité et prévention des infections

⁵¹ Dans la présente stratégie, le nom « Swissnoso+ » désigne le futur groupe d'experts étendu Swissnoso.

Il existe des différences considérables en termes de problématiques et de connaissances nécessaires à l'accomplissement des missions entre la gestion de la qualité (gestion des risques, sécurité des patients) et la prévention des infections (infectiologie et hygiène hospitalière). Ces différences doivent résolument être prises en compte dans l'organisation du travail dans les hôpitaux et les EMS. La prévention des infections, mais aussi la gestion de la qualité sont indispensables pour la réalisation des objectifs de la stratégie. Une bonne collaboration entre ces deux domaines est tout aussi importante.

G-3 Soutien de la mise en œuvre

Soutenir la mise en œuvre avec des outils appropriés et des incitations positives

Soutien de la mise en œuvre

Avec la mise à disposition d'aides appropriées pour les hôpitaux et les EMS, la Confédération éveille l'intérêt des institutions pour les questions de stratégie, et facilite une mise en œuvre unitaire et soignée des ressources. Dans le même temps, les cantons doivent évaluer périodiquement la mise en œuvre des mesures prises dans leur domaine. En soutenant et en évaluant la mise en œuvre, la Confédération et les cantons ont pour objectif suprême d'établir au rang de norme la sécurité et la qualité dans le quotidien des institutions.

Le système de santé disposera à l'avenir de normes et directives nationales uniformes fondées sur des preuves scientifiques et axées sur les bonnes pratiques dans tous les champs d'action de la stratégie NOSO. De plus, l'objectif de réduction des IAS ainsi que les directives et mesures correspondantes sont généralement très bien acceptés au plan intellectuel dans les hôpitaux et les EMS.

Une conscience accrue du problème et de la nécessité d'agir chez les acteurs importants constitue une condition majeure mais généralement insuffisante au succès de la mise en œuvre des mesures. Les mesures sont parfois perçues comme étant trop complexes ou trop prenantes. De plus, les comités directeurs des établissements de santé hésitent parfois lorsqu'il s'agit d'intégrer de nouveaux contenus dans les processus d'exploitation.

Des aides à la mise en œuvre appropriées et la promotion des programmes établis et de la participation à ces derniers peuvent aider les hôpitaux et les EMS à se focaliser encore plus sur les preuves scientifiques et à intégrer des mesures axées sur les bonnes pratiques dans l'entreprise.

Dans le même temps, les cantons doivent évaluer périodiquement la mise en œuvre des mesures prises dans leur domaine. En soutenant et en évaluant la mise en œuvre, la Confédération et les cantons ont pour objectif suprême d'établir au rang de norme la sécurité et la qualité dans le quotidien des institutions.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Soutenir et évaluer la mise en œuvre au moyen d'outils appropriés
- Soutenir les projets et programmes novateurs en matière de prévention des infections
- Améliorer les incitations pour une mise en œuvre des mesures préventives
- Tenir compte des mesures de réduction des IAS en tant que critère dans les processus de surveillance, de planification et d'autorisation

Soutenir et évaluer la mise en œuvre au moyen d'outils appropriés

Les hôpitaux et les EMS bénéficient du soutien d'instruments de gestion appropriés pour la mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre les infections. Des évaluations de mesures spécifiques sont réalisées de façon complémentaire.

Aides à l'exécution et évaluations

Afin de soutenir les fournisseurs de prestations dans la mise en œuvre, on met à leur disposition des aides à l'exécution adaptées (check-lists, *care bundles*, etc.) et des offres de formation correspondantes. Ces instruments aident à ancrer dans la pratique les actes et les réactions qui conviennent et à éviter les erreurs. Sont également encouragés notamment des outils qui accroissent la conscience et l'attention en présentant à la direction de l'hôpital ou de l'EMS les économies qu'elle pourrait réaliser grâce à des investissements dans la prévention des infections. D'autres outils aident à distinguer les vraies innovations efficaces des « pseudo-innovations ».

Les évaluations qui doivent chaque fois être axées sur des interrogations concrètes ont également pour but de déterminer des exemples de bonnes pratiques et donc d'encourager la mise en œuvre. De telles évaluations doivent être coordonnées avec la vérification périodique de la stratégie globale.

Soutenir les projets et programmes novateurs en matière de prévention des infections

Sont qualifiés de novateurs les projets de recherche et de développement, ainsi que d'autres projets et programmes (pilotes) qui contribuent à la réduction des IAS, soit d'une manière nouvelle (innovation), soit en résolvant un problème urgent. La structure de tels projets et programmes et la participation des établissements de santé sont soutenus grâce à des instruments d'encouragement (notamment des financements de départ limités dans le temps) et des mécanismes d'incitation adaptés.

Soutenir les projets novateurs

Les programmes pilotes, les projets de développement d'aides à la mise en œuvre tournées vers la pratique et surtout les projets (de recherche) qui présentent des solutions à un problème urgent agissent comme des biens publics. Alors qu'ils profitent à un cercle des bénéficiaires plus important (souvent la société dans son ensemble), les coûts du développement et de la réalisation sont supportés en première ligne par les porteurs des projets. Il convient de corriger ce déséquilibre et de motiver les acteurs pour qu'ils intègrent leurs connaissances techniques et leur force d'innovation à des projets utiles et prometteurs.

Sur la base de la stratégie nationale de qualité et de la LEp, la Confédération finance dès à présent plusieurs projets et programmes de ce type dans le domaine des IAS. Les programmes nationaux de qualité lancés dans le cadre de la stratégie de qualité doivent être poursuivis et encore développés à l'avenir.

La participation des établissements de santé aux programmes de mesures (de l'ANQ, de Swissnoso, etc.) en cours à l'échelle nationale est connue. Les hôpitaux et EMS participant à des programmes cantonaux et nationaux ont été déterminés en 2014/2015, dans le cadre de l'analyse de l'état initial.⁵² L'hétérogénéité de la participation résulte non seulement de l'appréciation différente de la problématique dans

⁵² Cf. le rapport « analyse de l'état initial », www.bag.admin.ch/noso, établi dans le cadre de l'élaboration de la stratégie NOSO. Le chapitre 4 « Structures existantes » du rapport récapitule les résultats de l'enquête dans les hôpitaux et les EMS (mai/juin 2014) et auprès des directions cantonales de la santé (février 2015).

les cantons et les établissements de santé, mais aussi souvent du manque d'incitations suffisantes pour une participation.

Les hôpitaux et les EMS sont incités à participer à des programmes et à appliquer ainsi des mesures fondées sur des preuves et axées sur les bonnes pratiques dans leurs établissements. Une participation active est dans l'intérêt de toutes les institutions qui souhaitent s'affirmer face à la concurrence : elle contribue notamment à l'évolution positive de leur culture d'organisation et encourage l'acceptation et la mise en œuvre des mesures par le personnel, avec les conséquences correspondantes sur la qualité des soins. Le soutien du management, la mise à disposition de ressources personnelles et l'existence d'une culture d'apprentissage interne à l'entreprise sont des conditions déterminantes pour la participation.

Améliorer les incitations pour une mise en œuvre des mesures préventives

Les efforts de prévention des établissements de santé doivent être payants. Les incitations correspondantes doivent être améliorées. La prévention des infections doit ainsi gagner encore en importance au sein de l'éventail des prestations des institutions.

Améliorer les incitations

La réalisation de mesures et de projets internes en vue de la réduction des IAS fait en principe partie de l'éventail normal des missions des fournisseurs de prestations. La charge est supportée par les hôpitaux via le mécanisme de la prise en compte des coûts générés dans le cas d'une fourniture de prestations efficace et de qualité suffisante. Il est également important de comprendre que dans un système des forfaits par cas, les hôpitaux de soins somatiques aigus ont intérêt à investir dans la prévention des IAS, parce que la durée de séjour des patients est ainsi réduite.

Et pourtant, pour différentes raisons, les hôpitaux ont généralement aujourd'hui un intérêt limité à consacrer des ressources à la réduction des IAS. Premièrement, l'effet positif des mesures de prévention est souvent différé et difficile à différencier de l'influence des autres mesures et facteurs. Deuxièmement, les indicateurs permettant de savoir que les efforts en matière de prévention des infections ont également une valeur ajoutée financière font souvent défaut. Il reste à déterminer si les dépenses nécessaires dans les EMS sont couvertes par les régimes de financement cantonaux correspondants. Des incitations⁵³ ciblées et appropriées, susceptibles de renforcer les aspects concurrentiels ou d'améliorer la réputation des hôpitaux et EMS, doivent motiver ces derniers à mettre en œuvre des mesures de prévention.

⁵³ Les incitations pécuniaires, telles que le financement de départ ne sont expressément pas visées par cette mesure.

Tenir compte des mesures de réduction des IAS en tant que critère dans les processus de surveillance, de planification et d'autorisation

Les cantons sont encouragés à utiliser davantage leur marge de manœuvre lors de l'évaluation des activités des hôpitaux et des EMS et de la décision consécutive concernant une admission. Ils peuvent ainsi continuer à encourager la concurrence entre les institutions dans le domaine de la réduction des IAS et assurer à leurs citoyens des soins médicaux de grande qualité.

Prévention des IAS comme critère dans la surveillance, la planification et l'autorisation

Dans différents cantons (p. ex. Neuchâtel), les établissements de santé qui souhaitent obtenir ou prolonger une autorisation d'exploiter doivent présenter leurs mesures et prestations concrètes en vue de la réduction des IAS. Les expériences montrent cependant que de nombreux autres cantons n'exploitent pas totalement leur marge de manœuvre légale existante. Il serait pourtant envisageable de ne pas seulement admettre les critères de sécurité dans le processus d'autorisation en relation avec la prévention et la lutte contre les IAS, mais aussi dans les mandats de prestations consécutifs. Les critères pratiques et mesurables seraient notamment l'existence d'un personnel qualifié et d'un équipement en matière d'hygiène adapté à la situation ou (à l'issue de la mise en œuvre de la stratégie NOSO) la participation de l'institution au *public reporting*. L'association des admissions à des critères de sécurité doit dans tous les cas être réalisée de manière à ce que la charge administrative supplémentaire reste mesurée pour toutes les parties prenantes.

G-4 Gestion des connaissances

Développer et enrichir les connaissances

Gestion des connaissances

L'échange de connaissances et la formation de réseaux dans le domaine de la surveillance, de la prévention et de la lutte contre les IAS constituent l'objectif de la mesure. Les connaissances disponibles de manière décentralisée sont réunies, préparées sous une forme adaptée aux groupes-cibles et rendues accessibles au public.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Mettre en place une plate-forme d'accès au savoir
- Garantir le transfert du savoir entre théorie et pratique
- Promouvoir activement la collaboration internationale

Mettre en place une plate-forme d'accès au savoir

Une plate-forme nationale des connaissances est mise en place et exploitée de manière professionnelle pour encourager l'échange des savoirs et créer un réseau dans le domaine des IAS. Elle garantit aux groupes-cibles visés et au grand public un accès facile aux bases pertinentes du savoir et des actions, contribue à la mise en relation des acteurs et les motive à s'impliquer davantage dans le combat contre les IAS.

Plate-forme d'accès au savoir

Grâce à l'engagement de Swissnoso et de différentes sociétés de discipline médicale, il existe dès à présent plusieurs plates-formes électroniques (sites Internet). Une première étape permettra d'évaluer dans quelle mesure celles-ci satisfont aux exigences de la stratégie NOSO et quels nouveaux besoins doivent être comblés. Une plate-forme d'accès au savoir exhaustive doit être mise en place et exploitée de manière

professionnelle grâce à la consolidation et à un enrichissement judicieux des offres existantes. La plate-forme propose des informations en plusieurs langues, sélectionnées spécifiquement pour les groupes-cibles, notamment un recueil des directives et des normes en vigueur, des instruments d'application pratiques téléchargeables, des liens vers la littérature spécialisée nationale et étrangère, des exemples de bonnes pratiques, et des éléments interactifs tels que les outils d'*e-learning* et les forums de discussion. La publication de données actuelles relatives aux IAS et d'informations complémentaires pertinentes (p. ex. sur les mesures et l'évaluation chiffrée de la qualité) est également envisageable. Cette plate-forme doit être librement accessible sur Internet par tous les publics. Elle est gérée de manière centralisée et régulièrement mise à jour.

Garantir le transfert du savoir entre théorie et pratique

Pour qu'elles parviennent jusqu'aux destinataires qui les utilisent dans leur pratique quotidienne, les dernières découvertes scientifiques sont communiquées sous une forme qui leur est adaptée. Il faut par conséquent soutenir et renforcer les structures de transfert du savoir éprouvées. Les experts en activité dans les établissements de santé et leurs réseaux personnels jouent un rôle important pour ce transfert.

Transfert du savoir

Grâce au processus de transfert en continu des connaissances, les différents groupes d'utilisateurs (médecins, soignants, patients, résidents, visiteurs, etc.) reçoivent des informations compréhensibles et pertinentes pour la pratique portant sur les prescriptions et les mesures. Les mesures sont ainsi mises en œuvre dans la perspective de leur objectif direct, mais aussi en fonction des circonstances et conditions-cadres (locales) spécifiques des institutions. Le transfert et l'échange de connaissances (bonnes pratiques et faisabilité) entre les personnes qui les appliquent quotidiennement sont également importants, tout comme le feed-back aux experts concernant la faisabilité.

La mise en réseau des experts gagne particulièrement en importance dans le cas du transfert du savoir au sein des institutions de petite taille et des EMS. Les réseaux régionaux de spécialistes de la santé placés sous la direction des responsables de la prévention des infections d'un hôpital universitaire ou cantonal (centre de réseau), qui connaissent les problèmes locaux des établissements de santé, conseillent celles-ci en cas de flambée et assurent le transfert du savoir, sont utiles.

Promouvoir activement la collaboration internationale

Il est dans l'intérêt de la Suisse de prendre part de manière appropriée aux divers programmes et réseaux d'experts (réseaux de surveillance) du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et d'autres organisations internationales (p. ex. l'OMS), et d'apporter son savoir-faire dans le domaine de la prévention des infections. La Confédération assume donc son rôle au niveau des relations internationales en « ouvrant des portes » vers les services administratifs et spécialisés étrangers, conférant ainsi aux contacts informels déjà en place un caractère officiel.

Collaboration internationale

La collaboration entre la Suisse et l'Union européenne dans le domaine des maladies transmissibles fait l'objet de négociations bilatérales. L'objectif est de conclure un traité sur la santé publique, qui assure notamment la participation de la Suisse à l'ECDC.

La collaboration scientifique est accélérée par les établissements de santé. La médecine universitaire s'appuie dès à présent sur de solides réseaux. Sur la base de ces relations, les réseaux politiques internationaux pourront également être renforcés.

6.4 Champ d'action Monitoring

Monitoring

Par la saisie et l'analyse systématiques (monitorage) des données dans le domaine des IAS, les établissements de santé ont pour but de connaître l'état général de la situation et leur propre position par rapport à d'autres établissements de santé, d'établir les domaines posant problème ainsi que l'étendue de ces problèmes, et de définir des priorités. A partir des résultats obtenus, elles peuvent déduire des mesures de prévention et de lutte adaptées et les améliorer progressivement. De plus, le monitoring constitue une base d'informations essentielle permettant d'identifier l'évolution épidémiologique (p. ex. fréquence de certaines infections après introduction d'une mesure de prévention ou de lutte, cumuls et flambées inhabituels).

Des normes uniformes permettant le recensement, la gestion et l'exploitation de données comparables sont nécessaires afin de garantir la qualité de la prévention et de la lutte au niveau des soins stationnaires, et d'établir des mesures efficaces.

En ce qui concerne la récolte de données, le monitoring des IAS comprend l'observation standardisée et le recensement dans trois domaines : (a) les IAS (*outcomes*), (b) les agents pathogènes ainsi que (c) les structures et processus principaux qui influencent l'apparition, respectivement la gestion, des infections et des agents pathogènes dans un établissement de santé. A noter que le recensement des structures et processus comprend, d'une part, le contrôle régulier de la qualité des systèmes et des procédures de surveillance dans les hôpitaux et les EMS, et, d'autre part, l'adhérence des collaborateurs, des patients, des résidents et des visiteurs aux normes et directives en vigueur pour la prévention et la lutte contre les IAS.

Ces trois domaines – (a) IAS (*outcomes*), (b) *leurs agents pathogènes*, (c) *structures et processus* – se distinguent en termes d'acteurs, de méthodes de recensement, de canaux de déclaration et d'autres aspects.

Les données relatives aux IAS (a) les plus fréquentes doivent désormais être collectées selon des directives nationales uniformes, comme c'est déjà le cas pour la mesure des infections du site chirurgical. Des informations épidémiologiques sur la propagation de différents *agents pathogènes* (b) responsables des IAS peuvent au besoin être contraignantes, par le biais de l'ordonnance sur la déclaration dans le cadre de la LEp. En matière de *structures et processus* (c), il appartient aux cantons de collecter et de contrôler des informations sur l'aspect des structures et des ressources. Les données relatives aux processus sont aujourd'hui saisies par l'établissement de santé respectif. Il incombe aux hôpitaux et EMS de recueillir des données spécifiques à l'institution dans les trois domaines.

Dans le domaine des IAS (a), les infections du site chirurgical sont actuellement enregistrées à l'échelle nationale par l'ANQ et Swisnoso. S'agissant de toutes les autres IAS, telles que les bactériémies sur cathéter (septicémies), les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (inflammation des poumons) ou les infections des voies urinaires associées à la pose d'un cathéter, des données sont certes collectées de manière isolée au niveau de l'hôpital (cf. *chap. 3.2*), mais il n'existe pas de données comparables au niveau national. Une action est requise dans ce domaine,

la stratégie NOSO entend y remédier. Les données relatives aux IAS les plus fréquentes doivent désormais être recueillies selon des directives nationales uniformes.

Au niveau des *agents pathogènes (b)*, anresis.ch collecte et analyse depuis 2004 des données anonymisées d'antibiorésistance provenant de laboratoires de microbiologie clinique. Les données de résistance ainsi recueillies couvrent environ 60 % des journées d'hospitalisation annuelles et plus de 30 % de tous les patients ambulatoires. Des valeurs mensuelles sur des microorganismes multi-résistants choisis sont en outre publiées depuis juin 2014 dans le Bulletin de l'OFSP. L'opportunité d'instaurer une déclaration obligatoire pour certaines résistances est examinée dans le cadre de la mise en œuvre de StAR. L'attribution d'un rôle supplémentaire à la déclaration obligatoire dans le monitoring des IAS devra être examinée dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

Des données statistiques de routine (données statistiques de routine) sont actuellement recueillies par l'OFS et publiées par l'OFSP en tant qu'indicateurs de qualité selon l'art. 59a LAMal dans le domaine des *structures et processus (c)*. Il incombe par ailleurs aux cantons de saisir et d'examiner des informations à ce sujet. Il existe actuellement de grandes différences entre les établissements de santé pour ce qui est du choix et de la saisie des indicateurs structurels et de processus en rapport avec les IAS (p. ex. désinfection des mains, antibioprophylaxie préopératoire ou rapport entre le nombre de spécialistes pour la prévention des infections et le nombre de lits dans un hôpital). Pour atteindre les objectifs de la stratégie NOSO, il devra à l'avenir être possible de se prononcer sur la qualité des systèmes de surveillance et de prévention, mais aussi sur l'adhérence des groupes-cibles (personnel, visiteurs, patients, résidents) par rapport aux mesures.

Les hôpitaux et EMS peuvent en outre dès à présent collecter des données spécifiques à l'institution dans les trois domaines.

La récolte et la gestion des données ne représentent que la première étape. Il est tout aussi important d'exploiter de manière ciblée les données qui en sont tirées et de communiquer les informations correspondantes aux participants dans les plus brefs délais afin de faire avancer le processus d'amélioration continue dans les institutions. Ce n'est qu'ainsi que le système de santé sera évolutif et réactif, et pourra affronter les nouveaux défis.

La surveillance des IAS et des agents pathogènes correspondants en Suisse est développée en fonction des besoins, sur la base des programmes en cours, des structures de surveillance et des bases juridiques existantes, dans le respect des compétences au niveau cantonal et fédéral. L'enregistrement des IAS (données d'outcome) et des agents pathogènes ainsi que l'observation des paramètres décisifs de structure et de processus, tels que la qualité de la surveillance ou le respect des mesures de prévention dans les institutions, sont prévus à cet effet. Les données collectées sont évaluées au plan local (établissement de santé), régional (cantons) ou national (Confédération, ANQ, etc.) et rapidement mises à disposition des participants comme base servant à décliner les interventions ciblées ou à évaluer les effets de celles-ci.

Orientation
stratégique

Dans le champ d'action Monitoring, les acteurs de la stratégie NOSO poursuivent l'objectif stratégique suivant :

Objectif stratégique
Monitoring

Un système national dédié au monitoring des IAS et aux facteurs d'influence de celles-ci (structures et processus) est mis en place et exploité. Les données et analyses concernant les IAS sont disponibles rapidement et conformément aux besoins et au groupe cible. La Suisse dispose d'un niveau de connaissances élevé en matière d'épidémiologie des agents pathogènes susceptibles d'entraîner des IAS.

Le contrat de qualité national rend obligatoire pour les hôpitaux le recensement de certaines infections postopératoires des plaies.⁵⁴ De plus, il est actuellement de la compétence des prestataires de décider quelles IAS sont observées en continu, et selon quelles méthodes le recensement est effectué. Cela entraîne de grandes disparités dans la pratique de la surveillance. Les différences sont également importantes dans la sélection et la saisie des indicateurs concernant les structures et les procédures qui influencent l'événement infectieux (p. ex. désinfection des mains, antibioprophylaxie préopératoire, ou rapport entre le nombre de spécialistes pour la prévention des infections et le nombre de lits dans un hôpital). L'élargissement et la coordination du monitoring au niveau national et l'augmentation, en parallèle, du nombre de spécialistes responsables dans les hôpitaux et les EMS vont améliorer la qualité de la surveillance, de la prévention et de la lutte contre les IAS, ainsi que la possibilité de comparer les performances des établissements de santé. La vérification et l'analyse des données déjà disponibles selon leur pertinence quant aux IAS, ainsi que la fixation des priorités concernant le besoin en termes de données, sont particulièrement importants. Dans ce contexte, il est essentiel de respecter le principe de la proportionnalité entre la charge que représente la collecte de données et le but de réduire les infections. Les hôpitaux et les EMS participants ont besoin également d'une certaine marge de manœuvre pour les enquêtes complémentaires (en fonction de leurs besoins) menées en parallèle au recensement harmonisé si nécessaire) des données déjà recensées.

Système de monitoring
national

Si l'instauration d'un système de monitoring national performant est important, clarifier quelles sont les données évaluées et utilisées, comment, et par qui l'est tout autant. L'objectif principal est de renforcer la motivation de tous les acteurs, non seulement pour le monitoring, mais aussi pour l'apport d'une contribution active dans la prévention et la lutte contre les IAS. Une des formes d'action primaires est donc d'informer les collaborateurs des hôpitaux et des EMS du niveau d'adhérence observé vis-à-vis des prescriptions d'hygiène. Il est en outre possible de procéder à des comparaisons intra et interinstitutionnelles des indicateurs structurels, de processus et d'outcome, grâce à un large éventail de méthodes et d'instruments allant du benchmarking interne au public reporting.

Analyse et mise à disposition
de données

Dans tous les cas, le principe est le suivant : les données doivent être évaluées et mises à disposition dans les délais les plus brefs, c'est-à-dire rapidement après l'observation, premièrement pour que les participants identifient les relations existant entre structures, processus et outcome et soient conscients de leur responsabilité éventuelle, et deuxièmement pour que les résultats des analyses soient représentatifs de la situation actuelle.

Le conseil spécifiant d'utiliser un degré de détail conforme au besoin signale que les différents groupes-cibles (direction de l'hôpital, responsables politiques de la santé,

⁵⁴ Les mesures sont effectuées par Swissnoso, sur mandat de l'ANQ.

population, etc.) ne mettent pas l'accent sur les mêmes intérêts. Ce point mérite d'être pris en compte lors de l'analyse et de l'utilisation des données.

La multiplication des infections au sein d'un établissement de santé et pendant une période donnée est le signe le plus fort de la menace d'une flambée nosocomiale. Si les responsables du monitoring parviennent dans une telle situation à identifier précocement les modes de transmission et les causes possibles (sources d'infection), des mesures spécifiques peuvent être prises à temps pour enrayer et empêcher la propagation de l'agent pathogène (au sein et en dehors de l'établissement de santé), et ainsi éviter la flambée. Il faut pour cela remplir deux conditions : un système de détection précoce efficace au niveau de l'institution et l'annonce immédiate des événements inhabituels à une centrale.

Détection précoce

Les mesures-clés suivantes devraient apporter une contribution essentielle à l'objectif stratégique :

Mesures-clés Monitoring

M-1	Mettre en place et exploiter un système de monitoring national
M-2	Evaluer les données de manière ciblée et mettre à disposition les analyses rapidement et conformément aux besoins ainsi qu'au groupe cible
M-3	Renforcer la détection précoce

Tableau 2 : Mesures-clés dans le champ d'action Monitoring

Ci-après, quelques explications concernant les diverses mesures-clés dans le champ d'action Monitoring.

M-1 Système de monitoring national

Mettre en place et exploiter un système de monitoring national

Système de monitoring national

Un système de monitoring national est conçu sur la base des recommandations ainsi que des normes et directives afférentes concernant le besoin en termes de données, les méthodes et procédures. Les programmes de surveillance efficaces actuels en Suisse seront développés et coordonnés entre eux.

Le monitoring national ne doit pas s'entendre comme un système complet couvrant tous les types d'infections et d'agents pathogènes, et reproduisant intégralement la diversité des structures et des processus de la prévention des infections. Il s'agit plutôt de jeux de données minimaux pouvant être générés dans un cercle relativement importants d'hôpitaux et d'EMS. On s'assure ainsi que ces données pourront être regroupées à différents niveaux (institutionnel, régional et national) et analysées conformément aux besoins au gré de la situation.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Renforcer les acteurs locaux et leur apporter une formation continue appropriée
- Assurer la qualité du monitoring

Renforcer les acteurs locaux et leur apporter une formation continue appropriée

Les conditions-cadres (ressources nécessaires, infrastructure, tâches et coûts) du monitoring dans le domaine des IAS sont présentées de manière claire et compréhensible pour les hôpitaux et les EMS. Les ressources nécessaires à un monitoring efficace sont disponibles.

Renforcer les acteurs

Dans les établissements de santé, on nomme des responsables pour le monitoring et on règle clairement les compétences. Les personnes responsables bénéficient de cours de perfectionnement adéquats et sont bien établies dans le réseau interne de l'institution. Les différentes situations des établissements de santé ont été prises en compte dans l'élaboration des standards de formation. Dans le cadre de leur activité, les responsables contribuent à l'assurance qualité de la surveillance des IAS. La disponibilité de ressources financières et de personnel en quantité suffisante pour la réalisation du monitoring fait partie des principales conditions-cadres. Les responsables du monitoring sont renforcés dans leur action de saisie des IAS et de leurs principaux facteurs d'influence par le fait qu'ils peuvent s'adresser à Swissnoso+ en cas de défis particuliers ou de problèmes.

Assurer la qualité du monitoring

Des audits externes réguliers permettent d'améliorer la qualité du monitoring des IAS dans les hôpitaux et les EMS. Les résultats des audits permettent aux établissements de santé d'opérer des ajustements ciblés et d'assurer la génération de données valides et comparables.

Un monitoring de grande qualité

Selon le type de focalisation, l'audit comprend les structures et/ou les processus de surveillance, ou encore les données de la surveillance. En plus du benchmarking, le contrôle de qualité permet d'identifier des problèmes de qualité dans la surveillance interne aux institutions (p. ex. distorsions lors de la sélection des cas devant être intégrés dans la base de données, données incomplètes ou incohérentes) et présente des solutions possibles pour une amélioration de la qualité.

M-2 Utilisation ciblée des données

Evaluer les données de manière ciblée et mettre à disposition les analyses rapidement et conformément aux besoins ainsi qu'au groupe cible

Utilisation ciblée des données

Les observations pertinentes sont régulièrement évaluées au niveau de l'établissement de santé, du canton ou de la Confédération, selon des critères préalablement définis. L'utilisation des données se base sur les recommandations des spécialistes compétents à cet égard (cf. mesure G-1).

L'évaluation systématique des données de monitoring et la présentation transparente des changements incitent déjà les acteurs à améliorer leurs prestations. La motivation en vue de la mise en œuvre et donc les chances de succès de la stratégie sont ainsi améliorées. Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Evaluer les données rapidement, de manière adaptée aux besoins et au groupe cible

- Communiquer directement aux collaborateurs concernés les observations concernant l'adhérence
- Introduire un public reporting et un benchmarking

Evaluer les données rapidement, de manière adaptée aux besoins et au groupe cible

L'évaluation des données brutes du monitoring et l'analyse des indicateurs d'outcome, structurels et de processus sont assurées par des spécialistes chevronnés aux niveaux local, régional, cantonal et national et sur la base des normes et directives nationales afférentes. Les questions liées à la protection des données sont clarifiées avec le concours des hôpitaux et des EMS.

Evaluation des données

Grâce à cette mesure, les données de mesure sont préparées et évaluées en temps quasi-réel, de manière adaptée aux besoins et au groupe cible et peuvent donc servir de base à différentes formes de reporting et pour la comparaison entre fournisseurs de prestations. En suivant les normes et recommandations, les spécialistes responsables de l'évaluation s'assurent de tenir compte des différentes situations des différentes institutions ou catégories d'institutions et de réaliser correctement les comparaisons.

Communiquer directement aux collaborateurs concernés les observations sur l'adhérence

Les données d'output pertinentes (indicateurs structurels et de processus) sont évaluées au sein de l'établissement de santé et font l'objet d'une communication directe et immédiate aux personnes concernées. Le sentiment de responsabilité partagée chez les collaborateurs et la culture ouverte de reconnaissance des problèmes et d'apprentissage au sein de l'organisation sont encouragés.

Retour d'information interne sur l'adhérence

Si les collaborateurs reconnaissent le sens des prescriptions et des instructions internes en matière de prévention des infections, et sont fondamentalement disposés à respecter ces règles (adhérence), par exemple une désinfection des mains suffisante, cela influence de manière déterminante l'efficacité des efforts de prévention des établissements de santé. Une meilleure information des patients ou des résidents peut également se traduire par une meilleure adhérence du personnel. Un monitoring systématique et un feed-back sur l'adhérence sont essentiels jusqu'aux niveaux hiérarchiques les plus élevés pour permettre à la direction de détecter d'éventuelles faiblesses et de s'engager dans la recherche de solutions (cf. mesure PL-3).

Introduire un public reporting et un benchmarking

Sur la base des recommandations ainsi que des normes et directives afférentes, des données et résultats d'analyses choisis du monitoring national sont rendus accessibles à des groupes-cibles choisis ou au grand public, en fonction de leur contenu. L'objectif de la mesure est d'accroître la transparence sur la fourniture de prestations et d'intensifier la course à l'excellence.

Public reporting et benchmarking

Si les résultats obtenus sont transparents, ils débouchent sur une course à l'excellence entre les établissements de santé et enclenchent des processus d'amélioration.

Il faut toutefois veiller en matière de *public reporting* à éviter l'évolution contraire, à savoir l'*underreporting* de la part des institutions. En fonction de la souveraineté sur les données, l'établissement de santé, le canton ou la Confédération décide de la forme et de la teneur de la communication externe des données d'*outcome* spécifiques à l'établissement, une concertation préalable de l'instance décisionnaire avec les autres institutions étant toutefois prévue. Les données saisies doivent être comparables et corrigées des différences inhérentes à la situation des fournisseurs de prestations. Les données saisies offrent la possibilité d'un *benchmarking interne*, une comparaison étant effectuée entre divers services et sites d'un hôpital ou d'un EMS, ou de manière chronologique, et les résultats étant communiqués en interne dans l'institution. Dans le cadre d'un *benchmarking externe*, la même institution (anonymement ou nominativement) pourrait se mesurer avec les « concurrentes » les plus fortes de sa catégorie. Dans tous les cas, le *case-mix* des institutions ou services doit être pris en compte lors d'une comparaison.

Lors de l'introduction du reporting, il serait envisageable de procéder par étapes, les établissements de santé commençant par recevoir leur feed-back spécifique et des données de comparaison d'autres établissements (comparables). Dès qu'un certain niveau qualitatif est atteint en ce qui concerne la gestion des IAS, les données peuvent également être publiées et éventuellement utilisées pour un benchmarking externe. Les données sont alors traitées avec tout le soin requis. Dans ce contexte, l'art. 59a LAMal et les dispositions correspondantes de l'OAMal qui prévoient en principe un *public reporting* et désignent les services responsables s'appliquent dans le domaine de la LAMal. Lorsque des données sont publiées, la publication est toujours adaptée au groupe cible.

M-3 Détection précoce

Renforcer la détection précoce

Détection précoce

La stratégie NOSO crée les conditions nécessaires pour que les risques de flambées d'IAS soient décelés à temps et que la propagation des agents pathogènes puisse être enrayée.

Les conditions englobent un système de détection précoce efficace au niveau de l'établissement de santé et l'annonce immédiate des événements inhabituels à une centrale.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Renforcer les systèmes de détection précoce internes aux institutions
- Fixer les thèmes et les délais de déclaration, et les ancrer dans la législation

Renforcer les systèmes de détection précoce internes aux institutions

Les établissements de santé sont soutenus dans leurs efforts pour mettre en place et exploiter des systèmes de détection précoce et d'alerte modernes, dans le cadre de la stratégie NOSO. L'objectif consiste à aligner ou à rapprocher les capacités et les niveaux qualitatifs de la détection précoce dans les institutions.

Renforcer les systèmes de détection précoce

La capacité des hôpitaux et des EMS à dépister précocement les menaces de flambée au sein de leur propre institution est déterminante pour éviter les épidémies. Toutefois, des événements inhabituels sont souvent dissimulés au début d'une flambée et ne se

signalent au mieux que par des signaux faibles. C'est pourquoi, les établissements de santé bénéficient d'un soutien dans leurs efforts pour détecter précocement les risques de flambées et en déduire des interventions appropriées. Cela englobe la mise à disposition de connaissances, ainsi que d'outils électroniques et de bonnes pratiques. Les modalités du soutien seront élaborées lors de la phase de mise en œuvre, en impliquant les hôpitaux et les EMS. Les offres sont mises à leur disposition sans engagement.

Fixer les thèmes et les délais de déclaration, et les ancrer dans la législation

Dans le cadre de la nouvelle loi sur les épidémies, l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les observations soumises à déclaration en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme sera actualisée. Cette actualisation pourra porter sur la fixation des observations à déclarer.

Compléter les ordonnances

Les événements inhabituels et les multiplications d'agents pathogènes doivent dès à présent être déclarés au canton et à l'OFSP, mais l'objet de la déclaration obligatoire n'est pas suffisamment précisé et défini. Il s'agit de déterminer des critères clairs afin que les hôpitaux et EMS déclarent de manière plus systématique et conséquente que jusqu'à présent certains événements et la multiplication d'agents pathogènes. Il faut notamment des prescriptions concrètes concernant la déclaration obligatoire (notamment la collecte électronique des informations sur le patient) dans le cas de germes hautement résistants ou multi-résistants et d'autres agents pathogènes potentiellement dangereux.

6.5 Champ d'action Prévention et lutte

Avec le monitoring, la prévention et la lutte contre les infections constituent les principaux piliers d'une politique intégrale en vue de réduire les IAS. Des directives et des normes unitaires à l'échelle nationale ainsi que l'observation systématique et sur l'ensemble du territoire des infections, des agents pathogènes et de leur multiplication ne suffisent cependant pas encore à garantir le succès de la lutte contre les IAS.

Mise en œuvre en point de mire

Afin que les divers responsables assument le rôle qui leur a été attribué en matière de prévention et de lutte, il faut tout d'abord renforcer leur conscience du problème et de l'action nécessaire. Les établissements de santé ont ensuite besoin d'aides pratiques afin de pouvoir réaliser les mesures au quotidien, avec un minimum de charges. La participation à des programmes en cours sur la réduction des IAS donne un nouvel élan à la mise en œuvre des mesures dans le quotidien professionnel.

Des mesures ciblées doivent amener les divers acteurs (en premier lieu la Confédération, les cantons, les hôpitaux, les EMS et les sociétés de discipline médicale) et les personnes concernées (personnel, patients, résidents, et visiteurs) à prendre au sérieux la problématique des IAS et à contribuer à la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Les informations et les aides pratiques à la mise en œuvre, de même que les évaluations aideront aussi bien les organisations que les individus à vérifier et, le cas échéant, à ajuster leur attitude et leur comportement vis-à-vis des risques d'infection dans le sens de l'objectif stratégique.

Orientation stratégique

Dans le champ d'action Prévention et lutte, les acteurs de la stratégie NOSO s'efforcent de réaliser l'objectif stratégique suivant :

Objectif stratégique
Prévention et lutte

Le personnel, les patients, les résidents et les visiteurs des hôpitaux et EMS connaissent le problème des IAS et leurs conséquences pour la santé personnelle et publique. Ils comprennent les mesures à prendre et contribuent à leur mise en œuvre. La vaccination est encouragée dans les hôpitaux et les EMS.

Il faut une information de tous les groupes-cibles sur l'importance des IAS et la nécessité des mesures à prendre, fondée sur des faits garantis et adaptée aux besoins et aux destinataires. Les établissements de santé ont par ailleurs besoin d'une culture d'organisation accordant une valeur accrue à la prévention des infections et autorisant tous les collaborateurs à traiter les erreurs de manière transparente et franche. Sur cette base, il est possible de renforcer la perception du problème dans toute la population et d'accroître la conscience de la nécessité d'action des groupes-cibles pertinents pour les décisions et les actions (collaborateurs des hôpitaux et des EMS, patients, résidents, visiteurs) en ce qui concerne les IAS.

Conscience du
problème et de la
nécessité d'agir

L'offre étendue de vaccinations qui est actuellement disponible fournit à chaque personne assurée en Suisse un levier important pour se protéger mais aussi pour protéger ses concitoyens des maladies infectieuses. Des cas de rougeole, de varicelle, de rubéole, de coqueluche et de grippe saisonnière (*influenza*) surviennent fréquemment dans les hôpitaux et EMS suisses. Ces infections, généralement introduites dans l'institution par des collaborateurs ou des visiteurs, y sont transmises à d'autres personnes. Des complications graves peuvent en résulter, notamment chez des patients immunodéprimés ainsi que dans le cas d'un échec de la vaccination ou de l'absence de protection vaccinale (p. ex. chez les nourrissons).

Prévention vaccinale

La prévention vaccinale est actuellement la mesure la plus efficace de la prévention primaire et joue donc un rôle important dans la prévention des IAS. La stratégie NOSO est donc mise en œuvre en étroite collaboration avec les stratégies nationales en cours concernant des maladies pouvant être évitées grâce à la vaccination (p. ex. GRIPS et élimination de la rougeole) ainsi qu'avec la stratégie-cadre de vaccination (SNV).

Les mesures-clés suivantes devraient apporter une contribution essentielle à l'objectif stratégique :

Mesures-clés
Prévention
et lutte

PL-1	Optimiser et développer la prévention et la lutte
PL-2	Sensibiliser le public et impliquer les personnes directement concernées dans la prévention des infections
PL-3	Encourager la culture d'apprentissage et de dialogue dans les hôpitaux et les EMS
PL-4	Favoriser la prévention vaccinale dans les hôpitaux et les EMS

Tableau 3 : Mesures-clés dans le champ d'action Prévention et lutte

Les mesures-clés dans le champ d'action Prévention et lutte sont présentées ci-après de manière succincte.

PL-1 Optimisation et développement

Optimiser et développer la prévention et la lutte

Optimisation et développement

Les établissements de santé mettent régulièrement en pratique les recommandations ainsi que les normes et directives qui en découlent en matière de prévention et de lutte contre les IAS.

Les normes et directives reposent en partie sur des preuves scientifiques, mais aussi sur de bonnes pratiques et sont régulièrement mises à jour. Le respect de ces normes et directives crée les conditions systémiques et opérationnelles pour une optimisation et une amélioration continue des mesures de prévention et de lutte dans les institutions. La situation locale (contexte épidémiologique et socioculturel) et les circonstances spécifiques de l'institution / des institutions, telles que la taille, l'éventail des prestations, le rayon d'activité, etc. sont prises en compte lors de la définition des mesures de prévention et de lutte sur place.

PL-2 Sensibilisation et implication

Sensibiliser le public et impliquer les personnes directement concernées dans la prévention des infections

Sensibilisation et implication

La sensibilisation et l'implication sont réalisées sous une forme appropriée à différents niveaux et concernent les décisionnaires au niveau institutionnel, cantonal et national, ainsi que les patients, résidents et visiteurs et même le grand public.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication pour informer le public de manière ciblée
- Impliquer les patients, les résidents ainsi que les visiteurs dans la prévention des infections
- Déclaration formelle par les acteurs de leur engagement

Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication pour informer le public de manière ciblée

Avec le concept de communication afférent à la phase de mise en œuvre, NOSO dispose d'un instrument important dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de surveillance, de prévention et de lutte. Des mesures de communication appropriées doivent permettre de renforcer les connaissances et la conscience du grand public et soutenir les changements de comportement.

Concept de communication

Le niveau de connaissances de la population suisse concernant les IAS doit progresser et, partant, la conscience du problème. C'est pourquoi la Confédération élabore un concept de communication pour la phase de mise en œuvre, conjointement avec les principaux acteurs. La communication qui se fonde sur ce concept doit contribuer à sensibiliser tous les groupes-cibles à la problématique des IAS, à les familiariser avec les objectifs et les mesures de la prévention, d'une manière adaptée aux besoins et aux destinataires, et à les inciter à changer de comportement. Elle peut ainsi renforcer le sens des responsabilités et l'engagement des professionnels de la santé en faveur d'une mise en œuvre appropriée des mesures de la stratégie NOSO.

Dans le sillage de l'élaboration du concept de communication, il s'agit également de vérifier si une campagne nationale d'information et de sensibilisation aux IAS (éventuellement coordonnée avec des activités similaires de StAR et d'autres stratégies) se prêterait à l'enrichissement des connaissances, notamment du public, sur les IAS.

Impliquer les patients, les résidents ainsi que les visiteurs dans la prévention des infections

Un changement de culture en ce qui concerne l'information et la sensibilisation permet d'améliorer qualitativement le transfert des connaissances entre le personnel de santé et les patients, les résidents et les visiteurs. Les professionnels de la santé s'engagent à respecter les exigences de prévention en matière d'IAS.

Impliquer les personnes concernées

On recherche un échange entre les spécialistes de la santé et les patients, les résidents ou les visiteurs sur l'importance des IAS ainsi que sur les possibles risques liés aux traitements et les mesures de prévention. Outre la communication adaptée aux besoins et aux destinataires, on pourrait aussi envisager de sensibiliser et d'impliquer dans la prévention les personnes concernées par des mesures architecturales ou d'autres éléments conviviaux, par exemple des supports mobiles pour la désinfection des mains en des lieux fréquentés du service. De telles améliorations qualitatives de l'interaction visent à renforcer la conscience d'une nécessité de mesures chez les personnes concernées.

Déclaration formelle par les acteurs de leur engagement

La réussite de la mise en œuvre de la stratégie nationale NOSO implique des efforts de la part de tous les acteurs. La Confédération, les cantons et les responsables des hôpitaux et EMS se déclarent donc prêts à s'engager ensemble pour la réduction des IAS. Grâce à leur implication, les structures et les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie sont mis à disposition.

Engagement formel

La Confédération fait le premier pas : elle doit obtenir l'adhésion des acteurs à la mise en œuvre de la stratégie nationale NOSO. Les acteurs peuvent manifester leur engagement, par exemple en intégrant les besoins de la stratégie nationale NOSO dans les programmes de santé cantonaux ou dans la charte de l'institution.

PL-3 Culture d'apprentissage et de dialogue

Encourager la culture d'apprentissage et de dialogue dans les hôpitaux et les EMS

Culture d'apprentissage et de dialogue

Dans chaque établissement de santé, la prévention des infections devient partie intégrante de la culture d'entreprise et de la gestion de la qualité. La possibilité d'un reporting n'impliquant pas de sanctions sur les erreurs et les incidents contribue au dialogue constructif et donc au développement de l'institution.

Des erreurs et des événements indésirables lors du traitement des risques d'infection sont déjà actuellement enregistrés et documentés dans la plupart des établissements de santé en Suisse. Toutefois, il existe souvent une marge d'amélioration. Les comités de direction des établissements sont encouragés à mettre en place, dans le cadre de la lutte contre les IAS, une culture de gestion des erreurs et de l'apprentissage ou de renforcer des systèmes d'apprentissage déjà utilisés. L'absence de sanction est alors déterminante : le reporting ne doit pas être relié à un système disciplinaire interne de l'hôpital ou de l'EMS. La responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins n'incombe pas à certains collaborateurs, mais à l'institution dans son ensemble. Parallèlement au développement d'une culture d'entreprise, il faut rendre la communication interne plus transparente et édifier une culture du dialogue constructif. Si des collaborateurs ou des départements entiers apprennent les uns des autres, le savoir de l'institution s'accroît.

Pour une amélioration durable de la qualité et de la sécurité, on communique par ailleurs régulièrement et de manière appropriée les mesures de prévention et les directives aux collaborateurs. Tous accèdent ainsi aux mêmes connaissances, ce qui se répercute positivement sur le traitement des risques d'infection dans le quotidien professionnel.

Le feed-back régulier de l'adhérence observée aux prescriptions de prévention constitue un autre élément de la culture interne d'apprentissage et de dialogue (cf. mesure M-2).

PL-4 Promotion de la prévention vaccinale

Favoriser la prévention vaccinale dans les hôpitaux et les EMS

Promotion de la prévention vaccinale

Les établissements de santé incitent leurs collaborateurs à se faire vacciner contre les maladies infectieuses évitables et à faire contrôler régulièrement leur statut vaccinal. Elles attirent aussi davantage l'attention d'autres personnes qui séjournent de façon temporaire ou prolongée dans les hôpitaux et EMS sur l'utilité de la prévention vaccinale.

Une contribution possible de la stratégie NOSO aux efforts de la politique vaccinale pourrait notamment consister à promouvoir la vaccination des patients et du personnel grâce à un contrôle systématique de leur statut vaccinal et une offre de vaccination au sein des hôpitaux et des EMS.

6.6 Champ d'action Formation et recherche

La prise de conscience du problème et les connaissances de tout le personnel (professionnels de la santé, personnel non médical)⁵⁵ sont des facteurs décisifs pour le succès de la mise en œuvre des mesures dans le quotidien professionnel des hôpitaux et des EMS. En plus des connaissances spécialisées, il faut des compétences et des aptitudes ainsi qu'une conscience du sujet.

Transmettre et appliquer le savoir

Pour la recherche aussi on constate des brèches de connaissances, notamment sur les causes des infections, les voies de transmission et aussi l'efficacité des mesures de prévention en cas d'interventions invasives et non invasives. Par ailleurs, les conclusions de la recherche sur l'implémentation et le comportement sont insuffisantes. Suite au manque d'instruments appropriés pour la mise en œuvre, les connaissances établies ne pénètrent que très progressivement dans le quotidien des établissements de santé. Par conséquent, la recherche sur les IAS a besoin, en Suisse également, d'un soutien politique et financier important.

Les institutions⁵⁶ compétentes selon le niveau de formation prennent en charge la coordination de l'optimisation des concepts et des offres de formation en matière de prévention des infections. Elles assurent, en collaboration avec les hôpitaux universitaires, d'autres établissements de santé ou de formation ainsi que les sociétés de discipline médicale et les associations, la formation de base et la formation continue⁵⁷ des professionnels de la santé en tant que spécialistes en prévention des infections. Les hôpitaux et les EMS soutiennent le perfectionnement continu de leurs collaborateurs. La recherche sur les risques d'infection et sur les possibilités et les limites d'amélioration de la sécurité des patients est encouragée.

Orientation stratégique

Dans le champ d'action Formation et recherche, les acteurs de la stratégie NOSO s'efforcent de réaliser l'objectif stratégique suivant :

Objectif stratégique
Formation et recherche

Le personnel des hôpitaux et EMS bénéficie d'une formation et d'un perfectionnement adéquats dans le domaine de la prévention des infections. Il dispose des compétences nécessaires pour contribuer à la réduction des IAS. La recherche et le développement sont encouragés et l'utilisation de nouvelles technologies fait l'objet d'une évaluation systématique.

⁵⁵ Le terme « professionnels de la santé » englobe aussi bien les professions médicales universitaires (corps médical, chiropraticiens etc.) que les professions de la santé non universitaires (personnel soignant etc.). Toutes les autres catégories de professions actives au sein des établissements de santé (par exemple dans les domaines de l'hôtellerie, de la logistique, de la technique ou du nettoyage) sont regroupées sous le terme « personnel non médical ».

⁵⁶ Au niveau tertiaire A, ce sont les hautes écoles ou leur autorité de tutelle qui sont responsables de leurs concepts et offres de formation. Dans la formation professionnelle (niveau secondaire II et niveau tertiaire B), les organisations du monde du travail (Ortra) déterminent les contenus de la formation. Les offres de formation de la formation professionnelle sont mises à disposition par les cantons, les Ortra, les entreprises ou les écoles, selon le niveau (tertiaire B, niveau secondaire II) et le type de formation.

⁵⁷ Le terme « formation continue » se rapporte ici à la formation informelle, telle qu'elle est définie par la Loi sur la formation continue (LFCo). Par mesure de simplification de la présente stratégie, ce terme est également utilisé pour les professions médicales universitaires, malgré le fait que la formation médicale (formation de spécialiste) continue, telle qu'elle est définie par la Loi sur les professions médicales (LPMéd), fait partie de la formation formelle selon la LFCo. Ainsi, la formulation « formation de base et formation continue » englobe par exemple l'obtention d'un titre de spécialiste en infectiologie comme elle englobe aussi la formation continue du personnel soignant dans le domaine de la prévention des infections.

La formation et le perfectionnement conformes au besoin visée par la stratégie NOSO est la suivante : les objectifs d'apprentissage dans le domaine du traitement des IAS sont fixés en fonction des besoins déterminés et pour toutes les professions selon les missions, et les contenus d'apprentissage correspondent à l'état des connaissances actuel. Pour ce faire, il faut un pool de multiplicateurs du savoir qui exercent soit en institutions de formation soit dans la pratique.

Formation de base et formation continue

Pour obtenir l'accroissement durable des connaissances dans tous les groupes professionnels (professionnels de la santé, personnel non médical), il est indispensable d'améliorer la position de la prévention des infections dans les hôpitaux et les EMS. Dans le même temps, la direction de l'établissement de santé doit soutenir la formation continue de tous les collaborateurs tant conceptuellement qu'avec des moyens concrets.

Les idées concernant la manière de combler les lacunes actuelles en matière de connaissances sur les IAS et de résoudre les problèmes ne manquent pas aujourd'hui. On trouve aussi chez les acteurs de la recherche et du développement de l'intérêt et une capacité potentielle pour ce sujet. Mais pour que les idées de projet soient développées et mises en œuvre, il est essentiel de bien communiquer les besoins de recherche et de développement aux institutions de promotion de la recherche ainsi qu'aux partenaires industriels potentiels.

Recherche et développement

L'assurance qualité des technologies requiert également une intervention. En tant qu'utilisateurs, les hôpitaux et les EMS seraient intéressés par des indications fiables sur les coûts, l'efficacité et la sécurité de technologies et produits nouveaux ou déjà utilisés afin de garantir des prestations de haute qualité, de promouvoir les innovations appropriées et d'éviter les mauvais investissements.

Les mesures-clés suivantes devraient apporter une contribution essentielle à l'objectif stratégique :

Mesures-clés Formation et recherche

FR-1	Accroître l'importance de la prévention des infections dans la formation de base et la formation continue
FR-2	Ancrer le thème des IAS dans la promotion de la recherche
FR-3	Calculer les coûts, l'efficacité et la sécurité des nouvelles technologies, renforcer l'assurance de la qualité

Tableau 4 : Mesures-clés dans le champ d'action Formation et recherche

Les mesures-clés dans le champ d'action Formation et recherche sont présentées ci-après de manière succincte.

FR-1 Prévention des infections dans la formation

Accroître l'importance de la prévention des infections dans la formation de base et la formation continue

Prévention des infections dans la formation

Les objectifs d'apprentissage dans le domaine du traitement des IAS sont fixés en fonction des besoins déterminés pour toutes les professions médicales selon les missions, et les contenus d'apprentissage correspondent à l'état des connaissances actuel. Dans les établissements de santé, le personnel médical et non médical dispose des compétences nécessaires pour contribuer à la réduction des IAS.

Les manques de connaissances existants sur les IAS et les mesures de prévention des infections dans les établissements de santé peuvent être comblés par un système bien conçu d'offres de formation de base et de formation continue pour toutes les professions médicales. L'application des connaissances ainsi acquises dans la pratique ne doit toutefois pas rester limitée aux ressources. La formation ne sera un investissement rentable pouvant entraîner une économie de coûts de santé que si la direction de l'institution affiche un fort engagement en faveur de la formation des collaborateurs et de l'application pratique des savoirs.

Les domaines partiels essentiels de cette mesure-clé sont les suivants :

- Assurer la formation de base et la formation continue des professionnels de la santé en tant que spécialistes en prévention des infections selon les besoins
- Renforcer l'importance de la prévention des infections dans la formation continue de l'ensemble du personnel des établissements de santé
- Institutionnaliser la formation des collaborateurs dans le domaine de la prévention des infections

Assurer la formation de base et la formation continue des professionnels de la santé en tant que spécialistes en prévention des infections selon les besoins

Sur la base du besoin à établir (cf. mesure G-1), les professionnels de la santé bénéficient d'une formation de base et d'une formation continue en tant que spécialistes en prévention des infections. Leur fonction de multiplicateurs (médecins, soignants ou link-nurses) leur permet de transmettre les objectifs d'apprentissage de manière adaptée et spécifique en fonction des tâches. L'attrait de la formation de base et de la formation continue des professionnels de la santé en tant que spécialistes de la prévention des infections est renforcé par des mesures ciblées.

Former des professionnels de la santé en tant que spécialistes en prévention

Les spécialistes de la prévention des infections⁵⁸ peuvent être des médecins (principalement du domaine de l'infectiologie), des experts de la prévention des infections titulaires d'un diplôme fédéral (au niveau d'examens supérieurs) ou des link-nurses et des responsables techniques. Les link-nurses et les responsables techniques sont des infirmiers travaillant régulièrement comme personnel soignant dans un service, ayant généralement suivi une formation continue, mais aucune formation spécialisée en prévention des infections, et entretenant des contacts étroits avec le conseiller à la prévention des infections (souvent appelé responsable en hygiène hospitalière dans les hôpitaux). Transmission conforme au besoin signifie que les multiplicateurs peuvent transmettre les contenus de formation de manière adaptée au besoin de connaissance des divers groupes professionnels médicaux et non médicaux (médecins, soignants, physiothérapeutes, personnel de radiologie, management, personnel de la restauration, du nettoyage et technique, etc.). A cet effet, on tiendra compte des besoins et estimations des hôpitaux et des EMS. Des places de formation supplémentaires sont requises pour la formation de base et la formation continue des professionnels de santé en tant que spécialistes. Il n'existe par exemple pas encore en Suisse de formation approfondie en prévention des infections dans le secteur de la santé, mais celui-ci est toutefois prévu dans la planification (cf. *chap. 3.2*). La conduite de la mise en œuvre de cette mesure relève des institutions compétentes selon le niveau de

⁵⁸ Le titre de spécialiste en prévention des infections n'est donc pas un titre officiel, mais fait référence à des professionnels de la santé ayant reçu une formation de base et une formation continue dans ce domaine et acquis ainsi une expertise en prévention des infections.

formation. L'Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) est par exemple compétent pour la définition des programmes de formation post-grade et de formation approfondie pour les médecins.

Renforcer l'importance de la prévention des infections dans la formation continue de l'ensemble du personnel des établissements de santé

L'ensemble du personnel médical et non médical des établissements de santé acquiert le niveau de connaissances requis en matière de prévention des IAS et veille à rafraîchir régulièrement ses connaissances. En tant que multiplicateurs, les spécialistes en prévention des infections accompagnent le personnel dans le cadre de formations continues ainsi que dans la pratique quotidienne.

Prévention des infections auprès du personnel des établissements de santé

Le problème de la prévention des infections est d'ores et déjà partie intégrante de la formation de base et de la formation continue dans le domaine de la santé. Selon le groupe professionnel, le thème de la prévention des infections est détaillé et traité à divers moments de la formation. Dans le cadre de formations continues organisées au sein des établissements de santé, de même qu'à travers la formation informelle (par exemple l'enseignement au lit du patient ou l'accompagnement du personnel sur la place de travail), les multiplicateurs peuvent soutenir le personnel de manière ciblée et lui garantir l'approfondissement nécessaire de ses connaissances.

Avec la mise en œuvre de la mesure, tout le personnel est davantage sensibilisé au thème de la prévention des infections, ceci dans l'objectif que tous les collaborateurs des hôpitaux et des EMS accordent une importance accrue au problème, et étudient, puis prennent les mesures de prévention de leur propre chef. Cela vaut également pour les aspects de la sécurité du travail et de la protection de la santé en relation avec la prévention des infections.

L'établissement d'une culture de la prévention des infections contribue aussi au renforcement de l'attrait de la discipline « Prévention des infections » au cours des études de médecine et de la formation en soins infirmiers. Les objectifs d'apprentissage des cursus de formation continue sont contrôlés par l'institution en charge et, le cas échéant, mis à jour dans un premier temps. Les modules d'enseignement doivent si possible être confiés à des spécialistes en prévention des infections. A cet effet, les acteurs responsables requièrent alors des ressources personnelles et financières.

Institutionnaliser la formation des collaborateurs dans le domaine de la prévention des infections

Les comités de direction des établissements de santé s'engagent pour que leur personnel s'active à renforcer sa conscience du problème des IAS. Ils encouragent activement cette attitude via des offres spécifiques de perfectionnement.

Soutenir le perfectionnement

Dans chaque établissement de santé suisse, la formation continue des collaborateurs dans le domaine de la prévention des infections constitue une partie intégrante du système de gestion de la qualité interne à l'exploitation. Les collaborateurs et les supérieurs formulent ensemble des objectifs de formation, selon leur niveau de connaissances personnel dans le domaine de la prévention des infections, et vérifient leur réalisation. Afin que la direction puisse soutenir activement les collaborateurs lors de leur acquisition du savoir, l'offre de cours sur les IAS est également développée spécialement pour les responsables hospitaliers et d'EMS. On pourrait aussi en-

visager des séances de formation mixtes (*blended learning*) pour des groupes composés de représentants de diverses professions. Le matériel pédagogique nécessaire est élaboré par les établissements de santé au niveau national et mis à la disposition aux fins de la formation interne.

La mesure a pour but de renforcer la conscience de la prévention des infections au niveau de la direction des établissements de santé, et de clarifier son utilité à court et à long terme pour leur institution. Outre l'attrait des divers établissements de santé par l'offre de formation complémentaire et le savoir-faire ainsi acquis en matière de qualité, la mesure stimule la concurrence entre les établissements.

FR-2 Promotion de la recherche

Ancrer le thème des IAS dans la promotion de la recherche

Les acteurs de la recherche et de la promotion de l'innovation au niveau national et local sont invités à lancer toujours plus d'appels d'offre sur le thème des IAS et d'identifier les lacunes actuelles de la recherche. Les cantons saisissent l'occasion d'exercer leur influence sur la future orientation de la recherche dans le domaine de la santé, en raison de leurs contrats de prestation avec les hautes écoles.

La recherche sur les IAS (en particulier la recherche de base et la recherche sur les services de santé) doit être encouragée par la mise à disposition de moyens tiers par des organisations de la promotion de la recherche et de l'innovation. Elle s'effectue dans les institutions de recherche.

Pour que des idées de nouveaux produits de niche puissent voir le jour, les partenaires de la pratique (industrie, associations, administration, etc.) devront, à l'avenir, être davantage impliqués dans la recherche en qualité d'utilisateurs potentiels et intégrés dès la génération des idées. Ces partenaires apporteront des ressources supplémentaires au projet et contribueront à la communication et à la mise en œuvre des résultats.

Promotion de la recherche

FR-3 Nouvelles technologies et assurance qualité

Calculer les coûts, l'efficacité et la sécurité des nouvelles technologies, renforcer l'assurance de la qualité

Des bases de décision qui permettent aux utilisateurs des technologies d'évaluer les coûts, l'efficacité et la sécurité des avancées technologiques avant leur lancement sont élaborées. Pour ce faire, des données de mesure factuelles sont définies et appliquées.

Pour réduire les IAS, on propose régulièrement de nouvelles mesures et technologies (p. ex. cathéter avec revêtement antibactérien spécial), dont la relation coûts/efficacité et les effets sur la sécurité des patients, des résidents et du personnel sont souvent difficiles à évaluer. Actuellement, de nombreux établissements de santé ne disposent pas des moyens nécessaires pour découvrir et tester les innovations réellement efficaces et profitables. Les aides à la décision élaborées par des experts (p. ex. de Swissnoso+, des hautes écoles spécialisées ou des universités) et des recommandations en résultant, permettent d'éviter des nouveautés inutiles ou des erreurs d'investissement.

Nouvelles technologies et assurance qualité

7 Aspects de la mise en œuvre

7.1 Priorités de la mise en œuvre et implication des acteurs

L'OFSP se charge de la planification détaillée de la mise en œuvre de la stratégie, avec le concours de spécialistes de la prévention des infections, de leurs différentes organisations et d'autres acteurs concernés. Les expériences et connaissances déjà accumulées ainsi que les structures, mesures et programmes de surveillance, de prévention et de lutte contre les IAS existants pourront ainsi être pris en compte au mieux dans la mise en œuvre.

Plan de réalisation

En plus de la durée de validité, le plan de mise en œuvre résultant de ce processus participatif présentera un calendrier précis pour la réalisation des différentes mesures, délèguera clairement les compétences et responsabilités (y c. le financement), chiffrera les conséquences financières directes et indirectes et définira un ou plusieurs indicateurs pour chaque mesure, grâce auxquels le taux de réalisation des objectifs pourra être périodiquement contrôlé. L'état effectif des structures, mesures, programmes et autres ressources a été recensé en 2014/2015, en guise de base importante pour l'élaboration de la stratégie, mais aussi pour la planification consécutive de la mise en œuvre.⁵⁹

Les mesures ne seront pas mises en œuvre simultanément, mais dans un ordre logique fondé sur l'urgence, l'importance et leur contribution à la réalisation des objectifs. Les mesures suivantes devraient être engagées en priorité selon la Confédération :

Mesures importantes
dans l'optique de la
Confédération

- Réaliser l'étude de suivi (cf. *chap. 7.5*) – dès 2016
- Développer les structures (organe de coordination de la loi sur les épidémies, Swissnoso+) et clarifier les compétences [champ d'action Gouvernance] – dès 2016
- Recruter les décideurs aux niveaux cantonal et hospitalier comme défenseurs prestigieux de la mise en œuvre de la stratégie NOSO [champ d'action Prévention et lutte] – dès 2016
- Enrichir la surveillance actuelle des infections du site chirurgical (Swissnoso/ANQ) avec d'autres IAS de façon modulaire [champ d'action Monitoring] – dès 2016 et années suivantes
- Elaborer des directives nationales en matière de prévention et de lutte contre les IAS [champ d'action Gouvernance] – dès 2016 et années suivantes
- Former le personnel à la surveillance de manière adéquate [champ d'action Formation et recherche] – dès 2017 et années suivantes
- Sensibiliser les patients et les visiteurs [champ d'action Prévention et lutte] - dès 2017 et années suivantes

La surveillance est jugée prioritaire par la Confédération et doit être développée dès que possible. Il s'agit d'enrichir la surveillance actuelle des infections du site chirurgical de façon modulaire et de créer une surveillance nationale des types d'infections les plus fréquents. En font partie :

- les bactériémies sur cathéter (septicémies),
- les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (inflammation des poumons),
- les infections des voies urinaires associées à la pose d'un cathéter.

⁵⁹ Les résultats de l'analyse de l'état initial sont disponibles sur www.bag.admin.ch/fr/noso

7.2 Fondements juridiques

La gestion du système de santé suisse repose sur le fédéralisme. Les cantons ont des compétences étendues en matière de santé, p. ex. en ce qui concerne les soins hospitaliers, l'exercice des professions de santé, la promotion de la santé et les missions de la police sanitaire. La Confédération n'est en revanche compétente pour réglementer un domaine thématique que si la Constitution fédérale lui en attribue la compétence : cela concerne p. ex. la lutte contre les maladies transmissibles, l'assurance obligatoire des soins ainsi que la procréation médicalement assistée et la médecine de la transplantation. Les domaines de compétence de la Confédération et des cantons sont toutefois fortement imbriqués.

Remarque préliminaire

L'analyse des fondements juridiques de cantons sélectionnés (BE, BS, ZH, VD) montre qu'il existe une obligation d'autorisation pour pouvoir exploiter un hôpital ou une clinique. Afin d'obtenir une autorisation d'exploitation, les hôpitaux et les cliniques doivent généralement garantir des soins adéquats aux patients. Cela implique également que les établissements disposent des locaux et installations appropriés et respectent les normes générales d'hygiène. Les institutions soumises à autorisation sont placées sous la surveillance sanitaire des cantons. Dans le pire des cas, il est possible de retirer les autorisations ou d'imposer des restrictions. On doit également procéder à des mesures de contrôle et de surveillance dans le cadre des IAS et des flambées. Des obligations ou des prescriptions spécifiques pour la prévention et la lutte contre les IAS peuvent ainsi être adressées aux hôpitaux. Les contrevenants s'exposent à des sanctions.

Droit cantonal

Il est du ressort exclusif des cantons de prescrire des conditions spécifiques, par exemple une obligation d'autorisation, pour l'exploitation des établissements de santé. Les conditions concrètes varient également d'un canton à l'autre et la Confédération n'a aucun moyen d'intervention dans ce domaine. Certains cantons possèdent des directives qui définissent les conditions selon lesquelles les hôpitaux peuvent obtenir une autorisation d'exploiter (p. ex. VS).

Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie, un sondage a été mené en février 2015 auprès de toutes les directions de la santé cantonales afin de répertorier les activités existantes et prévues concernant les IAS, et de demander quels fondements juridiques, quels accords et quelles instructions existent déjà.⁶⁰ Huit cantons indiquent disposer de bases juridiques spécifiques en matière de surveillance, prévention et lutte contre les IAS. Les bases mentionnées englobent aussi bien des lois cantonales sur la santé (NE, SG, VS, ZG) qui réglementent de manière générale la lutte contre les maladies transmissibles, que des lois sur les hôpitaux (SZ) et des réglementations concernant les listes d'hôpitaux (AG, SO) qui fixent des exigences de qualité. Dans le canton de Zurich, un arrêté du Conseil d'Etat oblige les hôpitaux figurant dans la liste des soins aigus à surveiller les IAS. Quinze cantons (AG, AR, BE, BS, FR, GR, JU, LU, OW, SG, SO, SZ, VD, VS, ZG) indiquent que d'autres accords passés avec les prestataires portent sur la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS, ou que ce domaine fait partie intégrante des contrats de prestations. Parmi ces cantons, cinq (AR, BE, LU, SO, ZG) précisent que des mandats de prestations obligent les hôpitaux à participer aux mesures de l'ANQ. Quatorze cantons indiquent que les prestataires (en règle générale les hôpitaux de la liste) sont contraints d'assurer une surveillance des IAS, ou qu'il existe une obligation de communiquer (indépendamment des prescriptions fédérales). Cinq de ces cantons (BE, JU, SG, SO, SZ) citent la surveillance des infections post-opératoires des plaies dans le cadre des mesures de l'ANQ, huit (AG, AR, BS, FR, TI, VD, VS, ZH) citent la surveillance des IAS en

⁶⁰ Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie, un sondage a été mené en février 2015 auprès des directions cantonales de la santé afin de répertorier les activités existantes et prévues concernant les IAS. Les résultats sont récapitulés dans le rapport « Analyse de l'état initial » cité, cf. www.bag.admin.ch/noso.

général, et le canton de Neuchâtel cite la surveillance spécifique du SARM. Cinq cantons (AG, BS, NW, VD, VS) indiquent qu'il existe des directives cantonales portant sur la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS. Deux cantons (SG, ZH) mentionnent l'existence de directives au sein des hôpitaux.

L'analyse des fondements juridiques et les résultats de l'enquête montrent que les réglementations existant au niveau cantonal sur la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS ne sont pas uniformes et ne sont pas toujours spécifiques. La priorité va aux mesures juridiques de la surveillance décrites. Il n'existe par ailleurs ni valeurs seuils, ni critères de contrôle nationaux obligatoires, ni même de directives uniformes pour l'ensemble des hôpitaux.

L'art. 118 Cst. est la disposition centrale du droit de la santé de la Confédération. La Confédération s'y engage à édicter dans des domaines majeurs (p. ex. médicaments, substances psychotropes, produits chimiques, protection contre les rayonnements) des prescriptions visant à la protection de la santé. L'art. 118, al. 2, let. b Cst. autorise la Confédération à lutter contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses. La loi sur les épidémies du 18 décembre 1970 (LEp, RS 818.101) s'appuie sur cette norme de compétence. La loi révisée est entrée en vigueur au 1er janvier 2016.

Droit fédéral

L'art. 117 Cst. confère à la Confédération la compétence de légiférer sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) s'appuie sur cette ordonnance. L'assurance obligatoire des soins constitue le système central d'indemnisation qui prend en charge la plupart des coûts des prestations de santé. Dans les faits, le droit des prestations et des tarifs a une incidence considérable sur l'offre de prestations et la qualité des prestations.

La nouvelle loi sur les épidémies du 28 septembre 2012 (LEp ; RO 2015 1435), qui est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, prévoit les mesures suivantes pour la surveillance, la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins :⁶¹

- *Programmes nationaux* : L'OFSP est chargé d'élaborer un programme national dans le domaine des infections associées aux soins et de la résistance aux agents pathogènes (avec participation des cantons), (cf. art. 5 al. 1 let. b LEp).
- *Surveillance* : En collaboration avec d'autres organes fédéraux et les organes cantonaux compétents, l'OFSP gère des systèmes de détection précoce et de surveillance des maladies transmissibles (cf. art. 11 LEp). A cette fin, la LEp prévoit une obligation de déclarer en cas d'observations de maladies transmissibles (cf. art. 12 LEp). Des expertises épidémiologiques en vue d'évaluer la situation peuvent être exigées des médecins, des hôpitaux, ou des institutions publiques ou privées du système de santé. Afin d'évaluer la situation épidémiologique en lien avec les IAS, certains agents nosocomiaux, par exemple, peuvent être soumis à une obligation de déclarer. L'appréciation de la situation épidémiologique permet d'estimer la fréquence des IAS, d'identifier précocement et de contrôler les évolutions critiques au niveau local ou sur tout le territoire, et d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention locales et nationales. Rappelons que la Confédération, mais aussi l'ANQ participent à la surveillance des IAS. Le plan de mesure ANQ et sa mise en œuvre sont réglés pour les hôpitaux et les cliniques dans les conventions tarifaires et dans les conventions de prestations des cantons. Il s'agit d'une réglementation contractuelle mise en œuvre à l'échelle nationale.

⁶¹ La notion d'*infections associées aux soins* utilisée dans la stratégie a la même signification que la notion d'*infections liées aux soins* évoquée dans la LEp.

- *Prévention* : L'OFSP est chargé de communiquer les informations relatives aux maladies transmissibles. Il lui incombe de publier des recommandations pour des mesures à prendre contre les maladies transmissibles et pour les démarches concernant les agents pathogènes (cf. art. 9 LEp). De telles recommandations peuvent s'adresser au public, à certaines catégories de personnes ainsi qu'aux autorités ou aux institutions. Les recommandations en matière de prévention des IAS représentent un autre domaine d'application possible. En outre, la Confédération et les cantons sont responsables des mesures de contrôle, de réduction et d'élimination des risques de transmission des maladies (cf. art. 19 LEp). L'ordonnance du 29 avril 2015 sur les épidémies (OEep) précise ces mesures. Les hôpitaux, cliniques et autres institutions du système de santé sont ainsi tenus de décontaminer, désinfecter et stériliser leurs dispositifs médicaux afin de prévenir la maladie de Creutzfeldt-Jakob (art. 25 OEep). La section 6 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les dispositifs médicaux (ODim) contient par ailleurs des dispositions plus générales concernant l'utilisation des dispositifs médicaux, notamment à propos de leur retraitement et de leur maintenance. L'OEep prescrit des obligations d'information spécifiques pour les institutions du système de santé, notamment les hôpitaux, les EMS et les cabinets médicaux, afin de prévenir les IAS et les résistances aux antibiotiques. Les institutions doivent informer leurs employés et les personnes travaillant dans ces entreprises, mais aussi les personnes qui entrent en contact avec les patients ou les résidents au sein de l'institution sur la prévention des IAS et des résistances aux antibiotiques. De plus, les institutions citées sont contraintes de mettre à disposition du matériel de prévention et d'information sur la prévention des IAS et la résistance aux antibiotiques, et de prendre les mesures organisationnelles nécessaires afin de limiter les risques de transmission des maladies (cf. art. 29 LEp).
- *Lutte* : Afin de lutter contre les agents pathogènes associés aux soins, les bases légales ancrées dans la LEp peuvent être utilisées pour les mesures classiques en matière d'épidémie (isolement, surveillance médicale, investigations, etc.). Les cantons se chargent également de la désinfection des objets, locaux, etc. potentiellement infectés (cf. art. 30 ss. et 48 LEp).

La loi sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) prévoit les mesures suivantes dans le cadre de l'assurance qualité des prestations :

- *Autorisation des prestations* : les prestations ne sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) que si elles sont efficaces, appropriées et économiques (art. 24 à 31 LAMal, art. 32 et 33 LAMal).
- *Autorisation des prestataires* : sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent certaines conditions en matière de qualité et d'économicité. La planification cantonale des hôpitaux, notamment, joue un rôle partiel important (art. 36 à 40 LAMal). Dans le cadre des contrats de prestations cantonaux pour les hôpitaux, des mesures minimales spécifiques relatives à l'assurance qualité peuvent être imposées (p. ex. respect des prescriptions d'hygiène, établissement d'une commission d'hygiène).⁶²
- *Contrôle de l'économicité et de la qualité des prestations* : différentes normes juridiques dans la LAMal visent à assurer la qualité et l'adéquation (caractère approprié) des prestations (art. 56, 58-59, 59a LAMal). Sur la base de l'art. 58 LAMal, le Conseil fédéral a en outre chargé les fournisseurs de prestations et les assureurs d'élaborer et de mettre en œuvre des concepts et des programmes

⁶² Cf. par exemple le chap. D de l'annexe aux listes zurichoises des hôpitaux 2012 Soins somatiques aigus, Réadaptation et Psychiatrie : exigences générales (version 2015.1).

portant sur les exigences en matière de qualité des prestations et la promotion de la qualité. Des contrôles scientifiques systématiques sont également prévus afin d'assurer la qualité. La qualité fournie doit être prouvée lors de tels contrôles et les données requises à cet effet doivent être collectées et analysées (mesures de la qualité).

Les mesures décrites prévues par la LAMal pour la qualité des soins de santé et la sécurité des patients servent au final également à éviter ou enrayer les IAS.

Il manque toutefois actuellement dans le cadre de la LEp des bases juridiques pour le contrôle des établissements de santé ou pour des prescriptions concrètes et impératives pour les normes d'hygiène en matière d'IAS.

7.3 Ressources et financement

Le succès de la stratégie NOSO suppose le financement des mesures proposées.

**Principes du
financement**

Certaines mesures dans les hôpitaux sont actuellement prises en charge par l'association ANQ et financées par les contributions annuelles basées sur le nombre de sorties des stations de soins intensifs. Ce système a fait ses preuves et doit être maintenu.

Des programmes pilotes pour l'amélioration de la sécurité des patients ont été financés par la Confédération dans le cadre de la *stratégie de qualité*. La Confédération prévoit de développer à l'avenir le financement de tels projets et programmes et de les financer via les primes de l'assurance-maladie. Il est prévu que le Conseil fédéral définisse les thématiques et objectifs à traiter.

Les autres dépenses requises pour une fourniture de prestations efficace et du niveau de qualité requis dans les hôpitaux sont couvertes par le remboursement des prestations. La question des possibilités de financement supplémentaires, dans le cadre des compétences légales en vigueur, se pose en revanche dans le domaine des EMS qui n'ont actuellement que des ressources limitées pour la réduction des IAS.

Le 29 avril 2015, le Conseil fédéral a approuvé du personnel à hauteur de 5 emplois à temps plein et des ressources matérielles de 9,1 millions de francs par an, dans le cadre de la proposition au Conseil fédéral relative à l'entrée en vigueur de la loi sur les épidémies. Sur ce total, 3,3 millions de francs de ressources matérielles et 1,25 postes sont prévus pour la mise en œuvre de la stratégie NOSO dans les milieux stationnaires et ambulatoires. La Confédération participera financièrement aux domaines suivants, conformément à ses compétences relatives à la mise en œuvre de la stratégie NOSO :

- Mise en place et exploitation des modules de surveillance
- Mise en place des modules de prévention
- Information des acteurs et du public
- Elaboration de normes / recommandations
- Evaluation de la stratégie NOSO

L'OFSP déterminera les conséquences financières pour les cantons, hôpitaux et EMS dans le cadre de la planification détaillée des mesures en vue de la mise en œuvre de la stratégie. Les coûts de la planification de la mise en œuvre (conception, coordination) sont à la charge de la Confédération.

Les principes de financement suivants, dont l'orientation est conforme à la stratégie « Santé2020 » votée par le Conseil fédéral début 2013, s'appliquent :

- L'engagement financier des organisations privées doit être augmenté dans l'intérêt d'une mise en œuvre la plus conforme possible aux objectifs. L'utilisation des moyens à disposition de la Confédération et des cantons ne doit en aucun cas

remplacer les fonds privés. Il s'agit par ailleurs d'éviter les incitations erronées et les conflits d'intérêts concernant l'engagement financier des organisations privées.

- Le partage des tâches entre les différents niveaux de l'Etat est primordial pour la répartition financière des coûts entre la Confédération et les cantons du coût résiduel des mesures. Les transferts de charge entre la Confédération et les cantons doivent être évités. En termes de répartition des coûts, le principe de l'équivalence fiscale (principe du bénéficiaire) doit être dûment pris en compte.

Sur la base des principes énoncés plus haut, les modalités de financement doivent être réglées avec les cantons, les acteurs intéressés dans le cadre de la planification de la mise en œuvre.

7.4 Communication

Un deuxième concept de communication sera élaboré avant la phase de mise en œuvre afin d'informer les groupes-cibles des messages-clés de la stratégie et de sa mise en œuvre (cf. mesure PL-1). Ce concept s'appuiera sur le premier document développé par l'OFSP pour l'élaboration de la stratégie.

Concept de communication

L'accent doit être mis sur le soutien à l'objectif stratégique dans le cadre de la communication. Il faudra veiller à proposer une campagne d'information et de sensibilisation permettant d'accroître et de renforcer la conscience du problème et de la nécessité d'agir auprès des groupes-cibles concernés. Au cas où une telle campagne serait proposée, les synergies avec d'autres campagnes de communication de l'OFSP devraient être clarifiées. Le concept qui, parmi d'autres contenus importants, devrait également inclure des indications quant à la communication sur l'état de la mise en œuvre sera élaboré avec le concours des principales parties prenantes de la stratégie NOSO. Conformément à l'art. 3 LEp, la régie incombe à l'OFSP.

7.5 Evaluation

Conformément à l'art. 81 de la loi sur les épidémies révisée, le Conseil fédéral contrôle régulièrement l'efficacité, l'utilité et la rentabilité des mesures. Ceci est également applicable à l'évaluation de la stratégie.

Rapport intermédiaire

Le contexte sera mis à jour au début de la phase de mise en œuvre, en déterminant les taux d'infection actuels (étude de suivi).

Les mesures seront ensuite régulièrement évaluées avec le concours de spécialistes ; l'évolution des coûts sera contrôlée à cette occasion. Un rapport intermédiaire est prévu deux à quatre ans après l'adoption de la stratégie. Il permettra, au besoin, d'apporter des ajustements aux travaux de mise en œuvre.

Le rapport intermédiaire devra répondre en particulier aux questions suivantes :

- Les objectifs peuvent-ils être atteints ?
- Les étapes de mise en œuvre appropriées ont-elles été entreprises ?
- Les instruments et les mesures sont-ils efficaces et efficients ?
- Quelles conclusions et recommandations sont tirées pour un ajustement éventuel de la stratégie, de ses objectifs et des mesures ?

Huit ans après l'adoption de la stratégie, une évaluation globale portant sur la réalisation et l'efficacité sera réalisée (au sens de l'art. 170 Cst.). Le rapport intermédiaire et l'évaluation globale prendront en compte dans leur analyse les modifications du contexte national et international. Les partenaires participant à la mise en œuvre de la stratégie seront informés des résultats de toutes les évaluations.

Evaluation globale

A partir des rapports d'évaluation, il faudra vérifier, au sens du Public Health Action Cycle, dans quelle mesure les objectifs auront été atteints et quels bénéfices pour la santé ils auront permis d'atteindre. Des ajustements de la mise en œuvre seront entrepris sur la base de ces conclusions. Le cas échéant, ces conclusions pourront être intégrées dans la formulation d'une nouvelle stratégie.

**Public Health Action
Cycle**

8 Remerciements

La stratégie NOSO a été élaborée en étroite collaboration avec les acteurs. L'Office fédéral de la santé publique remercie les institutions ci-dessous qui ont participé aux ateliers et tables rondes d'experts consacrés à l'élaboration de la stratégie. Il remercie également toutes les personnes qui ont notamment collaboré aux groupes d'experts et d'accompagnement et qui ne sont pas citées nommément ici.

3M Schweiz AG

ACSI – Associazione Consumatrici e Consumatori della Svizzera Italiana

AMCS – Association des médecins cantonaux de Suisse

ANQ – Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

APSI – Association Suisse pour les sciences infirmières

ASI – Association suisse des infirmiers et des infirmières

ASS – Association Suisse des Stomathérapeutes

CDS – Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CHUV – Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CURAVIVA Association des homes et institutions sociales suisses

fibs – Fachexperten/-innen Infektionsprävention & Berater/-innen Spitalhygiene (anciennement DIBIS)

FMH – Fédération des médecins suisses

FSAS – Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé

FSP – Fédération Suisse des Patients

GZO Spital Wetzikon

H+ - Les hôpitaux de Suisse

HEIG-VD – Haute École d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud

HESB – Haute école spécialisée bernoise, département Santé

Hôpital de Nyon

HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève

Institut für Lebensmittelsicherheit und -hygiene der Universität Zürich

OSP – Fondation Organisation suisse des patients

PIGS – Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland

santésuisse

Sécurité des patients Suisse

senesuisse – Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées

SIM – Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances

SIPI – Spécialistes infirmiers en prévention de l'infection

SSAR – Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation

SSC – Société suisse de chirurgie

SSG – Société Suisse de Gastro-entérologie

SSGO – Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique

SSHH – Société Suisse d'Hygiène Hospitalière

SSI – Société Suisse d'Infectiologie

SSM – Société Suisse de Microbiologie

SSMI – Société Suisse de Médecine Intensive

SSP – Société Suisse de Pédiatrie

SSSP – Société suisse des médecins spécialistes en prévention et santé publique

Stadtspital Triemli, Zurich

Swissmedic (Institut suisse des produits thérapeutiques)

Swissnoso

Universität Basel - Institut für Pflegewissenschaft

USZ – Universitätsspital Zürich

ZHAW – Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

9 Annexes

9.1 Abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et cliniques
anresis.ch	Centre suisse pour le contrôle de l'Antibiorésistance
AOS	Assurance obligatoire des soins
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Cst.	Constitution fédérale
DRG	Groupes de cas par diagnostic (diagnosis-related groups)
DVC	Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les EMS dans l'assurance-maladie, RS 832.104
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EMS	Etablissement médico-social
FMH	Fédération des médecins suisses
GRIPS	Stratégie nationale de prévention de la grippe saisonnière
HAI-Net	Healthcare-associated Infections Surveillance Network
HTA	Health Technology Assessment
IAS	Infections associées aux soins
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10
LEp	Loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies), RS 818.101
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102
ODim	Ordonnance du 17 octobre 2001 sur les dispositifs médicaux, RS 812.213
OEp	Ordonnance du 29 avril 2015 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur les épidémies), RS 818.101.1
OFAG	Office fédéral de l'agriculture
OFEV	Office fédéral de l'environnement
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé (World Health Organization)
Ortra	Organisations du monde du travail
OSAV	Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires
RS	Recueil systématique
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
SNV	Stratégie nationale de vaccination
SSHH	Société Suisse d'Hygiène Hospitalière
SSI	Infections du site chirurgical (infections des plaies post-opératoires)
StAR	Stratégie Antibiorésistance Suisse
UE	Union européenne

9.2 Glossaire

Adhérence	Disposition des collaborateurs, patients, résidents et visiteurs d'un établissement de santé à respecter les directives et les instructions en vigueur. Contrairement à la → <i>compliance</i> qui est passive, la notion d'adhérence fait appel à la responsabilité personnelle de l'individu.
Agents pathogènes	Micro-organismes naturels (p. ex. virus, bactéries, champignons, protozoaires et autres parasites), substances ou organismes modifiés génétiquement (p. ex. prions et toxines), qui sont à l'origine d'une → <i>maladie transmissible</i> ou peuvent aggraver celle-ci.
Agents pathogènes potentiellement dangereux	Sont qualifiés de potentiellement dangereux les agents pathogènes dont la présence est difficile à éviter dans les établissements de santé et pour lesquels le traitement est compliqué ou impossible du fait de facteurs microbiologiques tels que la résistance, la virulence et la capacité de survie.
Agents pathogènes multi-résistants	Bactéries résistant simultanément à plusieurs → <i>antibiotiques</i> grâce à une structure chimique différente et/ou des mécanismes d'action différents.
Antibioprophylaxie	Utilisation d'→ <i>antibiotiques</i> dans le but d'éviter une infection potentielle dans des phases ou des situations présentant un risque d'infection accru (notamment avant ou pendant une opération).
Antibiotiques	Substances naturelles ou de synthèses capables de détruire les bactéries ou de freiner leur multiplication. Dans la médecine humaine, les antibiotiques sont utilisés pour le traitement des maladies d'origine bactérienne.
Benchmarking	Méthode qui permet de comparer entre elles les prestations des divers établissements de santé via l'analyse des processus et des fonctions. Les méthodes et les procédures les plus efficaces (→ <i>bonnes pratiques</i>) deviennent l'échelle de référence (valeur de comparaison et de référence). Le benchmarking a pour objectif de pousser les établissements de santé à adapter ou à optimiser leurs processus.
Bonnes pratiques	Méthodes, pratiques ou procédures déjà prouvées comme étant optimales et/ou faisant office de modèle.
Care bundle	Petit paquet de mesures destiné aux médecins, soignants et personnels d'assistance, regroupant un nombre restreint d'actions et d'étapes précises qui, si elles sont parfaitement respectées, doivent mener à l'amélioration souhaitée de l'état de santé du patient.
Colonisation	Ensemble des micro-organismes qui vivent au niveau de la surface interne et externe du corps de l'homme en tant que germes résidents, normalement sans entraîner de symptôme de maladie. La personne colonisée n'est pas considérée comme malade mais peut tout de même contaminer des personnes de son entourage.
Compliance	Respect des directives et des instructions par les collaborateurs, les patients et les visiteurs, au sein des établissements de santé (cf. → <i>adhérence</i>).
Données objectives	Démonstration empirique de l'efficacité d'une procédure, d'une forme de traitement, etc.
Epidémie	Survenue d'une infection chez deux personnes ou plus (simultanément à un traitement médical hospitalier) avec suspicion d'un lien épidémiologique. Sont également interprétées comme une flambée les situations où la multiplication des cas constatés est plus rapide qu'attendu.
Epidémie	Apparition concentrée dans le temps mais limitée géographiquement d'une maladie infectieuse. D'un point de vue épidémiologique, on parle d'épidémie quand le nombre de nouveaux cas de maladie augmente au cours d'une période donnée.

Etablissement médico-social	(Selon l'art. 39, al. 3, LAMal) Etablissement, institution et division d'établissement ou d'institution qui prodigue des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée. En comparaison avec les maisons de retraite qui ne garantissent en règle générale qu'une infrastructure de type hôtel et parfois des animations, les EMS offrent également des structures pour le suivi et les soins médicaux.
Health Technology Assessment	Processus d'évaluation scientifique systématique des mesures pertinentes pour la santé, des technologies et des aides médicales. Cet examen porte en priorité sur l'efficacité, la sécurité et l'économicité de l'intervention de santé. Les résultats servent de base pour les décisions relatives au système de santé, p. ex. avant des investissements ou des traitements médicaux.
Hôpital	(Selon l'art. 39, al. 1, LAMal) Etablissement, ou ses divisions, qui sert au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, de mesures médicales de réadaptation.
Immunosuppresseurs	Médicaments qui bloquent le fonctionnement du système immunitaire (p. ex. pour éviter un rejet suite à une greffe ou limiter les symptômes d'une maladie auto-immune). Ils conduisent à une limitation générale des mécanismes de défense, ce qui augmente le risque d'infection.
Incidence	Nombre de personnes d'une catégorie de population qui développent la maladie au cours d'une période définie (cf. → <i>prévalence</i>).
Indicateurs d'outcome	Groupe d'→ <i>indicateurs de qualité</i> qui représente de manière quantitative les résultats des mesures spécifiques à une institution en matière de surveillance, de prévention et de lutte contre les → IAS. L'indicateur de résultat le plus important dans le domaine des IAS est leur fréquence.
Indicateurs de processus	Groupe d'→ <i>indicateurs de qualité</i> qui représente de manière quantitative les procédures d'un établissement de santé en matière d'→ IAS. Parmi les indicateurs de processus figurent la proportion de désinfections des mains correctement réalisées dans un département, ou l'administration dans les délais de l'→ <i>antibioprophylaxie</i> préopératoire. L'évaluation des indicateurs de processus permet de recueillir des informations pouvant contribuer à l'optimisation des processus, et, au final, à l'amélioration des résultats (→ <i>indicateurs d'outcome</i>).
Indicateurs de qualité	Chiffres qui se rapportent de manière générale aux résultats (→ <i>indicateurs d'outcome</i>), aux processus (→ <i>indicateurs de processus</i>) ou aux structures (→ <i>indicateurs structurels</i>) d'un établissement de santé. Les indicateurs de qualité peuvent également s'intéresser à la survenue des → IAS pouvant être évitées grâce à l'exécution correcte du traitement ou à d'autres processus.
Indicateurs structurels	Groupe d'→ <i>indicateurs de qualité</i> qui représente de manière quantitative les structures organisationnelles d'un établissement de santé. Dans le domaine des → IAS, un indicateur de structure est par exemple le rapport entre le nombre de personnes qualifiées pour la prévention des infections et le nombre de lits dans un hôpital.
Infectiologie	Science et enseignement des maladies infectieuses qui se développent par la pénétration dans le corps humain d'organismes tels que les bactéries, les virus, les parasites et les champignons, et de leur multiplication.
Infection exogène	Transmission d'un → <i>agent pathogène</i> au patient depuis l'extérieur (par opposition aux infections endogènes qui se développent à l'intérieur du corps).
Infections associées aux soins (IAS)	Infections contractées durant un séjour dans un établissement de santé, souvent en relation avec une mesure diagnostique, thérapeutique ou de soins. Des exemples de telles mesures sont les interventions chirurgicales invasives, la pose d'un cathéter ou d'une sonde urinaire, ou le placement sous respiration artificielle. Mais les IAS peuvent

	aussi être le fait des seules circonstances du séjour dans l'institution, par le biais d'agents pathogènes présents dans l'air ou sur les surfaces. Les formes d'IAS les plus fréquentes sont les infections des voies urinaires, suivies par les infections des voies respiratoires (pneumonie), les infections des plaies suite à une intervention chirurgicale et les bactériémies.
Infections nosocomiales	(Du grec : νόσος « maladie » et κομᾶν « soigner ») : Infections contractées dans un établissement de santé dans le cadre d'un traitement médical, de soins ou dans d'autres circonstances du séjour (→ <i>agents pathogènes</i> présents dans l'air p. ex.). Dans la présente stratégie, la notion d'→ IAS est utilisée dans le sens d'infections nosocomiales.
Lutte	Ensemble des mesures visant à stopper la propagation d'une → <i>maladie transmissible</i> . Cela inclut, entre autres, la surveillance médicale de la ou des personnes concernées (déjà infectées), l'interdiction de travailler ou de pratiquer une activité, et la mise en isolement dans un établissement de santé ou encore la décontamination.
Maladie transmissible	Maladie transmise à l'humain par le biais d'→ <i>agents pathogènes</i> ou de leurs produits toxiques.
Monitoring	Processus continu de recueil, gestion, analyse et communication de données. Dans le domaine nosocomial, font partie du monitoring la → <i>surveillance</i> systématique des → IAS et des → <i>agents pathogènes</i> pertinents, et l'observation systématique des processus et des structures en place dans l'établissement de santé qui contribuent à la réduction du nombre d'infections. Les conclusions du monitoring peuvent servir de base pour l'élaboration de mesures visant à réduire le nombre d'→ IAS. Elles peuvent cependant également servir à constater l'évolution épidémiologique, en particulier à mesurer l'efficacité d'une mesure déjà en place.
Prévalence	Proportion des personnes malades ou infectées dans une catégorie de la population à un moment donné (cf. → <i>incidence</i>)
Prévention	Ensemble des mesures visant à prévenir et éliminer les risques de transmission des maladies.
Prévention des infections	Désigne au sens strict la → <i>prévention</i> face aux infections. Englobe au sens plus large, c'est-à-dire comme spécialité d'enseignement ou d'étude, la → <i>surveillance</i> , la → <i>prévention</i> et la → <i>lutte</i> contre les → IAS.
Principe bottom-up	L'approche bottom-up utilisée dans la présente stratégie s'appuie sur la conclusion (1) qu'il existe des compétences, des connaissances et des capacités à tous les niveaux de la hiérarchie et (2) que l'implication de tous les niveaux (selon le contexte : des établissements de santé, des collaborateurs, etc.) améliore l'efficacité de la stratégie.
Procédures invasives	Mesures médicales de diagnostic ou de traitement pour lesquelles un appareil ou un cathéter est introduit dans les tissus du patient. Les procédures invasives classiques sont les opérations et les ponctions.
Public Health Action Cycle	Avec ses quatre phases, le <i>Public Health Action Cycle</i> offre une base pour la planification stratégique. Les phases sont les suivantes : (1) saisie et analyse des problématiques de santé de la population (<i>assessment</i>) ; (2) élaboration de stratégies d'intervention de la politique sanitaire (<i>policy development</i>) ; (3) mise en œuvre de ces stratégies dans le système de santé (assurance), et (4) vérification de l'acceptation et de l'efficacité (évaluation).
Public reporting	Publication de données sur la fréquence des → IAS dans certains établissements de santé ou l'ensemble de celles-ci, et sur les mesures prises.
Recherche comportementale	Partie de la biologie qui étudie entre autres le comportement humain. Dans le cadre des → IAS, les spécialistes du comportement cherchent en particulier quels sont les facteurs

	qui favorisent une modification du comportement dans la direction souhaitée (p. ex. désinfection des mains plus fréquentes dans les chambres des patients).
Résistance aux antibiotiques	Caractéristiques des bactéries qui leur permettent d'atténuer, voire de neutraliser totalement, l'effet des → <i>antibiotiques</i> .
Risque extrinsèque	Risque d'apparition d'une infection dans le cadre, notamment, d'une intervention chirurgicale, de la pose d'un cathéter ou de la prise d'→ <i>immunosuppresseurs</i> inhibant le fonctionnement du système immunitaire.
Risque intrinsèque	Risque d'apparition d'une infection dans le cadre de données spécifiques au patient, comme une défense immunitaire affaiblie ou des maladies de base déjà présentes.
Santé2020	Le rapport adopté en janvier 2013 par le Conseil fédéral définit les priorités de la politique de santé suisse jusqu'en 2020. Il comprend 36 mesures qui sont réparties entre quatre domaines d'action et qui seront mises en œuvre progressivement. Ces mesures reposent sur douze objectifs et permettent de préparer de manière optimale le système de santé de la Suisse aux défis actuels et futurs.
Surveillance	Observation systématique et continue, ainsi que saisie, analyse et interprétation de données concernant notamment les → <i>maladies transmissibles</i> (et dans ce cadre les → <i>agents pathogènes</i> , les modes de transmission, les maladies, les cas de décès, etc.) avec pour objectif déclaré de tirer de ces observations des conclusions appropriées quant aux mesures pertinentes à prendre. La surveillance fait partie du → <i>monitorage</i> .
Traitement ambulatoire	Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 5 OCP les traitements qui ne sont pas réputés → <i>hospitaliers</i> . Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également considérés comme un traitement ambulatoire.
Traitement de longue durée	Sont réputés traitements de longue durée au sens de l'art. 6 OCP les séjours à l'hôpital ou dans un EMS ne nécessitant pas, selon l'indication médicale, un traitement et des soins ou une réadaptation médicale à l'hôpital.
Traitement hospitalier	Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 3 OCP, les séjours : a. d'au moins 24 heures ; b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit ; c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital ; d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital ; e. en cas de décès. Tous les traitements qui ne satisfont pas à ces exigences sont qualifiés d'→ <i>ambulatoires</i>. Ainsi, les séjours répétés dans une clinique de jour ou de nuit qui étaient affectés au domaine semi-hospitalier jusqu'à l'adaptation de la LAMal et la révision correspondante de l'OCP du 22 octobre 2008 sont considérés comme des prestations ambulatoires.

Impressum :

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Editeur : Office fédéral de la santé publique

Numéro de publication OFSP : 2016-OEG-14

Date de publication : mars 2016

Publication également disponible en allemand et en anglais.

Vous trouverez davantage d'informations sur la stratégie NOSO
et la présente publication sur www.bag.admin.ch/NOSO

Diffusion : BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern
www.publicationsfederales.admin.ch
Numéro de commande : 316.528.f