

# Évaluation formative de la stratégie NOSO

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP

## Résumé du rapport final

Christian Rüefli

Michèle Gerber

Berne, 7 octobre 2022

## Impressum

Mandataire:	Office fédéral de la santé publique, Service Évaluation + Recherche
Durée de l'évaluation:	Septembre 2021 - octobre 2022
Durée de la collecte des données:	Octobre 2021 - mai 2022
Direction du projet Büro Vatter:	Christian Rüefli
Collaboration scientifique:	Michèle Gerber
Direction du projet d'évaluation à l'OFSP:	Tamara Bonassi, Service Évaluation et recherche
Groupe d'accompagnement et groupe de pilotage:	Une liste des membres du groupe d'accompagnement et du groupe de pilotage de l'évaluation se trouve en annexe du rapport final.
Méta-évaluation:	<p>L'OFSP a confié l'élaboration du rapport résumé dans le présent document à un mandataire externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. L'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent par conséquent diverger de l'avis et de la position de l'OFSP.</p> <p>Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation par le service Évaluation et recherche (E+R) de l'OFSP. La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SE-VAL). Le résultat de la méta-évaluation a été transmis à l'équipe d'évaluation et a été pris en compte dans le présent rapport.</p>
Diffusion:	Office fédéral de la santé publique, Service Évaluation et recherche (E+R), 3003 Berne <a href="http://www.bag.admin.ch/rapports-evaluation">www.bag.admin.ch/rapports-evaluation</a>
Traduction:	Traduit de l'allemand par le Büro Vatter
Proposition de citation:	Rüefli, Christian et Gerber, Michèle (2022). Évaluation formative de la stratégie NOSO - Résumé. Berne: Office fédéral de la santé publique.
Adresse de correspondance:	Büro Vatter, Politikforschung & -beratung Gerberngasse 27 CH-3011 Bern

## Abstract

La stratégie NOSO (Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins [IAS]) est mise en œuvre depuis 2016. L'évaluation formative détermine l'état de la mise en œuvre, les premiers effets ainsi que l'opportunité des mesures et de la gouvernance. Elle identifie les facteurs contextuels entravant ou favorisant la mise en œuvre de la stratégie, ainsi que les besoins d'optimisation et donne des recommandations pour l'adaptation de la mise en œuvre de la stratégie. L'évaluation se fonde sur l'analyse de documents relatifs à la conception, à la mise en œuvre et au pilotage de la stratégie et de ses mesures, sur 34 entretiens avec des membres des organes de projet, des acteurs de la mise en œuvre et des parties prenantes, ainsi que sur une enquête en ligne auprès des directions de 64 hôpitaux de soins aigus.

L'évaluation formative montre que la stratégie NOSO a permis de poursuivre et d'étendre les activités déjà existantes de surveillance, de prévention et de lutte contre les IAS. Les capacités limitées en personnel tant du côté de la direction de projet à l'OFSP que du côté des partenaires de mise en œuvre ainsi que la pandémie de COVID-19 ont toutefois retardé la mise en œuvre de nombreuses mesures. Les exigences structurelles minimales en matière d'IAS pour les hôpitaux de soins aigus ont néanmoins permis d'établir une base de référence importante pour les activités dans ce domaine. Ces exigences minimales contribuent à la mise en œuvre de 12 des 16 mesures clés de la stratégie NOSO. Conjugées aux nouvelles dispositions relatives au développement de la qualité dans le cadre de l'assurance-maladie, elles devraient à l'avenir contribuer à stimuler le développement de la prévention des infections, surtout dans les petits et moyens hôpitaux. Jusqu'à présent, les ressources en personnel et organisationnelles ont fait défaut pour mettre en œuvre des mesures destinées aux établissements médico-sociaux. D'un point de vue scientifique, les mesures de la stratégie NOSO sont appropriées. Leur efficacité dépend de la disposition des établissements de santé à les mettre en œuvre. La gouvernance a en principe bien fonctionné durant la première phase de déploiement. Toutefois, afin de favoriser la mise en œuvre future de la stratégie, il convient de renforcer les capacités de la direction de projet, de développer les structures de mise en œuvre, d'élargir le réseau des acteurs impliqués et de clarifier le rôle de certaines organisations partenaires.

L'évaluation débouche sur neuf recommandations au niveau organisationnel, opérationnel et stratégique. Celles-ci visent à promouvoir et à créer de meilleures conditions pour la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

## Mots clés

Infections associées aux soins; prévention des infections; monitoring; hygiène hospitalière; développement de la qualité; soins hospitaliers; Swissnoso; évaluation.

## Situation initiale, objectifs et questions de l'évaluation

La stratégie NOSO (Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins [IAS]) a été approuvée par le Conseil fédéral en mars 2016. Elle a pour objectif de réduire les IAS et d'empêcher la propagation d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS). La stratégie NOSO s'appuie sur les bases et les activités existantes des organisations spécialisées, des sociétés spécialisées, de certains cantons, hôpitaux et EMS et constitue un cadre d'orientation et d'action général pour les activités des différents acteurs dans ce domaine. La stratégie définit 16 mesures clés dans cinq champs d'action (gouvernance; monitoring; prévention et lutte; formation et recherche; évaluation). Celles-ci s'adressent en premier lieu aux hôpitaux et aux EMS. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est responsable de la mise en œuvre; il collabore avec le Centre national de prévention des infections Swissnoso, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les associations des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (H+ et CURAVIVA) ainsi que diverses organisations spécialisées. La stratégie NOSO est en lien avec d'autres stratégies et programmes nationaux de la Confédération, notamment la Stratégie Antibiorésistance Suisse (StAR), la Stratégie nationale de vaccination (SNV), la Stratégie nationale de prévention de la grippe (GRIPS) et la Stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie (stratégie qualité).

En approuvant la stratégie NOSO, le Conseil fédéral a chargé l'OFSP de présenter une évaluation intermédiaire et de rendre compte de la mise en œuvre et des premiers effets de la stratégie. Par conséquent, l'OFSP a confié un mandat d'évaluation externe au Büro Vatter, Politikforschung & –beratung. L'évaluation est formative, c'est-à-dire qu'elle doit offrir des possibilités d'apprentissage et de développement, identifier les potentiels d'optimisation et formuler des recommandations sur la base desquelles des décisions pourront être prises afin d'adapter la stratégie et de poursuivre sa mise en œuvre.

L'évaluation répond à cinq questions principales: 1) Quel est l'état de la mise en œuvre de la stratégie NOSO ? Quels progrès ont été réalisés jusqu'à présent ? 2) Les mesures et les instruments se révèlent-ils appropriés (opportunité) en vue d'atteindre les objectifs d'output et d'outcome formulés dans le modèle d'effets ? 3) Les tâches, les compétences et les responsabilités des partenaires de mise en œuvre sont-elles claires ? La collaboration et la coordination font-elles leurs preuves du point de vue des parties prenantes (gouvernance) ? 4) Quels sont les facteurs contextuels nationaux et internationaux auxquels la stratégie et sa mise en œuvre sont exposées ? 5) Est-il nécessaire d'optimiser la stratégie ou sa mise en œuvre ?

## Sources d'information et enquêtes

L'évaluation s'appuie principalement sur des bases d'informations qualitatives, mais aussi sur quelques données quantitatives. De nombreux documents (document stratégique et proposition de

projet; concept de communication; rapports intermédiaires internes sur l'état d'avancement du projet; procès-verbaux des réunions des organes de projet, des ateliers et des rencontres d'échange; documents de gestion de projet de la direction de projet; listes des participantes et participants aux manifestations; liste des adresses de la newsletter) ont fourni des informations de base sur la conception et la mise en œuvre de la stratégie NOSO. D'autres informations sur la mise en œuvre de la stratégie ainsi que sur les évolutions du contexte ont été fournies par des sites internet et divers rapports de stratégie et d'études. Un élément clé de la collecte d'informations est livré par 34 entretiens semi-directifs individuels et de groupe avec des personnes jouant différents rôles dans la stratégie NOSO (3 responsables de projet à l'OFSP; 16 membres des organes de projet [représentantes et représentants de la CDS et de deux cantons, d'associations et d'organisations spécialisées ainsi que des sections de l'OFSP responsables des stratégies StAR et qualité; 6 interlocutrices et interlocuteurs cantonaux pour le thème NOSO; 8 personnes impliquées dans des activités de mise en œuvre ou des ateliers d'acteurs; 1 spécialiste au niveau international). En accord avec l'association des hôpitaux H+, une enquête en ligne standardisée a été menée auprès des directions de l'ensemble des hôpitaux de soins aigus en Suisse. Sur les 112 hôpitaux invités, 64 (57%) ont participé à cette enquête. Au vu des différentes catégories d'hôpitaux, l'enquête peut être globalement qualifiée de représentative. Une enquête auprès des établissements médico-sociaux n'était explicitement pas prévue dans le mandat d'évaluation. L'évaluation a été réalisée entre septembre 2021 et juin 2022. Les entretiens et l'enquête en ligne ont eu lieu entre mars et mai 2022.

## Résultats

Sur la base des enquêtes présentées, l'évaluation parvient aux conclusions suivantes.

### État de la mise en œuvre et progrès (situation en juin 2022)

Des activités de mise en œuvre sont en cours dans tous les champs d'action de la stratégie NOSO. Les exigences structurelles minimales en matière d'IAS pour les hôpitaux de soins aigus, qui ont été publiées en 2021, représentent un résultat majeur. Elles contribuent à la mise en œuvre de 12 des 16 mesures clés de la stratégie NOSO et fournissent aux hôpitaux de soins aigus un cadre de référence qui bénéficie d'un large soutien professionnel et politique pour l'examen interne et, le cas échéant, l'adaptation de leur situation en matière de prévention des infections. Les cantons peuvent envisager les exigences minimales comme critère de qualité lors de l'admission des hôpitaux sur la liste hospitalière et les assureurs-maladie peuvent exiger leur application dans le cadre de la mise en œuvre des contrats de qualité. Des objectifs opérationnels concrets pour les hôpitaux sont sur le point d'être finalisés. La stratégie NOSO a permis la poursuite et le développement d'activités de Swissnoso déjà existantes, par exemple l'extension de la surveillance à d'autres IAS, des enquêtes de prévalence ponctuelle des infections nosocomiales régulières dans les hôpitaux ou la mise en place de modules d'intervention pour la prévention des infections postopératoires ou des infections des voies urinaires associées aux sondes vésicales. Diverses offres (directives, recommandations,

outils, modules de surveillance et d'intervention, etc.) sont donc disponibles pour soutenir les établissements de santé dans la mise en œuvre de mesures de prévention des infections; d'autres sont en cours d'élaboration. En 2018, Swissnoso a, en outre, été chargé par l'OFSP de mettre en place un centre de compétences pour les études épidémiologiques régionales et nationales en cas de flambées d'IAS. Cette structure de base a permis une réaction rapide lors de la gestion de la pandémie de COVID-19 dans les hôpitaux. La mise en place d'un système de surveillance complet et harmonisé au niveau national par Swissnoso est en cours depuis 2019. Dans le domaine de la formation, des axes pour la suite des travaux ont été définis sur la base d'une analyse de la situation effectuée par un bureau de conseil externe. Ceux-ci-ci n'ont pas pu être poursuivis jusqu'à présent en raison des arrêts dus au COVID-19. Par ailleurs, différents produits de communication de l'OFSP (site internet, newsletter, rapport annuel) s'adressent aux partenaires de mise en œuvre et aux organisations spécialisées.

Deux études pilotes de prévalence ponctuelle des IAS dans les EMS ont été menées dans les cantons de Vaud et de Saint-Gall. Les structures et les ressources faisaient jusqu'à présent défaut pour mettre en œuvre les autres mesures prévues dans le domaine des EMS (étude nationale de prévalence ponctuelle, élaboration d'exigences minimales en matière de prévention des infections).

Par rapport à la planification initiale, de nombreux processus de mise en œuvre sont en retard. Ceci s'explique par l'arrêt de nombreuses activités de mise en œuvre pendant près de deux ans en raison de la pandémie de COVID-19, par les capacités limitées en personnel de la direction de projet à l'OFSP et chez Swissnoso et par le temps requis pour les enquêtes préalables auprès des cantons et des hôpitaux en raison des structures fragmentées et de l'hétérogénéité des conditions techniques et opérationnelles. La collaboration internationale n'a pas pu être développée; les contacts de l'OFSP avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont restés infructueux.

Plusieurs mesures prévues (mise en place d'une plateforme d'accès au savoir, mesures de communication destinées à la population, extension de l'obligation légale de déclaration, ancrage du thème des IAS dans la promotion de la recherche, élaboration de bases pour l'évaluation des nouvelles technologies) ont jusqu'à présent été considérées comme non prioritaires et donc reportées par l'OFSP.

Il existe trop peu d'informations fiables sur les différentes mesures relevant de la seule compétence des établissements de santé pour pouvoir évaluer en toute connaissance de cause l'état de leur mise en œuvre et les progrès réalisés.

## **Premiers effets de la stratégie NOSO**

Il n'existe pas de vue d'ensemble systématique ou quantitative des effets déclenchés jusqu'à présent par la stratégie NOSO auprès des groupes cibles concernés. On peut toutefois constater qu'une évolution dans le sens visé a été amorcée dans certaines dimensions cibles.

Certains cantons ont intégré les exigences structurelles minimales en matière d'IAS dans leurs instruments et processus de pilotage et de surveillance des soins hospitaliers, d'autres se penchent encore actuellement sur la question de savoir comment ils peuvent le faire.

Jusqu'à présent, les activités des établissements de santé dans le domaine de la prévention des infections dépendaient en grande partie de leur propre initiative; il n'existait pas de directives contraignantes ni d'incitations à cet effet. Selon les informations disponibles, de nombreux hôpitaux sont davantage conscients de la problématique des IAS et des discussions et processus sont en cours concernant l'autoévaluation interne et la mise en œuvre des exigences structurelles minimales en matière d'IAS. Cet effet devrait être plus marqué dans les petits et moyens hôpitaux qui, par rapport aux grands hôpitaux de prise en charge centralisée, ont souvent un certain besoin de rattrapage à cet égard. Il n'est pas possible d'évaluer de manière fondée dans quelle mesure les hôpitaux ont pris des mesures concrètes de prévention et de contrôle des IAS ou ont créé ou développé des structures correspondantes. Selon l'enquête en ligne réalisée, une évolution positive a eu lieu dans différentes dimensions d'impact visées par la stratégie NOSO, surtout en ce qui concerne les directives et instructions en matière de prévention des IAS soutenues par la direction de l'hôpital, les audits internes de l'hygiène hospitalière et les plans annuels d'hygiène hospitalière. Il n'est toutefois pas possible d'apprécier dans quelle mesure de tels changements sont directement liés à la stratégie NOSO.

La stratégie NOSO n'a jusqu'à présent guère eu d'effets visibles dans le domaine des EMS, surtout parce qu'aucune mesure concrète ni base d'action n'a encore été élaborée pour ces établissements. Selon les expertes et les experts de ce domaine, la conscience de l'importance de la prévention des infections s'est accrue, mais il est probable que cela soit surtout dû aux expériences faites pendant la pandémie de COVID-19.

Faute d'informations fondées à ce sujet, il n'est pas possible d'apprécier clairement dans quelle mesure des développements dans le sens de la stratégie NOSO ont eu lieu au niveau du personnel des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. On peut supposer qu'une sensibilisation accrue à cette thématique s'est opérée. La stratégie NOSO n'a pas encore eu d'effet sur le comportement des patientes et patients, des résidentes et résidents et des visiteuses et visiteurs des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Jusqu'à présent, aucune mesure ne s'est adressée spécifiquement à ces groupes cibles.

De l'avis des spécialistes, la stratégie NOSO a permis de progresser en termes de qualité du monitoring et de disponibilité des données. Davantage de connaissances sur les IAS sont disponibles depuis 2017, ce qui n'est toutefois pas directement imputable à la stratégie NOSO, mais plutôt à la motivation intrinsèque des membres de Swissnoso pour les activités de recherche et de publication.

Le nombre de personnes abonnées à la newsletter sur la stratégie NOSO, qui existe depuis mai 2019, a augmenté continuellement du simple au triple en trois ans, passant de 205 à 639. La plupart de ces personnes travaillent dans les hôpitaux. Selon l'enquête en ligne, les personnes travaillant

dans les hôpitaux souhaitent des informations pratiques, présentées de manière conviviale et adaptées au groupe cible. Les produits de communication de l'OFSP ne semblent pas couvrir entièrement ce besoin.

## **Facteurs contextuels pertinents pour la stratégie et sa mise en œuvre**

La mise en œuvre et le déploiement des effets de la stratégie NOSO sont favorisés ou entravés par différents facteurs contextuels. Le facteur le plus important à cet égard est la pandémie de COVID-19. Le pilotage de la stratégie ainsi que de nombreuses mesures ont été pratiquement bloqués en 2020 et 2021 car les acteurs concernés étaient fortement impliqués dans la gestion de la pandémie; la mise en œuvre de la stratégie a ainsi été fortement retardée. En revanche, la pandémie de COVID-19 a fait prendre conscience aux établissements de santé et aux services sanitaires cantonaux de l'importance de la prévention et du contrôle des infections, des mesures d'hygiène et des ressources nécessaires pour y parvenir. Cela devrait favoriser à l'avenir la mise en œuvre de la stratégie NOSO et des exigences structurelles minimales en matière d'IAS.

Un facteur contextuel important est l'évolution, depuis 2017, des bases légales et stratégiques du développement de la qualité dans l'assurance-maladie. Les fournisseurs de prestations doivent intégrer les recommandations élaborées dans le cadre de la stratégie NOSO et les exigences structurelles minimales en matière d'IAS pour les hôpitaux de soins aigus dans leurs systèmes de gestion des risques cliniques. L'attention portée aux questions de qualité et la pression exercée sur les fournisseurs de prestations pour qu'ils agissent dans ce domaine ont ainsi augmenté. Les hôpitaux sont davantage incités à mettre en œuvre des mesures dans le sens de la stratégie NOSO. Il existe en outre de nouveaux instruments gérés par la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) pour le financement de programmes et de projets de développement de la qualité. L'exigence d'une contribution propre de 50% pour pouvoir demander des aides financières de la CFQ représente toutefois un obstacle important pour de nombreuses organisations dans le domaine de la prévention des infections. Ces évolutions soutiennent potentiellement les mesures de la stratégie NOSO. Il reste cependant nécessaire de clarifier les compétences et l'interaction entre la stratégie NOSO et la stratégie qualité.

Les facteurs contextuels qui font obstacle sont le manque de ressources de la part des partenaires de mise en œuvre et des services cantonaux pour faire avancer des activités concrètes de projet ou pour remplir les tâches supplémentaires résultant de la stratégie NOSO, ainsi que les compétences et les pouvoirs de décision décentralisés et les différentes conditions et motivations dans les cantons. L'évaluation a en outre permis d'identifier divers facteurs qui entravent l'adoption des mesures et des offres issues de la stratégie NOSO dans les hôpitaux et les EMS: en raison d'une charge de travail et d'une pénurie de personnel déjà élevées, ainsi que des contraintes économiques, les hôpitaux ne sont souvent pas prêts à fournir les efforts supplémentaires en termes de personnel et de finances pour les adaptations opérationnelles, les projets informatiques et les mesures de surveillance et de prévention des IAS. Ces dépenses ne sont pas rémunérées séparément et doivent être couvertes par les recettes d'exploitation. La disposition des directions d'hôpitaux à soutenir et



encourager les mesures de prévention des infections est décisive. Cependant, cela n'est souvent pas considéré comme une priorité; l'utilité des investissements correspondants n'est souvent pas perçue. Au niveau technique (informatique, systèmes d'information clinique numériques), les conditions préalables à la saisie des données de surveillance comme base de décision et au contrôle des améliorations sont souvent défavorables. En outre, à ce niveau il existe une grande diversité parmi les établissements, raison pour laquelle il n'est pas possible de se baser sur une solution informatique uniforme lors de la mise en œuvre de modules de surveillance ou d'intervention.

Comparé aux hôpitaux de soins aigus, les conditions en matière d'exploitation et de personnel (ressources, qualification) pour la prévention des infections sont généralement moins développées dans les EMS; selon les spécialistes du domaine des soins de longue durée, ce thème n'était pas considéré comme très important pour de nombreux établissements jusqu'à la pandémie de COVID-19. Il manque dans ce domaine une structure de soutien spécialisée comparable à Swissnoso, et les incitations et les conditions-cadres réglementaires en faveur des mesures de prévention des infections sont également plus faibles que dans le domaine des hôpitaux de soins aigus.

## **Opportunité des mesures**

Les mesures de la stratégie NOSO qui sont suffisamment concrétisées pour que leur opportunité puisse être évaluée semblent, du point de vue des hôpitaux interrogés, être appropriées pour atteindre les effets visés. Les principaux obstacles sont les facteurs déjà mentionnés ci-dessus comme rendant difficile l'adoption de mesures de la stratégie NOSO dans les hôpitaux. Les défis sont plus importants dans les petits et moyens hôpitaux que dans les grands centres hospitaliers. L'opportunité d'une mesure pour les hôpitaux est donc élevée lorsqu'elle met à leur disposition des outils orientés vers la pratique, qu'elle est aussi simple que possible à mettre en œuvre, qu'elle leur coûte le moins en temps et en argent et qu'elle leur apporte un bénéfice élevé et rapidement perceptible.

Une partie des mesures prévues par la stratégie NOSO dans les champs d'action monitoring, prévention et lutte, et formation et recherche relèvent de la compétence des différents établissements de santé et dépendent de leur propre initiative. Pour autant que l'on puisse en juger, la stratégie ne prévoit pas d'activités concrètes pour stimuler directement la mise en œuvre de ces mesures et déclencher les changements attendus dans les établissements. Cela constitue une lacune dans les chaînes d'effets de ces mesures et limite leur opportunité. On peut toutefois s'attendre à ce qu'une impulsion soit donnée par l'utilisation des exigences structurelles minimales en matière d'IAS par les cantons dans les instruments de pilotage des soins hospitaliers et par les assureurs-maladie dans les contrats de qualité.

L'utilité des exigences structurelles minimales en matière d'IAS est jugée élevée par pratiquement tous les acteurs interrogés. Elles constituent, d'une part, une base de référence scientifique importante et d'autre part, une source de légitimation politique pour les activités de prévention des infections dans les hôpitaux. Leur publication a déclenché des activités concrètes dans le sens de la stratégie NOSO dans de nombreux hôpitaux. Dans ses recommandations sur la planification hospitalière, la CDS recommande aux cantons de rendre les exigences minimales obligatoires pour les hôpitaux. Le caractère obligatoire des exigences minimales sera renforcé si leur respect est contrôlé

par des tiers (cantons, assureurs-maladie). On ne sait toutefois pas encore si, quand ni comment cela sera mis en œuvre.

## Clarté et adéquation de la gouvernance

Les différents organes de projet « Mise en œuvre de la stratégie NOSO » ont joué leur rôle comme prévu dans l'organisation du projet. Leur fonctionnement et l'interaction entre eux étaient en grande partie clairs; aucune difficulté ou désaccord n'est apparu à cet égard. La coordination et la collaboration entre les organisations impliquées ont été décrites comme étant constructives, axées sur les faits, professionnelles et sans conflit.

Les ressources de la direction de projet à l'OFSP ont été limitées à plusieurs égards. Jusqu'en 2020, 60 pour cent de poste étaient disponibles pour cette fonction, et 80 depuis 2021. Deux changements de direction de projet et les périodes de vacance du poste et de pénuries de personnel ont contribué à retarder la mise en œuvre de la stratégie et ont nui à la continuité du pilotage de la stratégie NOSO. De plus, les personnes responsables ont parfois été fortement impliquées dans la gestion de la pandémie de COVID-19 et n'ont guère pu se consacrer à la stratégie NOSO.

L'équipe de projet, composée de représentantes et représentants de différentes unités de l'OFSP, des cantons et d'organisations spécialisées dans la prévention des infections et la qualité hospitalière, a joué son rôle prévu de comité d'accompagnement spécialisé sans compétence décisionnelle. Tous les membres ne sont toutefois pas satisfaits de ce rôle; certains ont déploré un manque de valorisation des contributions apportées. L'équipe de projet fonctionne selon le principe de milice et à titre bénévole, ce qui a entraîné une certaine fluctuation de ces membres, un caractère parfois peu contraignant de la participation et une baisse de motivation chez certains membres. L'équipe de projet se compose principalement de spécialistes; elle comprend peu d'acteurs ayant des responsabilités de mise en œuvre au niveau cantonal, dans les hôpitaux ou dans le domaine de la formation. Le lien entre les organes du projet et le niveau cantonal n'a fonctionné que de manière lacunaire; le flux d'informations entre les services du médecin cantonal et les services responsables des soins de santé n'est pas assuré dans tous les cantons. Certains de ces services peinent à comprendre leur rôle dans la stratégie NOSO.

La direction de projet n'a pas de possibilités directes d'inciter les établissements de santé ou les cantons à entreprendre des activités de mise en œuvre. Les acteurs intermédiaires tels que H+, CURAVIVA ou la CDS jouent donc un rôle important en s'engageant dans leurs cercles respectifs pour la mise en œuvre des mesures de la stratégie NOSO et en les soutenant dans cette démarche. La mise en œuvre de la stratégie NOSO dépend donc fortement de la volonté, de l'engagement et des possibilités des partenaires de mise en œuvre. Or, les capacités en personnel de ces derniers sont souvent limitées. CURAVIVA, par exemple, s'était temporairement retirée des organes de projet et avait réduit sa participation à la mise en œuvre de la stratégie pour des raisons de capacité et parce que d'autres thèmes stratégiques avaient la priorité. Cela a rendu plus difficile l'élaboration et la mise en œuvre de mesures dans le domaine des EMS.

Les organisations désignées par l'OFSP comme partenaires de mise en œuvre ne sont pas toutes effectivement impliquées dans des mesures de mise en œuvre. En particulier les sociétés médicales spécialisées, qui n'ont pas encore été concrètement impliquées, ne savent pas clairement quel rôle la stratégie NOSO prévoit pour elles.

## **Coordination entre les différentes stratégies de l'OFSP**

Les stratégies NOSO, GRIPS et SNV sont dirigés par la même section de l'OFSP. La coordination entre elles se fait donc au sein de cette section, avec une séparation claire entre elles.

La coordination de la stratégie NOSO, de la stratégie antibiorésistance (StAR) et de la stratégie qualité a été assurée par deux organes de coordination internes à l'OFSP, l'un situé au niveau de l'unité de direction et l'autre au niveau de la section. Le premier n'a toutefois pas été actif pendant une longue période entre 2018 et décembre 2021, notamment parce que les stratégies NOSO et StAR étaient déjà en cours de mise en œuvre et que les directions de projet étaient en échange permanent au niveau des sections, tandis que l'élaboration de la stratégie qualité n'a pu commencer qu'après l'adoption par le Parlement des dispositions révisées sur la qualité dans la LAMal en juin 2019. Des questions de coordination importantes n'ont donc pas pu être discutées et clarifiées pendant longtemps. La nouvelle stratégie qualité, publiée en mars 2022, constitue une nouvelle base pour la coordination. Reste à clarifier les questions de financement des mesures de mise en œuvre de la stratégie NOSO avec la CFQ. Des discussions à ce sujet doivent encore avoir lieu.

En raison de l'étroite imbrication thématique, la coordination entre les stratégies NOSO et StAR est complexe et engendre parfois des doublons, tant en interne à l'OFSP que pour Swissnoso, qui est chargé par l'OFSP de travaux de mise en œuvre dans les deux stratégies. La coordination interne à l'OFSP entre la stratégie NOSO et la stratégie qualité est perçue comme insuffisante par les services cantonaux et les organisations spécialisées.

## **Besoin d'adaptation et recommandations**

L'équipe d'évaluation estime que des adaptations de la stratégie, de ses champs d'action et de ses mesures ne s'imposent pas. Les objectifs sont toujours actuels et pertinents, et l'approche de base, la structure et les champs d'action de la stratégie NOSO sont judicieux, adéquats et – en ce qui concerne les soins stationnaires – complets. Au vu de l'état actuel de la stratégie NOSO, l'objectif principal des adaptations doit viser la promotion de la poursuite de la mise en œuvre et l'amélioration des conditions pour le pilotage et la mise en œuvre de la stratégie. Les recommandations suivantes de l'équipe d'évaluation suggèrent des adaptations et des mesures concrètes axées sur ces objectifs. Elles s'adressent aux acteurs impliqués dans les organes de pilotage et de mise en œuvre de la stratégie NOSO. Les institutions de santé ne sont pas directement représentées dans ces organes, mais l'action de ce groupe cible central est déterminante pour l'efficacité de la stratégie NOSO.

## **Recommandations concernant l'organisation du projet et sa mise en œuvre**

### **► Recommandation 1: Assurer la continuité et des ressources suffisantes à la direction de projet**

Destinataire: Division Maladies transmissibles de l'OFSP

Afin de ne pas compromettre davantage la gestion et la mise en œuvre de la stratégie NOSO, la division Maladies transmissibles de l'OFSP devrait veiller, par des conditions-cadres et des mesures organisationnelles appropriées, à ce que la continuité de la direction de projet soit assurée et à ce que des ressources personnelles suffisantes soient disponibles en tout temps pour ses tâches. Dans la mesure du possible, le travail de la direction de projet devrait être réparti sur plusieurs épaules, soit en interne à l'OFSP, soit en le confiant à un soutien de projet externe.

### **► Recommandation 2: Développer et consolider l'équipe de projet**

Destinataires: OFSP/direction de projet de la stratégie NOSO; membres de l'équipe de projet

L'OFSP devrait élargir l'équipe de projet en y intégrant des personnes représentant les acteurs proches de la pratique issus des cantons (services compétents pour les soins hospitaliers), des directions d'hôpitaux et des EMS, et optimiser son fonctionnement. A l'avenir, cet organe devrait à nouveau se réunir plus souvent et plus régulièrement. Les membres de l'équipe de projet devraient diffuser les informations de l'équipe de projet ou organiser des consultations au sein de leurs cercles de représentantes et représentants respectifs. Afin de décharger la direction de projet et d'associer plus étroitement les acteurs aux travaux de mise en œuvre, il est recommandé de mettre en place des groupes de travail sectoriels coordonnés par l'équipe de projet (p. ex. cantons, hôpitaux, EMS, formation) et dirigés par des membres de l'équipe de projet, et de les soutenir sur le plan administratif et financier (remboursement des frais de réunion et de déplacement; contributions aux travaux de projet).

### **► Recommandation 3: Créer un sous-projet spécifique et une structure de mise en œuvre pour le secteur des établissements médico-sociaux**

Destinataires: OFSP/direction de projet de la stratégie NOSO; CURAVIVA; organisations spécialisées dans le domaine des établissements médico-sociaux

La direction de projet et CURAVIVA devraient, le cas échéant en faisant appel à d'autres organisations et spécialistes, procéder à une analyse complète de la situation de départ en matière de prévention des infections dans le domaine des établissements médico-sociaux, définir ensemble des objectifs et des mesures spécifiques pour ce domaine dans le cadre de la stratégie NOSO sous la forme d'un sous-projet, et mettre en place une structure de mise en œuvre qui puisse coordonner les mesures et initier resp. diriger leur mise en œuvre. Cette structure de mise en œuvre peut, par exemple, être un groupe de travail ou une organisation mandatée à cet effet. Celle-ci devrait être intégrée de manière appropriée dans les organes du projet. Il convient d'identifier les organisations partenaires appropriées qui peuvent contribuer à la mise en œuvre de mesures dans ce domaine, de

clarifier mutuellement leurs capacités, leurs rôles et leurs attentes et de définir les étapes du processus.

► **Recommandation 4: Impliquer davantage les sociétés médicales concernées dans la stratégie NOSO**

Destinataires: OFSP/direction de projet de la stratégie NOSO; Swissnoso; FMH; sociétés médicales spécialisées

Afin d'accroître la sensibilisation et l'acceptation de la stratégie NOSO et de ses mesures par les médecins actifs dans les domaines chirurgicaux, opératoires et invasifs et de soutenir ainsi l'activité des spécialistes de l'hygiène hospitalière et de la prévention des infections dans les hôpitaux, il est recommandé à la direction de projet et à Swissnoso d'associer de manière ciblée les sociétés médicales concernées à la mise en œuvre de la stratégie NOSO et à l'élaboration de modules d'intervention, dans la mesure où cela n'est pas déjà fait. Il faudrait clarifier les rôles et contributions possibles des différentes sociétés pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie et définir les flux d'information, en collaboration ou, le cas échéant, avec le soutien de l'association faitière FMH. Les sociétés médicales concernées devraient informer, au sein de leurs cercles, quant aux objectifs de la stratégie NOSO et soutenir activement sa mise en œuvre.

► **Recommandation 5: Créer au niveau cantonal des conditions favorables à la mise en œuvre de la stratégie**

Destinataires: CDS; offices cantonaux de la santé publique

Il est recommandé à la CDS et aux cantons de prendre des mesures pour améliorer les conditions organisationnelles au niveau (inter)cantonal pour la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Comme base pour la suite du travail, ceux-ci devraient réaliser un aperçu systématique de l'état de la mise en œuvre des exigences structurelles minimales en matière d'IAS dans les cantons et des défis qui y sont liés. Les services cantonaux responsables de la mise en œuvre des exigences minimales devraient clarifier les attentes concrètes qui en découlent pour les hôpitaux et définir – en fonction des objectifs opérationnels de la stratégie NOSO encore en attente – les formes et les pratiques de contrôle de la mise en œuvre des exigences minimales. Les cantons devraient optimiser les échanges intra-cantonaux entre les services médicaux cantonaux, les personnes de contact NOSO et les services responsables des soins hospitaliers, et assurer l'échange intercantonal d'informations sur les activités de l'équipe de projet qui les concernent. La CDS devrait communiquer aux services cantonaux les structures et les flux d'information concernant la stratégie NOSO et améliorer les flux d'information de l'équipe de projet vers les cantons et entre les cantons. Elle devrait, en outre, informer de manière détaillée les services cantonaux compétents sur l'interaction entre les domaines de la prévention des infections et des soins hospitaliers/de la qualité et les inciter à optimiser l'échange entre ces domaines.

## Recommandations au niveau opérationnel

### ► Recommandation 6: Clarifier les rôles et s'assurer de l'engagement des partenaires de mise en œuvre

Destinataires: OFSP/direction de projet de la stratégie NOSO; partenaires de mise en œuvre

Compte tenu de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie NOSO et de l'évolution des conditions-cadres dans le domaine du développement de la qualité, les rôles des différents partenaires de mise en œuvre effectifs et potentiels doivent être partiellement redéfinis et clarifiés. La direction de projet de la stratégie NOSO devrait actualiser et mettre au propre la vue d'ensemble des acteurs dans le document stratégique et la liste des partenaires de mise en œuvre. Elle devrait également clarifier et convenir avec les acteurs qui y sont mentionnés de leur rôle et leur engagement dans la stratégie NOSO, des attentes réciproques et de leurs compétences pour des mesures concrètes. Ce faisant, il convient de tenir compte des ressources de l'organisation concernée. Swiss Nurse Leaders, l'association suisse des cadres infirmiers, devrait être impliquée dans la mise en œuvre de la stratégie en tant que partenaire de mise en œuvre supplémentaire.

### ► Recommandation 7: Développer la communication de l'OFSP sur la stratégie NOSO

Destinataires: OFSP/direction de projet de la stratégie NOSO; associations et organisations spécialisées des hôpitaux et des EMS; CDS

Il est recommandé à la direction de projet d'étendre les activités de communication existantes par de nouvelles mesures. En collaboration avec les différentes associations et organisations spécialisées, elle devrait fournir de manière ciblée aux directions d'hôpitaux, aux EMS et aux autres acteurs de ce domaine, aux services cantonaux responsables des soins hospitaliers et aux sociétés médicales concernées par la stratégie NOSO, des informations et des messages pertinents pour eux. Cela doit permettre d'augmenter la connaissance, la compréhension et l'acceptation de la stratégie NOSO et des mesures pour leur implémentation chez ces partenaires de mise en œuvre et groupes cibles et de contribuer à les associer plus étroitement à la stratégie. Dans ce but, des ateliers d'acteurs devraient à nouveau être organisés pour les groupes cibles et les parties prenantes. Les associations et les organisations spécialisées des hôpitaux et des EMS ainsi que des professions médicales et soignantes devraient soutenir systématiquement et activement la communication au sein de leurs cercles.

### ► Recommandation 8: Fournir des outils et des partages d'expériences aux établissements de santé

Destinataires: Swissnoso; H+; Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und -direktoren SVS; Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux FSDH; Société suisse d'hygiène hospitalière SSHH; Interessengruppe der Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene fibs et Spécialistes infirmiers prévention de l'infection SIPI

Afin d'aider les hôpitaux à prendre des mesures pour satisfaire aux exigences structurelles minimales en matière d'IAS, il convient de mettre à leur disposition des outils orientés vers la pratique qui soient aussi simples que possible à mettre en œuvre, qui nécessitent le moins de temps et de coûts possibles et qui leur apportent un bénéfice élevé et rapidement perceptible. Ces outils et ces offres de soutien devraient être élaborés avec la participation des groupes de spécialistes et de professionnels de la médecine et des soins concernés et communiqués largement aux hôpitaux. En outre, il convient d'entretenir des plateformes d'échange d'expériences entre les spécialistes de la prévention des infections et entre les directions des hôpitaux. Il est également envisageable de mettre en place et de promouvoir des réseaux multidisciplinaires d'hygiène ou NOSO, en particulier pour les hôpitaux de petite et moyenne taille. Swissnoso, H+ et les deux associations régionales des directrices et directeurs d'hôpitaux, la Société suisse d'hygiène hospitalière ainsi que les groupes d'intérêt des spécialistes infirmiers en prévention de l'infection (fibs et SIPI) devraient s'occuper de la mise en œuvre de cette recommandation, éventuellement en collaboration avec d'autres organisations spécialisées et professionnelles.

### **Recommandation au niveau stratégique**

- **Recommandation 9: Clarifier et, le cas échéant, adapter les interfaces (au niveau du contenu et de l'organisation) entre les stratégies de l'OFSP**

Destinataires: Divisions Maladies transmissibles et Tarifs et bases à l'OFSP; Commission fédérale pour la qualité

Afin d'utiliser plus efficacement les capacités limitées en personnel, d'exploiter les synergies thématiques et organisationnelles et de réduire les efforts de coordination tant au sein de l'OFSP que de Swissnoso, la division Maladies transmissibles de l'OFSP devrait examiner si et comment les responsabilités et l'organisation de projet pour la stratégie NOSO et pour le sous-projet StAR-Humain pourraient être réorganisées ou, le cas échéant, fusionnées. Les services de l'OFSP responsables des stratégies NOSO, Antibiorésistance et Développement de la qualité, ainsi que la CFQ devraient, en outre, veiller à une mise en œuvre coordonnée des trois stratégies. Il s'agit de clarifier, y compris vis-à-vis des parties prenantes communes, les compétences et les rôles et d'harmoniser la planification de la mise en œuvre des stratégies et le financement des projets.