

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

## DEUXIÈME ATELIER DES PARTIES PRENANTES RAPPORT DE SYNTHÈSE

Résumé des **résultats du deuxième atelier des parties prenantes du 20 septembre 2018** dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (Stratégie NOSO)



5 décembre 2018

PHOTO DE LA PAGE DE COUVERTURE :

Travaux de groupe lors de l'atelier des parties prenantes, 20.09.2018 ; photo : IC Infraconsult SA

MANDANT :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

MANDATAIRE / COLLABORATEURS :

Direction du projet à l'OFSP :

Margaux Bovet

Céline Gardiol

Suivi externe du projet (IC Infraconsult SA) :

Enrico Bellini

Dominic Schorneck

Relecture :

Virginie Masserey, OFSP

Margaux Bovet, OFSP

Céline Gardiol, OFSP

Corinne Corradi, OFSP

Anika Ekru, OFSP

Traduction française :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

RENSEIGNEMENTS :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Division Maladies transmissibles

3003 Berne

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b><u>44</u></b>
1.1	Objectifs et déroulement de l’atelier	<u>44</u>
1.2	Allocution de pascal strupler	<u>55</u>
1.3	État de la mise en œuvre de la stratégie noso	<u>66</u>
<b>2.</b>	<b>EXPOSÉS DE RÉFÉRENCE</b>	<b><u>77</u></b>
2.1	Exposé de référence I	<u>77</u>
2.2	Exposé de référence II	<u>88</u>
2.3	Exposé de référence III	<u>99</u>
2.4	Exposé de référence IV	<u>1010</u>
<b>3.</b>	<b>RÉSULTATS DES TRAVAUX DE GROUPE</b>	<b><u>1111</u></b>
3.1	Intégration de la prévention des ias dans la culture d’entreprise et importance d’une culture d’apprentissage et de dialogue	<u>1111</u>
3.1.1	Hôpitaux	<u>1111</u>
3.1.2	EMS	<u>1313</u>
3.2	Développement et introduction d’aides pratiques à la mise en œuvre de la prévention des IAS	<u>1515</u>
3.2.1	Hôpitaux	<u>1515</u>
3.2.2	EMS	<u>1616</u>
<b>4.</b>	<b>RÉSUMÉ ET PERSPECTIVES</b>	<b><u>1818</u></b>

## ANNEXES

A1	Atelier du 20.09.2018 : objectifs et programme	<u>1919</u>
A2	Atelier du 20.09.2018 : personnes présentes et excusées	<u>2121</u>
A3	Atelier du 20.09.2018 : composition des groupes de travail	<u>2323</u>
A4	Synopsis et état de la mise en œuvre	<u>2424</u>
A5 :	Photos des travaux de groupe et retranscription des mots-clés	<u>2626</u>
A6	Atelier du 20.09.2018 : diapositives des présentations	<u>4141</u>

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DE L'ATELIER

Deuxième atelier des parties prenantes : thèmes et participants	Le deuxième atelier des parties prenantes à la mise en œuvre de la stratégie NOSO a eu lieu le 20 septembre 2018 au Kursaal de Berne. Au total, 29 personnes étaient présentes (liste des participants à l'annexe A2).
Objectifs	<p>L'atelier était axé sur quatre objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Informer les participants sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie NOSO ainsi que sur les activités planifiées.</li><li>▪ Montrer aux participants comment la stratégie NOSO encourage l'échange d'expérience au niveau national.</li><li>▪ Présenter aux participants des exemples concrets de bonnes pratiques de mise en œuvre de la stratégie NOSO dans plusieurs champs d'action et permettre ainsi l'apprentissage par l'échange.</li><li>▪ Donner la possibilité aux participants de discuter ensemble d'approches communes pour soutenir davantage la mise en œuvre de la stratégie NOSO.</li></ul>
Déroulement	<p>Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a prononcé une allocution de bienvenue, puis Margaux Bovet, responsable du projet Stratégie NOSO, a présenté le déroulement de la journée. Les organisateurs ont également rappelé les objectifs de la stratégie, les étapes déjà franchies et celles à venir. L'atelier proprement dit était divisé en deux parties, chacune comportant les trois volets suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. présentation de deux exemples de bonnes pratiques dans le cadre d'exposés de référence ;</li><li>2. discussion en groupes de travail ;</li><li>3. présentation des résultats à l'ensemble des participants.</li></ol> <p>Les discussions de la matinée se sont concentrées sur l'intégration de la prévention dans la culture des entreprises et sur l'importance d'une culture de dialogue et d'apprentissage au sein des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (EMS). L'après-midi a été consacré au développement et à l'introduction d'aides pratiques à la mise en œuvre de la prévention des infections associées aux soins (IAS) dans les hôpitaux et les EMS.</p> <p>À l'issue de la journée, Virginie Masserey, responsable de la section Contrôle de l'infection et programme de vaccination à l'OFSP, a brièvement récapitulé les résultats, puis Margaux Bovet a exposé les prochaines étapes. Le déroulement détaillé de la journée et la composition des travaux de groupe figurent en annexe.</p>

## 1.2 ALLOCUTION DE PASCAL STRUPLER

Rétrospective	Pascal Strupler souhaite la bienvenue aux participants et rappelle les succès déjà remportés depuis le lancement de la stratégie NOSO en 2016. Selon de premières études publiées, 5,9 % des personnes hospitalisées en Suisse contractent une infection nosocomiale ; 35 à 55 % des cas pourraient toutefois être évités grâce à des mesures multimodales. Des directives à ce sujet sont déjà en cours d'élaboration. Elles seront ensuite mises à la disposition des hôpitaux, par exemple sous forme de normes structurelles minimales.
Large soutien de la stratégie	Pascal Strupler explique que la stratégie bénéficie d'un vaste soutien, ainsi qu'en témoigne notamment le fort taux de participation des hôpitaux suisses à la première enquête nationale de prévalence ponctuelle. Les établissements de santé ont pris diverses mesures de surveillance et de prévention des IAS et mis en place des instruments concrets. D'autres projets pilotes sont en cours et de nouvelles initiatives sont sans cesse lancées.
Facteurs de succès de la mise en œuvre	S'agissant des facteurs de succès, le directeur de l'OFSP souligne l'importance cruciale d'encourager une culture d'entreprise orientée sur l'objectif au sein des établissements de santé : pour pouvoir lutter efficacement contre la problématique des IAS, les approches préventives doivent faire partie de la culture d'entreprise et s'intégrer dans la gestion de la qualité tout en étant viables sur le plan économique.
Lien avec l'atelier	Le deuxième atelier des parties prenantes doit permettre de comprendre les opportunités et les obstacles relatifs aux initiatives présentées aujourd'hui et d'apprendre des expériences précédentes. Il vise également à favoriser les échanges et à développer de nouvelles idées et approches dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les IAS.
<i>Global Ministerial Summit on Patient Safety 2020</i>	Pascal Strupler informe les participants que la Suisse aura l'honneur d'accueillir en 2020 le cinquième <i>Global Ministerial Summit on Patient Safety</i> . Lors de ce sommet, le thème des IAS jouera un rôle central.

## 1.3 ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE NOSO

État de la mise en œuvre de la stratégie NOSO	Margaux Bovet et Céline Gardiol font le point sur la mise en œuvre des activités par champ d'action.
Évaluation	La prévalence des IAS dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse et leur proportion évitable sont connues. L'évaluation des coûts et de la mortalité imputables aux IAS est en cours (deuxième volet de l'enquête de prévalence ponctuelle dans les hôpitaux). Un projet pilote dans le canton de Vaud a démontré la faisabilité d'une telle enquête dans les EMS de ce canton.
Gouvernance	Des recommandations permettant d'établir les exigences minimales en termes de structure et de processus pour les hôpitaux de soins aigus sont en cours d'élaboration (groupe de travail sous l'égide de Swissnoso). Les rôles et les responsabilités des différentes organisations sont partiellement clarifiés, tout comme la collaboration entre l'OFSP et les cantons. La création d'une nouvelle structure pour la collaboration des acteurs dans l'opérationnalisation des mesures (Swissnoso+ ou NOSOnet) n'est pas jugée opportune par les partenaires et ne sera pas mise sur pied. Les systèmes d'incitation en place en Suisse sont en cours d'évaluation.
Monitoring	Le monitoring des infections du site chirurgical est poursuivi. Le programme pilote « progress ! Sécurité dans le sondage vésical » est terminé. Les modalités de déploiement national seront discutées entre les différents acteurs ces prochains mois. Un système de monitoring des principales infections associées aux soins sera élaboré et mis sur pied ces prochaines années.
Prévention et lutte	Swissnoso a reçu le mandat de l'OFSP de développer un centre de compétences national pour les études épidémiologiques régionales et nationales lors des flambées d'IAS. L'application <i>Clean Hands</i> est utilisée dans plus de 100 hôpitaux. Le module pilote de prévention « Surgical Site Infections (SSI) Intervention » est proposé à tous les hôpitaux de Suisse, ainsi que l'application <i>Clean Care Monitor</i> . Les déterminants comportementaux de la compliance aux mesures de prévention des infections décrits dans la littérature sont analysés.
Formation et recherche	Une analyse des besoins en termes de formation sera réalisée prochainement. La stratégie soutient une étude de l'hôpital universitaire de Zurich « Prevention Bundle for non-ventilator associated Hospital acquired Pneumonia (nvHAP) ».
Référence	Le déroulement du projet et les prochaines étapes sont résumés à l'annexe 4 (« Synopsis et état de la mise en œuvre »).

## 2. EXPOSÉS DE RÉFÉRENCE

### 2.1 EXPOSÉ DE RÉFÉRENCE I

Titre et intervenant *European Hand Hygiene Excellence & Innovation Award. Pierre Vanderavero, Unité de Prévention et Contrôle de l'Infection, Hôpital neuchâtelois*

Résumé En 2016, la direction de l'Hôpital neuchâtelois (H-NE) a créé la commission Qualité clinique et sécurité des patients afin d'améliorer la pratique en matière d'hygiène des mains. Une équipe de prévention chargée de réduire le risque d'infection pour les patients, visiteurs et employés a été mise sur pied.

L'équipe de prévention a mis en place un programme d'hygiène des mains (« Hygiène ») comportant une vaste palette de mesures : formations, matériel didactique, kit d'hygiène des mains pour les employés, guide de poche, *crazy test* (sorte de roman-photo où il faut évaluer des situations), campagne d'affichage, différents supports d'information et promotion de la Journée de l'hygiène des mains sur les sites de l'H-NE. Des audits individuels ont par ailleurs eu lieu : des membres de l'équipe de prévention ont observé les soignants lors de la prise en charge d'un patient, puis leur ont transmis un compte rendu de leur pratique en matière d'hygiène des mains. La situation concrète a ensuite été analysée dans le cadre d'un entretien et des possibilités d'amélioration ont été proposées. L'équipe de prévention a par ailleurs mesuré l'évolution du respect des consignes en matière d'hygiène des mains sur une certaine période avant de comparer et de publier les données en interne. Dans l'ensemble, le taux d'observance a augmenté de manière significative dans toutes les unités. La publication des résultats de quelque 45 unités des sept hôpitaux participants a permis de développer une certaine norme minimale en matière d'hygiène des mains.

M. Vanderavero a cité les points suivants comme principaux facteurs de succès :

- La direction de l'hôpital a donné l'impulsion et défini les objectifs, ce qui a permis d'assurer au projet le soutien stratégique nécessaire.
- L'absence d'évaluation (audits neutres) et la publication des succès ont grandement contribué à modifier la culture interne.
- Une large campagne de communication et des échanges réguliers et ouverts ont permis de pérenniser le projet : rappel régulier de la thématique, y compris lors des séances des cadres, mise en œuvre sur l'ensemble des sites au moyen d'un vaste éventail de mesures.

## 2.2 EXPOSÉ DE RÉFÉRENCE II

Titre et intervenant                      Traitement des patients SARM dans les centres de soins de la ville : nouvelles approches. Elke Linsin, Pflegezentren der Stadt Zürich

Résumé                                        Plus grande institution de ce type en Suisse, les centres de soins de la ville de Zurich comptabilisent quelque 574 000 jours de soins stationnaires par an. Depuis 2008, ils prennent en charge des patients porteurs du staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM). En raison de leur haut degré de contagion, ces personnes étaient auparavant traitées dans une unité d'isolement spéciale, ce qui nuisait considérablement à leur qualité de vie.

En 2012, la direction a décidé, pour des raisons d'éthique, d'assouplir les mesures d'isolement. Les patients porteurs du SARM ne sont désormais plus transférés dans une unité spéciale. Leur situation médicale est enregistrée ; un dépistage de contrôle est prévu pour les résidents. Dans la mesure du possible, les personnes porteuses du SARM disposent d'une chambre et de toilettes individuelles. Le séjour en chambre pour deux personnes n'est admis que lorsque l'autre résident ne présente pas un risque élevé (blessures ouvertes, cathéter, sondes, etc.). Les lieux où vivent les patients porteurs du SARM sont en outre désinfectés quotidiennement. À titre de mesure supplémentaire, les proches, le personnel soignant et les résidents sont informés de la situation et des mesures d'hygiène de base. Une analyse des risques au cas par cas est réalisée sur la base des résultats du test de dépistage et, si besoin, des mesures adéquates sont définies.

Le projet a été couronné de succès : seuls les porteurs du SARM déjà connus ont à nouveau été testés positifs aux tests de dépistage réalisés auprès des employés et des résidents avant et après l'introduction de la mesure. Aucun cas de transmission n'a été constaté, preuve qu'une gestion efficace de l'hygiène est possible lorsque tous les collaborateurs respectent les consignes.

Les principaux facteurs de succès identifiés sont les suivants :

- Suivi attentif du personnel soignant compte tenu du caractère parfois très émotionnel de la problématique.
- Étroite collaboration avec l'équipe d'hygiène de la ville de Zurich et conseil spécialisé externe (unité d'infectiologie du Stadtspital Triemli).

## 2.3 EXPOSÉ DE RÉFÉRENCE III

Titre et intervenant	Progress ! la sécurité dans le sondage vésical. Dr. med. Jonas Marschall, Spitalhygiene, Inselpital
Résumé	<p>Afin d'améliorer la sécurité du sondage vésical, différentes unités de l'Hôpital de l'île à Berne ont participé à l'introduction d'un faisceau de mesures (« <i>care bundle</i> ») comportant quatre volets principaux : sensibiliser les collaborateurs, établir une liste d'indications visant à éviter les complications, réévaluer la nécessité du dispositif à l'issue d'une certaine période et former le personnel à la pose et au retrait des sondes.</p> <p>Une première étape a consisté à élaborer une liste d'indications en interne et à diffuser les principes généraux visant à éviter les complications associées aux sondes. Parallèlement, des mesures de sensibilisation ont été mises en œuvre : présentation du projet lors des séances des cadres, désignation de « champions », à savoir d'interlocuteurs pour soutenir le projet sur place, et lancement d'une campagne de communication active à travers différents canaux.</p> <p>La liste d'indications précise que, dans l'idéal, la pose de sondes doit être évitée. Si toutefois elle s'avère indispensable, il convient de réduire autant que possible la durée d'utilisation du dispositif. Des risques d'infection existent également au moment de la pose et du retrait des sondes.</p> <p>Sur la base de la liste d'indications, diverses mesures visant à limiter le recours aux sondes et, le cas échéant, la durée d'utilisation de ces dernières ont ensuite été définies. L'ordonnance écrite (indication du cathéter) est directement ajoutée au dossier du patient afin d'éviter toute pose superflue. La nécessité de la sonde est réévaluée quotidiennement pour chaque patient et le dispositif retiré dès que possible. Afin d'accélérer davantage le processus, l'infirmier compétent est désormais chargé de la réévaluation. Enfin, le personnel a dû suivre une formation sur la pose, l'entretien et le retrait des sondes ainsi que sur les facteurs de risque.</p> <p>Le projet s'est globalement révélé un succès, le nombre de sondes posées et leur durée d'utilisation ayant diminué au sein des unités concernées. En raison du grand nombre de variables possibles et du peu de données disponibles, il n'est toutefois pas possible d'établir un rapport direct avec le taux d'infection de l'hôpital.</p> <p>Le soutien de la direction de l'hôpital, des responsables de la qualité et des cadres a été déterminant dans la réussite du projet. La mise en place de normes (réévaluation quotidienne) et l'organisation de formations ont également joué un rôle important.</p>

## 2.4 EXPOSÉ DE RÉFÉRENCE IV

Titre et intervenant	Introduction du Guide pratique de prévention et de traitement des infections en établissement médico-social. Dr. med. Christiane Petignat, État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale
Résumé	<p>Des études montrent que les infections chez les personnes âgées séjournant en EMS sont relativement fréquentes. Les facteurs d'influence sont divers : le risque augmente avec l'âge et la durée de séjour au sein de l'établissement ; il est également lié à la structure d'hébergement (chambres simples ou doubles, contacts/échanges, etc.) et au taux de rotation du personnel soignant.</p> <p>Il n'est pas toujours aisé de diagnostiquer des infections dans les EMS. Souvent, aucun médecin n'est présent sur place et le personnel soignant doit discuter des diagnostics et des traitements par téléphone. De plus, les symptômes sont difficiles à reconnaître et peuvent être atypiques. Le diagnostic est par ailleurs rendu difficile par le manque d'accès à des tests de laboratoire. Des antibiotiques sont donc souvent prescrits en cas de doute alors qu'ils ne seraient pas toujours nécessaires.</p> <p>Conscient de ces difficultés, le canton de Vaud a développé conjointement avec des médecins, des infirmiers et des spécialistes un guide pratique visant à diagnostiquer et à traiter les infections fréquentes. L'objectif est d'encourager une pratique uniforme, y c. en matière de formation. Le guide comprend des diagnostics pas à pas ainsi que des consignes de traitement. Il est disponible au format papier (avec une édition de poche), en version interactive sur un site Internet et sous forme d'application.</p> <p>Le succès du guide réside dans la possibilité d'établir un diagnostic rapide, standardisé et fiable. Les recommandations fournies permettent en outre de traiter les patients sur place selon les méthodes de l'établissement. Par la suite, l'outil s'est établi comme référence dans diverses institutions et a été diffusé au-delà des frontières politiques : après son introduction dans le canton de Vaud, il a été adopté par les cantons de Fribourg et du Valais ainsi que par plusieurs autres établissements.</p>

### 3. RÉSULTATS DES TRAVAUX DE GROUPE

Objectifs	Les travaux de groupe visaient à identifier les éléments-clés qui favorisent ou entravent la mise en œuvre des principes de prévention des IAS et à déterminer le rôle des cantons et des organisations partenaires à cet égard. Il s'agissait en outre de favoriser les échanges et de développer de nouvelles idées et approches dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les IAS.
Déroulement	<p>Durant la matinée, les participants ont été divisés en trois groupes : deux centrés sur les hôpitaux et un sur les EMS. L'après-midi, les discussions ont repris en deux groupes seulement : un pour les hôpitaux et un pour les EMS.</p> <p>L'OFSP et IC Infraconsult ont dirigé et animé conjointement les discussions. Les participants devaient inscrire des mots-clés sur un panneau d'affichage. À l'issue de l'atelier, un membre de chaque groupe a présenté les principaux résultats au plénum.</p>

#### 3.1 INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION DES IAS DANS LA CULTURE D'ENTREPRISE ET IMPORTANCE D'UNE CULTURE D'APPRENTISSAGE ET DE DIALOGUE

##### 3.1.1 HÔPITAUX

Éléments-clés qui favorisent ou entravent la mise en œuvre des principes de prévention des IAS dans les <b>hôpitaux</b>	<p>Pour que la prévention réussisse, il est primordial que les institutions disposent d'un système de gestion de la qualité efficace. La direction de l'hôpital doit donner l'impulsion en assumant la responsabilité et la surveillance active des processus liés à la qualité et à la sécurité des patients. Dans cette optique, il serait judicieux que chaque hôpital dispose d'un service d'hygiène hospitalière performant. La multitude des germes et l'hétérogénéité du paysage hospitalier, constitué entre autres de nombreuses petites cliniques privées, posent toutefois des difficultés. La mise en œuvre des principes de prévention des IAS implique pourtant de rallier tous les acteurs. De plus, les ressources sont très limitées et les contraintes d'efficacité élevées. Il importe en particulier d'améliorer les bases de données afin de pouvoir attester de l'utilité des mesures (y c. sur le plan financier en établissant un rapport coûts-bénéfices). Une planification financière efficace et à long terme est nécessaire pour créer des opportunités. Enfin, les jeunes médecins-assistants peinent à s'identifier à l'hôpital où ils sont employés en raison des nombreuses fluctuations de personnel.</p>
Résumé de la présentation du groupe	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ La culture de la qualité est un élément essentiel de la culture d'entreprise. Il ne suffit pas d'introduire des processus et de consigner de nou-</li></ul>

velles connaissances dans un classeur de gestion de la qualité : les collaborateurs doivent s'approprier ces éléments afin d'apporter et de mettre en œuvre de nouvelles idées. Il importe par exemple d'intégrer les résultats de nouvelles études ou de monitorages directement dans les processus.

- La culture d'entreprise est une combinaison d'approches *bottom-up* et *top-down* : les directives stratégiques doivent émaner de la direction de l'établissement mais tous les collaborateurs doivent s'impliquer dans la mise en œuvre. Il est essentiel de développer une culture de l'erreur positive, afin d'apprendre rapidement des erreurs commises. Les résultats et les enseignements doivent être communiqués de manière active et constructive.
- Il est nécessaire que chaque établissement dispose d'un service d'hygiène hospitalière performant, aux objectifs et projets clairement définis, et bénéficiant du soutien et du financement de la direction. L'utilité de ce service doit être étayée par des données.
- Les échanges entre les hôpitaux pourraient être améliorés. Si les nombreuses formes d'organisation du paysage hospitalier peuvent constituer un obstacle, elles permettent également de lancer des projets pilotes décentralisés. L'important est que les résultats des projets soient largement communiqués (y c. les échecs).

Contributions possibles et souhaitées des cantons, des organisations partenaires et de la stratégie NOSO

La Confédération et les cantons pourraient en premier lieu favoriser la mise en réseau, la communication et la diffusion des résultats (données, projets, etc.). Il serait judicieux de se pencher sur le rôle des médecins cantonaux et de le préciser (en collaboration avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS]). De leur côté, les sociétés de discipline médicale pourraient s'impliquer plus activement en « ouvrant des portes » et mieux coordonner leur contribution aux directives. La Fédération des médecins suisses (FMH) pourrait ainsi publier leurs directives sur une plateforme spécialisée commune afin de faciliter l'uniformisation des processus. Il serait en outre utile que des projets pilotes et des analyses de données attestant les bénéfices de la prévention des IAS bénéficient d'une aide financière. Un financement de départ de la part des cantons serait à cet égard essentiel. Il est enfin envisageable que la Confédération ou les cantons interviennent au niveau légal ou réglementaire, par exemple en instaurant l'obligation pour les directions de disposer d'un service d'hygiène hospitalière ou de définir un système de gestion de la qualité clair.

Résumé de la présentation du groupe

- La question des ressources contrecarre les efforts de gestion de la qualité : la volonté de mise en œuvre est présente mais le financement et le personnel font souvent défaut.
- Le manque de moyens est en partie dû au fait que la problématique des IAS ne figure pas parmi les objectifs des hôpitaux. Elle n'entre par conséquent quasiment pas en ligne de compte dans les profils d'exigences des cadres supérieurs, eux-mêmes fondés sur les objectifs des institutions. À l'heure actuelle, un membre de la direction doit être intrinsèquement motivé pour mettre sur pied et financer des projets dans le domaine des IAS.

- La thématique de l'assurance-qualité doit être intégrée à la formation initiale et continue des médecins. Les médecins chefs, en particulier, devraient assumer plus de responsabilités en la matière et leurs tâches devraient être clarifiées dans un cahier des charges.
- Sur le principe, la Suisse dispose d'excellentes connaissances en matière d'IAS ; des échanges ont lieu entre les spécialistes. Il manque cependant des ressources et des marges de manœuvre pour activer ces connaissances et mettre en œuvre les objectifs.

### 3.1.2 EMS

Éléments-clés qui favorisent ou entravent la mise en œuvre des principes de prévention des IAS dans les EMS

Les mesures de prévention doivent être intégrées dans les EMS afin de contribuer à une meilleure qualité des soins. Il importe toutefois qu'elles s'insèrent dans les structures de coûts existantes. La pression financière est en effet déjà très forte et les risques sont toujours assumés par les directions des établissements. L'élaboration d'une charte pourrait appuyer les efforts des cadres et leur assurer le soutien nécessaire. Les formations, la sensibilisation du personnel et le maintien de la prévention sur une longue durée constituent d'autres éléments-clés. Les efforts de prévention des IAS doivent être consentis de manière durable et tenir compte de toutes les catégories professionnelles concernées.

Résumé de la présentation du groupe

- Il est nécessaire que l'ensemble du personnel s'approprie la stratégie, et ce même dans les petites structures locales (approche *bottom-up*). À cet effet, la gestion de la qualité doit revêtir une importance centrale et être axée sur les clients et sur les prestations. La question du financement se pose alors nécessairement : il est très difficile de représenter les avantages financiers de telles mesures, en particulier pour les petits acteurs privés.
- Il est capital que les directions s'investissent et que les responsables de secteur discutent des ressources (en matière de personnel, financières). Les services de gestion de la qualité et des projets concernés doivent donc figurer aussi près que possible de la direction dans l'organigramme (p. ex. comme État-major). Les cadres doivent être formés à ces défis (en particulier dans les petites entreprises).
- Il faut un certain temps avant de constater l'impact d'un projet de prévention. Une nouvelle culture d'entreprise ne se développe pas en un jour. Il importe par conséquent d'établir une planification à long terme et de définir le financement du projet dès le départ, et ce pour toute sa durée (pas uniquement la première phase).
- La mise en place d'un projet implique une bonne gestion des interfaces : le personnel soignant n'est pas le seul concerné, il faut par exemple aussi inclure les sociétés de nettoyage, de livraison ou de conciergerie. Ces catégories professionnelles doivent être elles aussi formées et évaluées.
- Il est plus stimulant de se concentrer sur les éléments positifs. Plutôt que de se focaliser sur la recherche d'erreurs et les sanctions, il faut mettre en avant les changements bénéfiques et les consolider. La direction de l'entreprise et l'équipe de mise en œuvre doivent offrir un soutien actif

et ne pas employer de formulations du type « il faut » ou « il est impératif de ».

- La clé de la mise en œuvre de la stratégie dans les EMS est sans doute la renégociation du financement : c'est à niveau que résident les possibilités d'action et d'ajustement.

Contributions possibles et souhaitées des cantons, des organisations partenaires et de la stratégie NOSO

La stratégie NOSO et l'OFSP doivent fournir des données, des bases et des normes pour les EMS (p. ex. nombre de spécialistes de l'hygiène par résident). S'agissant de la mise en œuvre de normes minimales dans les cantons, il serait souhaitable que la CDS œuvre activement à la réorganisation du financement des soins au niveau fédéral (en s'appuyant sur le modèle de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques [ANQ]). Il faudrait aussi que les cantons soutiennent les programmes de formation initiale et continue pour le personnel soignant. Le lobbying en faveur des EMS et de l'intégration de la prévention des IAS dans les programmes d'assurance-qualité devrait par ailleurs être renforcé au niveau fédéral. Il est important que Senesuisse, CURAVIVA et d'autres organisations soutiennent la stratégie NOSO et transmettent les messages.

Résumé de la présentation du groupe

- De manière générale, des études susceptibles de servir de base solide font défaut. Tant qu'une enquête n'a pas été menée sur une longue durée, la problématique n'est souvent pas véritablement prise au sérieux. Les cantons pourraient intervenir à ce niveau en mandatant des études et en assurant le transfert d'informations, en particulier s'agissant de la mise en œuvre des mesures au niveau régional.
- L'objectif est que la stratégie nationale soit également largement soutenue au niveau régional. Il serait important que tous les cantons adoptent une position claire et uniforme, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. C'est toutefois aussi une question de temps : les rôles des différentes institutions doivent généralement encore être clarifiés.

## 3.2 DÉVELOPPEMENT ET INTRODUCTION D'AIDES PRATIQUES À LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉVENTION DES IAS

### 3.2.1 HÔPITAUX

Éléments-clés qui favorisent ou entravent le développement et l'utilisation d'aides pratiques à la mise en œuvre dans les **hôpitaux**

Les éléments-clés suivants ont été identifiés : intégration de tous les acteurs concernés (y c. les laboratoires, le personnel technique, logistique, soignant, etc.), communication ouverte et ciblée (interne et externe), garantie du financement pour toute la durée du projet et gestion flexible et agile. Il s'agit non pas de réaliser chaque projet possible mais d'établir des priorités en fonction du problème constaté et des solutions proposées pour ensuite déployer les projets à grande échelle. Les institutions doivent harmoniser et échanger leurs résultats dans le cadre d'un examen par les pairs. Il est en outre capital de consolider la mise en œuvre des projets couronnés de succès afin d'éviter que les résultats ne tombent dans l'oubli à l'issue de la phase pilote.

Résumé de la présentation du groupe

- Pour mettre en œuvre la stratégie NOSO, le plus important est de définir des objectifs stratégiques à partir de problèmes faciles à comprendre. Il faut toutefois déterminer les investissements prioritaires.
- Toute décision d'investir dans un projet nécessite une approche axée sur le rapport coûts-bénéfices. Une analyse de rentabilisation (*business case*) est en effet indispensable à tout accomplissement. Il faut en outre viser le long terme pour constater un impact : souvent, deux à trois années sont nécessaires avant qu'un projet soit véritablement opérationnel et que les résultats soient visibles.
- La gestion du projet et des processus est un élément crucial : planification claire et à long terme, définition des coûts et des objectifs, garantie du financement global, mise en place d'un système de *controlling*. Il est essentiel de bien organiser les processus : qui doit faire quoi, où et comment ? Qui doit être intégré, où, à quel moment et comment ?
- Une approche fédérale sous forme d'études pilotes serait utile car les projets de ce type, menés sur une base volontaire, montrent ce qui fonctionne. Pour que la culture d'entreprise puisse se développer, l'ensemble du personnel doit participer à l'évaluation. Chaque projet doit être soumis à un examen par les pairs et évalué. Les efforts et les résultats, même négatifs, doivent ensuite être communiqués afin d'éviter les doublons. Seules les idées qui ont fait leurs preuves seront déployées à plus grande échelle. Il importe que leur mise en œuvre soit très facile (ce point doit être mis en évidence dans les projets pilotes).
- Souvent, en dépit de résultats très prometteurs, les projets tombent dans l'oubli à l'issue du financement de la phase de test. Il faudrait veiller à ce que les bons projets soient poursuivis. Des ressources sont toutefois nécessaires.

Contributions possibles et souhaitées des cantons, des

Le rôle des autorités fédérales et cantonales serait de favoriser la mise en œuvre en produisant des normes minimales, de la littérature spécialisée et des guides pratiques. Les cantons pourraient accélérer le processus de diffusion en renforçant leur collaboration mutuelle et mener des projets communs

organisations partenaires et de la stratégie NOSO

afin de rapprocher leurs hôpitaux respectifs. De leur côté, les sociétés de discipline médicale auraient pour mission de faire connaître les bons projets grâce à des publications spécialisées et à des sites Internet. Il serait en outre utile que la formation du personnel spécialisé mette davantage l'accent sur la thématique des IAS. Enfin, la Confédération pourrait développer et gérer une plateforme d'échange spécialisée où seraient publiés et archivés tous les projets pilotes, les guides pratiques, les formations, etc. des différentes institutions (y c. les échecs). Ce canal faciliterait considérablement la coordination compte tenu de l'hétérogénéité du paysage hospitalier.

Résumé de la présentation du groupe

- Il serait utile de disposer d'une plateforme d'échange rassemblant les différents projets, résultats et enseignements des institutions (bonnes pratiques, directives, interlocuteurs, description et explication des échecs). Une newsletter pourrait éventuellement y être publiée. Dès que la plateforme prouverait son utilité, les institutions y participeraient volontairement. Leurs échanges de bonnes pratiques contribueraient également à l'harmonisation des directives. Une centralisation des informations à l'échelle de la Suisse serait en outre susceptible d'avoir un effet de ruissellement sur les petits hôpitaux qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour financer le développement de tels processus mais intégreraient volontiers les améliorations.
- Les nouveaux enseignements doivent être rapidement incorporés dans les outils didactiques. En pratique, il est toutefois plus probable que l'apprentissage pratique au contact des patients reste l'instrument le plus important tant que les directives des différentes institutions n'auront pas été uniformisées.

### 3.2.2 EMS

Éléments-clés qui favorisent ou entravent le développement et l'utilisation d'aides pratiques à la mise en œuvre dans les **EMS**

Dans les EMS, les concepts d'hygiène constituent un outil préalable. Les étapes suivantes doivent s'effectuer en collaboration avec différentes catégories professionnelles (p. ex. service de gériatrie, médecins et personnel soignant). Il ne faudrait pas se contenter de multiplier les outils pratiques mais s'employer en priorité à les adapter aux besoins de chaque institution. Les instruments doivent être suffisamment flexibles pour s'ajuster à la diversité des situations. Afin d'améliorer la gouvernance des EMS au niveau cantonal, il serait par ailleurs utile que les cantons instaurent un service de coordination (sur le modèle du canton de Vaud) disposant d'une équipe d'hygiène centralisée et de personnes déléguées à l'hygiène au sein des institutions. Les systèmes de saisie de données existants favorisent indéniablement la mise en œuvre de nouveaux outils pratiques.

Résumé de la présentation du groupe

- Beaucoup d'EMS sont confrontées aux mêmes difficultés. Renforcer la collaboration entre les établissements dans le cadre de projets et de partenariats permettrait de mieux exploiter les synergies.
- Des directives insuffleraient un dynamisme : chaque institution pourrait par exemple être tenue de présenter un concept d'hygiène. Combiné à une directive nationale et à des outils de mise en œuvre, ce type d'exigence favoriserait l'harmonisation.

- L'hétérogénéité des structures complique le travail. Il est évident que la gouvernance doit être centralisée. Le concours de diverses associations nationales pourrait s'avérer utile. Étant donné que les EMS assument de plus en plus de tâches dépassant le simple cadre des soins, les interfaces avec les hôpitaux et les médecins revêtent une importance croissante.
- Les systèmes de saisie utilisés dans les EMS comportent déjà des indicateurs de qualité (p. ex. méthodes PLAISIR, RAI) : des données relatives à certaines infections sont donc accessibles et pourraient être mieux évaluées (aux niveaux cantonal et national). Également utilisés à l'échelle européenne, ces instruments garantissent la comparabilité des données.

Contributions possibles et souhaitées des cantons, des organisations partenaires et de la stratégie NOSO

Les EMS sont presque encore plus tributaires de la volonté politique que les hôpitaux, et ce tant au niveau fédéral que cantonal. Les cantons jouent un rôle central dans le contrôle et la mise en œuvre des instruments et des normes. Ils peuvent par exemple identifier des lacunes en procédant à des audits et proposer des améliorations en s'appuyant sur les normes nationales définies dans la stratégie NOSO. Ils ont également la possibilité de demander certaines adaptations dans le cadre des contrats de prestations. Il est donc nécessaire que le groupe de travail sous l'égide de Swissnoso et la stratégie intègrent les EMS dans l'élaboration des normes minimales.

Résumé de la présentation du groupe

- Les cantons et la Confédération pourraient financer des études.
- Il est admis que les cantons doivent jouer le rôle de médiateurs, de coordinateurs, etc. En pratique, cette tâche est compliquée par l'hétérogénéité des institutions de soins.

## 4. RÉSUMÉ ET PERSPECTIVES

### Prochaines étapes

Un plan de mise en œuvre en trois phases a été développé en collaboration avec l'équipe de projet. Nous sommes actuellement dans la phase I et dans la fixation des modalités qui permettront ensuite le lancement et le déploiement des mesures en phase II et III.

Dans cette première phase, il s'agit essentiellement de valoriser les résultats des premières études lancées, qui serviront de base pour l'élaboration des premières normes et directives. Parallèlement, il faudra veiller à clarifier les rôles et les missions des organisations impliquées et renforcer le rôle de Swissnoso (Swissnoso+). Au niveau communication, une stratégie sera élaborée avec les partenaires clés.

Les prochaines étapes sont les suivantes :

- Élaboration de recommandations permettant d'établir les exigences minimales en termes de structures et de processus pour les hôpitaux de soins aigus (groupe de travail sous l'égide de Swissnoso) ;
- Mise en œuvre d'une communication coordonnée et cohérente entre tous les partenaires de la mise en œuvre de la stratégie NOSO ;
- Concrétisation du modèle d'impact de la stratégie sous la forme d'objectifs opérationnels (avec l'équipe de projet) ;
- Développement d'un système national de monitoring ;
- Définition des besoins en termes de formation (étude) ;
- Réalisation d'une étude pilote de prévalence ponctuelle des IAS dans les EMS en Suisse alémanique ;
- Évaluation de la nécessité de mettre une plateforme du savoir à disposition des acteurs.

### Remerciements et fin de l'atelier

Virginie Masserey (OFSP) remercie chaleureusement toutes les personnes présentes pour leur énergie et leur précieuse collaboration. L'OFSP tiendra compte des idées recueillies, y compris des points critiques, dans la suite des travaux de mise en œuvre de la stratégie NOSO.

# A1 ATELIER DU 20.9.2018 : OBJECTIFS ET PROGRAMME

## Objectifs de l'atelier

1. **Inform**er les participants sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie NOSO ainsi que sur les activités planifiées.
2. Montrer aux participants comment la stratégie NOSO encourage l'**échange d'expérience** au niveau national.
3. **Présenter** aux participants des **exemples concrets** de bonnes pratiques de **mise en œuvre** de la stratégie NOSO dans plusieurs champs d'action et **permettre ainsi l'apprentissage** par l'échange.
4. Donner la possibilité aux participants de **discuter** ensemble **d'approches** communes pour soutenir davantage la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

## Programme détaillé

Dès 8 h 30	<b>Café de bienvenue</b>
9 h – 9 h 15	<b>Introduction</b> : Enrico Bellini, IC Infraconsult AG <b>Allocution de bienvenue</b> : Pascal Strupler, directeur de l'OFSP <b>Objectifs de l'atelier et programme</b> : Margaux Bovet, responsable du projet Stratégie NOSO, OFSP
9 h 15 – 9 h 40	<b>État des lieux de la mise en œuvre de la stratégie NOSO</b> Margaux Bovet et Céline Gardiol, responsable du projet Stratégie NOSO et responsable suppléante, OFSP
9 h 40 – 10 h	<b>Exposé de référence I</b> <i>European Hand Hygiene Excellence &amp; Innovation Award</i> . Pierre Vanderavero, Unité de Prévention et Contrôle de l'Infection, Hôpital neuchâtelois
10 h – 10 h 20	<b>Pause</b>
10 h 20 – 10 h 45	<b>Exposé de référence II</b> Traitement des patients SARM dans les centres de soins de la ville. Elke Linsin, Pflegezentren der Stadt Zürich
10 h 45 – 10 h 55	<b>Introduction des travaux de groupe et répartition des participants</b>
10 h 55 – 12 h 10	<b>Travaux de groupe</b> Intégration de la prévention des IAS dans la culture d'entreprise et importance de la culture d'apprentissage et de dialogue
12 h 10 – 13 h 15	<b>Repas de midi</b>
13 h 15 – 13 h 40	<b>Brève présentation des résultats des groupes de travail et discussion</b>
13 h 40 – 14 h 05	<b>Exposé de référence III</b> Progress ! la sécurité dans le sondage vésical. Dr. med. Jonas Marschall, Spitalhygiene, Inselpital
14 h 05 – 14 h 25	<b>Exposé de référence IV</b> Guide pratique de prévention et de traitement des infections en établissement médico-social. Dr. med. Christiane Petignat, État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale
14 h 25 – 14 h 35	<b>Introduction des travaux en groupe et répartition des participants</b>
14 h 35 – 15 h 50	<b>Travaux de groupe</b> Développement et introduction d'aides pratiques à la mise en œuvre dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins

- 15 h 50 – 16 h 10**      **Pause**
- 16 h 10 – 16 h 30**      **Brève présentation des résultats des groupes de travail et discussion**
- 16 h 30 – 16 h 45**      **Résumé et prochaines étapes**  
Margaux Bovet, responsable du projet NOSO et Virginie Masserey, responsable de la section Contrôle de l'infection et programme de vaccination, OFSP

## A2 ATELIER DU 20.9.2018 : PERSONNES PRÉSENTES ET EXCUSÉES

### LES SPÉCIALISTES SUIVANTS ONT PARTICIPÉ À L'ATELIER :

Bellini Enrico	IC Infraconsult
Besson Pascal	H+ Les hôpitaux de Suisse
Bovet Margaux	OFSP
Busch Petra	ANQ – Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Corradi Corinne	OFSP
Eich Gerhard	SSSH – Société suisse d'hygiène hospitalière
Ekrot Anika	OFSP
Evéquozy Johanna	OFSP
Gardiol Céline	OFSP
Grünig Seraina	CDS – Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Hofstetter Angelina	H+ Les hôpitaux de Suisse
Jordi Irma	senesuisse – Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
Kahlert Christian	SSP – Société suisse de pédiatrie
Kay Adrien	OFSP
Keller Peter	SSM – Société Suisse de microbiologie
Lisin Elke	Pflegezentren Zürich
Locher Michèle	SIPI – Spécialistes infirmiers en prévention de l'infection
Lusser-Lutz Selina	OFSP
Marschall Jonas	unimedsuisse – Médecine universitaire Suisse
Masserey Virginie	OFSP
Meier Marie-Theres	fibs - Fachexperten/-innen Infektionsprävention & Berater/-innen Spitalhygiene
Moreno Rafael	Swissmedic
Müller Daniela	OFSP
Petignat Christiane	CDS
Schorneck Dominic	IC Infraconsult
Schweiger Alexander	Swissnoso
Tschirky Erich	Swissnoso
Vanderavero Pierre	Hôpital neuchâtelois
Weil Barbara	FMH – Fédération des médecins suisses
Zürcher Isaac	OFSP

### LES SPÉCIALISTES SUIVANTS N'ONT PAS PU PARTICIPER À L'ATELIER

Basler Sabine	OFSP
Birrer Andreas	OFSP
Birrer Daniela	unimedsuisse
Breitenstein Stefan	APSI – Association suisse pour les sciences infirmières
Ciullo Lydia	OFSP

Colombo Carlo	ASI – Association suisse des infirmiers et infirmières
Conen Dieter	Sécurité des patients Suisse
Eigenmann Simone	OFSP
Ermiler Andrea	APSI
Furrer Hansjakob	SSI – Société suisse d’infectiologie
Harbarth Stephan	HUG – Hôpitaux universitaires de Genève
Hasse Barbara	SSI
Heller Regula	ANQ
Holenstein Katrin	OFSP
Huber Kathrin	CDS
Kahlert Christian	SSP
Kirschner Michael	CURAVIVA Association des homes et institutions sociales suisses
Klein Rita-Lena	OSP – Organisation suisse des patients
Krayer Sebastian	SSAR – Société suisse d’anesthésiologie et de réanimation
Kuster Stefan	Swissnoso
Lalive Laure	SIPI
Maggiorini Marco	SSMI – Société suisse de médecine intensive
Mathys-Badertscher Karoline	Swissmedic (Institut suisse des produits thérapeutiques)
Mäusezahl Mirjam	OFSP
Meier Christiane	Schweizerische Gesellschaft für Fachärztinnen und -ärzte für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) (représentant la direction de la santé publique du canton de Zurich)
Müller Nicolas	SSI
Nicca Dunja	Institut für Pflegewissenschaften, Universität Basel
Quinto Carlos	FMH
Reinholz Danuta	CDS
Ritschard Karin	APSI
Röthlisberger Thomas	IC Infraconsult
Schlegel Matthias	SSHH
Schüpbach Mike	OFSP
Stojanovic Ljubisa	OFSP
Surbek Daniel	SSGO – Société Suisse de gynécologie et d’obstétrique
Widmer Andreas	Swissnoso
Winistörfer Matthias	SVS – Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren
Zúñiga Franziska	Institut für Pflegewissenschaften, Universität Basel

## A3 ATELIER DU 20.9.2018 : COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

### Groupe A : Hôpitaux 1

Besson Pascal	H+ Les Hôpitaux de Suisse
Corradi Corinne	OFSP
Masserey Virginie	OFSP
Schorneck Dominic	IC Infraconsult
Schweiger Alexander	Swissnoso
Vanderavero Pierre	Hôpital nauchâtelois
Weil Barbara	FMH
Zürcher Isaac	OFSP

### Groupe B : Hôpitaux 2

Busch Petra	ANQ
Eich Gerhard	SSHH
Ekrot Anika	OFSP
Gardiol Céline	OFSP
Grünig Seraina	CDS
Hofstetter Angelina	H+ Les Hôpitaux de Suisse
Kahlert Christian	SSP
Keller Peter	SSM
Meier Marie-Theres	fibs
Moreno Rafael	Swissmedic
Müller Daniela	OFSP

### Groupe C : EMS

Bellini Enrico	IC Infraconsult
Bovet Margaux	OFSP
Jordi Irma	senesuisse
Kay Adrien (uniquement le matin)	OFSP
Linsin Elke	Pflegezentren Zürich
Locher Michèle	SIPI
Lusser-Lutz Selina	OFSP
Marschall Jonas (uniquement l'après-midi)	unimedsuisse
Petignat Christiane	CDS
Tschirky Erich	Swissnoso

## A4 SYNOPSIS ET ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE

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

#### Synopsis et état de la mise en œuvre, août 2018

Ce document vise à mieux cerner le contexte dans lequel s'insère l'atelier avec les parties prenantes du 20 septembre 2018.

#### **Atelier des parties prenantes du 20.9.2018**

Diverses initiatives de prévention des IAS dans les hôpitaux et les EMS ont été élaborées pendant mais aussi avant la Stratégie NOSO. Nous souhaitons que cet atelier serve de plateforme d'échange d'expériences sur ces initiatives et bonnes pratiques. Les présentations et les échanges doivent permettre un apprentissage mutuel et donner de nouvelles impulsions pour de futures initiatives.

Les résultats de cet atelier permettront de mieux soutenir les acteurs dans leurs actions et en même temps de fournir à la direction de projet des précisions sur les modalités de soutien à la mise en œuvre des mesures.

#### **Etat actuel des activités par champ d'action<sup>1</sup>:**

**Évaluation :** La prévalence des IAS dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse et leur proportion évitable sont connues. L'évaluation des coûts et de la mortalité imputables aux IAS est en cours (deuxième volet de l'enquête de prévalence ponctuelle dans les hôpitaux). Un projet pilote dans le canton de Vaud a démontré la faisabilité d'une telle enquête dans les établissements médicaux-sociaux (EMS) de ce canton.

**Gouvernance :** Des recommandations permettant d'établir les exigences minimales en termes de structure et de processus pour les hôpitaux de soins aigus sont en cours d'élaboration (groupe de travail sous l'égide de Swissnoso). Les rôles et les responsabilités des différentes organisations sont partiellement clarifiés, tout comme la collaboration entre l'OFSP et les cantons. La création d'une nouvelle structure pour la collaboration des acteurs dans l'opérationnalisation des mesures (Swissnoso+ ou NOSonet) n'est pas jugée opportune par les partenaires et ne sera pas mise sur pied. Les systèmes d'incitation en place en Suisse sont en cours d'évaluation.

**Monitoring :** Le monitoring des infections du site chirurgical est poursuivi. Le programme pilote « progress ! Sécurité dans le sondage vésical » est terminé. Les modalités de déploiement national seront discutées entre les différents acteurs ces prochains mois. Un système de monitoring des principales infections associées aux soins sera élaboré et mis sur pied ces prochaines années.

**Prévention et lutte :** Swissnoso a reçu le mandat de l'OFSP de développer un centre de compétences national pour les études épidémiologiques régionales et nationales lors des flambées d'IAS. L'application *Clean Hands* est utilisée dans plus de 100 hôpitaux. Le module pilote de prévention « Surgical Site Infections (SSI) Intervention » est proposé à tous les hôpitaux de Suisse, ainsi que l'application *Clean Care Monitor*. Les déterminants comportementaux de la compliance aux mesures de prévention des infections décrits dans la littérature sont analysés.

---

<sup>1</sup> Source : Rapport intermédiaire 1 de mise en œuvre de la stratégie NOSO (novembre 2016 à mars 2018), OFSP, 6 avril 2018. Données complétées avec mesures en cours (état août 2018).

**Formation et recherche :** Le cadre pour l'analyse des besoins en termes de formation a été défini. La stratégie soutient une étude de l'hôpital universitaire de Zurich « Prevention Bundle for non-ventilator associated Hospital acquired Pneumonia (nvHAP) ».

**Prochaines étapes (perspectives) :**

- Mise en œuvre d'une communication coordonnée et cohérente entre tous les partenaires de la mise en œuvre de la stratégie NOSO ;
- Concrétisation du modèle d'impact de la stratégie sous la forme d'objectifs opérationnels (avec l'équipe de projet) ;
- Développement d'un système national de monitoring ;
- Définition des besoins en termes de formation (étude) ;
- Élaboration de recommandations permettant d'établir les exigences minimales en termes de structures et de processus pour les hôpitaux de soins aigus (groupe de travail sous l'égide de Swissnoso) ;
- Réalisation d'une étude pilote de prévalence ponctuelle des IAS dans les EMS en Suisse alémanique ;
- Évaluation de la nécessité de mettre une plateforme nationale du savoir à disposition des acteurs.

Pour rappel, un plan de mise en œuvre en trois phases a été développé en collaboration avec l'équipe de projet. Nous sommes actuellement dans la phase I et dans la fixation des modalités qui permettront ensuite le lancement et le déploiement des mesures en phase II et III.

Phase I

Dans cette première phase, il s'agit essentiellement de valoriser les résultats des premières études lancées, qui serviront de base pour l'élaboration des premières normes et directives. Parallèlement, il faudra veiller à clarifier les rôles et les missions des organisations impliquées et renforcer le rôle de Swissnoso (Swissnoso+). Au niveau communication, une stratégie sera élaborée avec les partenaires clés.

Phase II

Durant cette phase, on mettra en application les mesures de gouvernance dans les institutions et on pourra veiller à l'implémentation du système de monitoring dans les hôpitaux et les EMS. L'extension de la formation des spécialistes pourra démarrer.

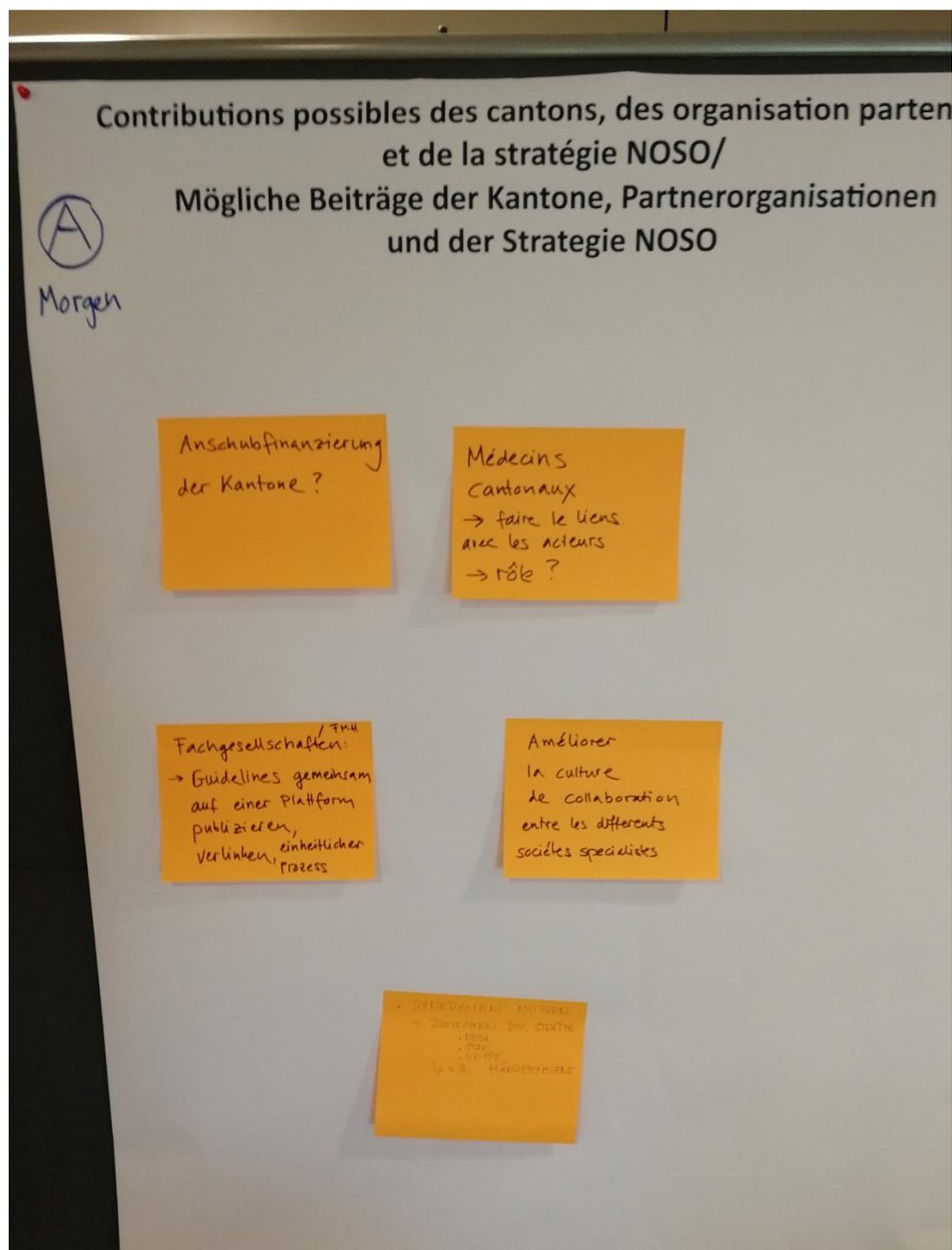
Phase III

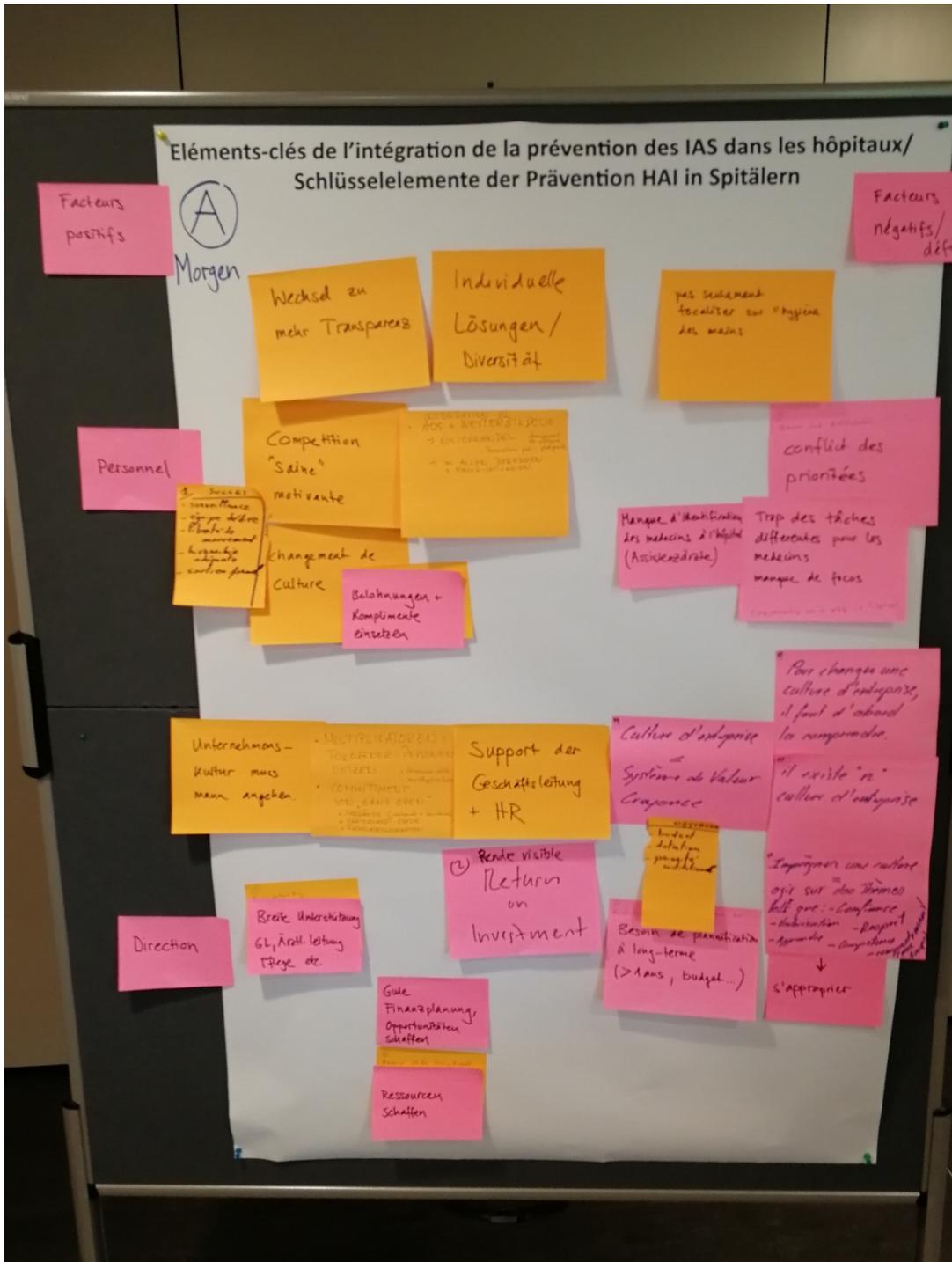
Dans cette phase, les structures de gouvernance seront consolidées afin de garantir la coordination et la qualité du monitoring. Mais c'est surtout les mesures de prévention, de lutte et de formation continue dans les institutions de santé qui devront être mises en œuvre et institutionnalisées, afin de pérenniser une culture d'apprentissage et de dialogue.

## A5 : PHOTOS DES TRAVAUX DE GROUPE ET RETRANSCRIPTION DES MOTS-CLÉS

### Matinée

Groupe A : Hôpitaux 1







## Retranscription des mots-clés

Éléments-clés de l'intégration de la prévention des IAS dans les hôpitaux

### Facteurs positifs (groupe A)

- Amélioration de la transparence
- Solutions individuelles / diversité
- Compétition saine, motivante
- Changement de culture
- Récompenses, compliments
- Au niveau du personnel : surveillance, liberté de mouvement, hiérarchie adéquate, soutien formel
- Développement d'une culture d'entreprise
- Multiplicateurs et personnes permettant d'ouvrir des portes
- Implication venant d' « en haut »
- Soutien de la direction et des RH
- Culture d'entreprise, système de valeurs, croyance
- Capacité d'adaptation
- Planification à long terme
- Mise en évidence des retours sur investissements
- Large soutien de la direction, des médecins, du personnel soignant, etc.
- Bonne planification financière, création d'opportunités
- Création de ressources

### Défis (groupe B)

- Ressources
- Qualité
- Consolidation
- Patience
- Culture d'entreprise
- Intégration dans l'institution
- Améliorations / bons résultats -> motiver et convaincre
- Hygiène hospitalière efficace (service)
- Implication de toutes les professions
- Multitude de germes, notamment ceux résistants aux antibiotiques

### Facteurs positifs (groupe B)

- Culture de la qualité
- Changer la culture grâce aux données
- Coûts des IAS -> prouver les économies réalisées
- Accent sur la gestion de la qualité
- Mise en évidence de l'utilité, des lacunes sur le plan des connaissances et des mesures
- Responsabilité de la gestion de la qualité et de l'hygiène hospitalière incombant aux médecins chefs
- Responsabilité du médecins chefs
- Organisation de l'hygiène hospitalière au sein de l'institution (État-major)
- Formation, y c. la direction de l'hôpital
- Importance du feedback interne
- Ressources + pilotage : tâches du canton
- Personnel spécialisé -> beaucoup de connaissances mais des ressources sont nécessaires

#### Facteurs négatifs (groupe A)

- Le budget, les priorités institutionnelles constituent des obstacles
- Il ne faut pas se focaliser sur l'hygiène des mains
- Il importe de définir des priorités : conflit des priorités / des objectifs
- Il existe un manque d'identification à l'hôpital (médecins-assistants) et trop de tâches différentes doivent être assumées
- Pour changer une culture d'entreprise, il faut la comprendre
- Il existe « n » cultures d'entreprises
- Il faut développer une culture grâce au respect, à la confiance, à la valorisation, à la culture d'apprentissage, aux compétences et à l'implication

#### Facteurs négatifs (groupe B)

- Hétérogénéité du paysage hospitalier
- Organisation de l'hygiène hospitalière au sein de l'établissement (si service parmi d'autres -> pas considéré comme important)
- Absence de l'hygiène dans le cahier des charges des médecins chefs / de la direction
- Question des ressources ! Reconnaissance l'importance des formations
- Appropriation de la culture / clarification des responsabilités

Contributions possibles des cantons, des organisations partenaires et de la stratégie NOSO

#### Contributions possibles (groupe A)

- Financement de départ de la part des cantons ?
- Sociétés de discipline médicale : publier les directives sur une plateforme commune, insérer des liens -> uniformisation des processus
- Liens entre les hôpitaux cantonaux et les services cantonaux -> rôles ?
- Amélioration la culture de collaboration entre les différents spécialistes
- Exploitation des synergies entre les stratégies (STaR, GRIPS, NOSO) -> p. ex. hygiène des mains

#### Contributions possibles (groupe B)

- Mandats de prestations cantonaux -> différent selon les cantons ; la Confédération doit faciliter la coordination
- Échanges au niveau régional entre les hôpitaux ?
- *Benchmarking* -> encourage le changement
- Normes minimales

Groupe C : EMS

## Contributions possibles des cantons, des organisation partenaires et de la stratégie NOSO/ Mögliche Beiträge der Kantone, Partnerorganisationen und der Strategie NOSO

~~Strategie NOSO~~  
Strategie NOSO

STANDARD  
RESSOURCES  
PCI

Message de  
la stratégie  
NOSO plus  
clair / contraignant  
aux cantons

RECHERCHE  
PCI  
→ Pas de doublés  
pour les EMS

Volkswirtschaftliche  
Studie nötig  
(Zahlen für  
Argumentation)

Cantons

Weniger Widerstand  
auf Ebene Pflegeheim  
bei Kantonalen  
Entwicklung von Vorgehen  
Zusatzleistungen  
Kantone

Betriebs-  
bewilligung

IMPLICATION DES  
CANTONS FÉDÉRATION  
PCI (=> ECAS)

GDK/CDS:  
Implementierung von  
Minimalanforderungen  
in den Kantonen  
über die Neugestaltung  
der Pflegeversicherung  
(wie AMO-Modell)

Organisations

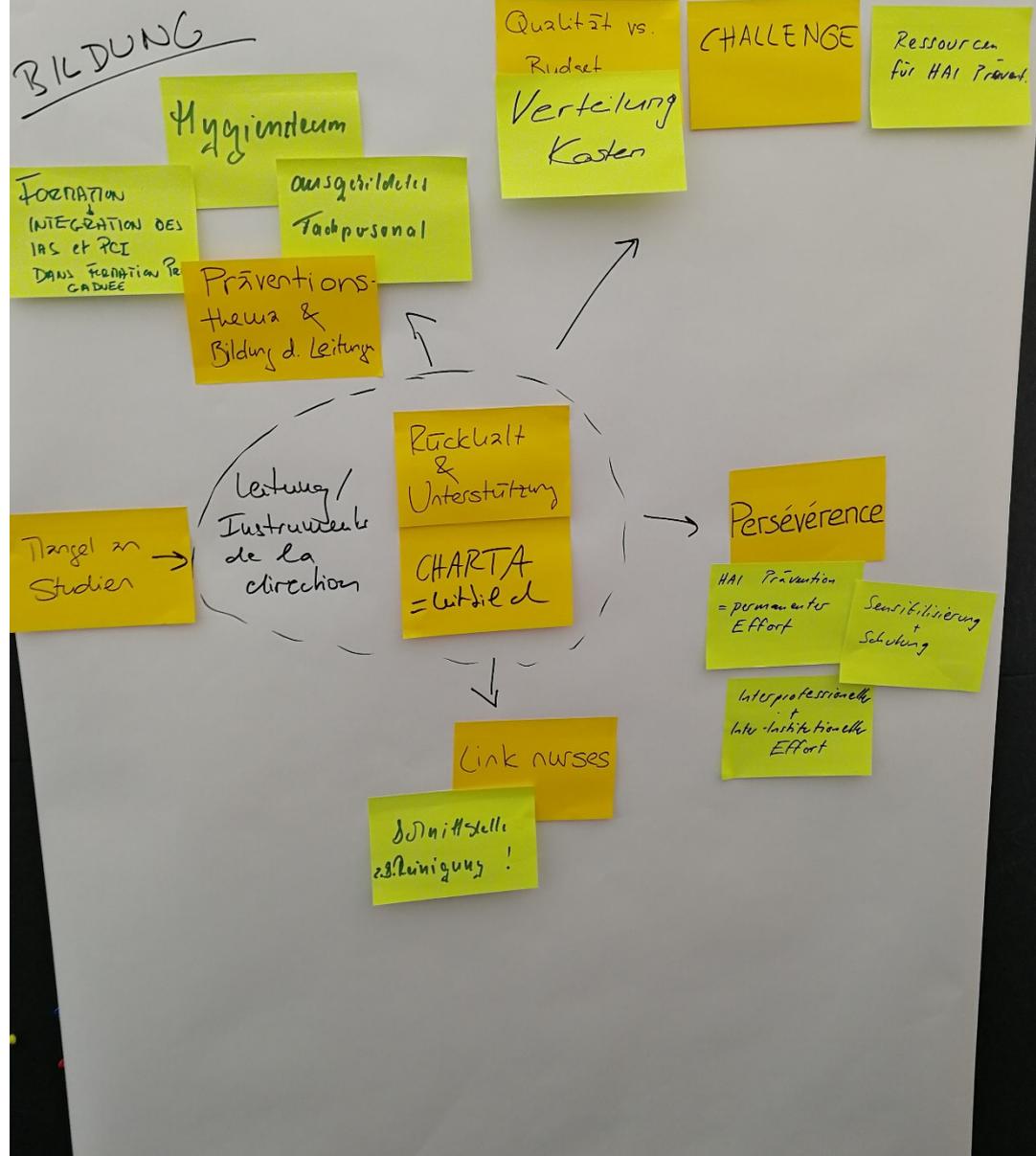
Senesuisse:  
Keine Pflicht /  
Keine neuen Kosten  
→ Keine Ressourcen  
vorhanden

Netzwerk-  
Zugang  
(über Curativa /  
Senesuisse)

Les organisations  
doivent soutenir  
la stratégie  
→ porter le message

Politische Ebene:  
Lobbying für die  
Pflegeheim im Rahmen  
Konkretisierung der  
Qualifizierungs-Projekte  
des Bundes

Éléments-clés de l'intégration de la prévention des IAS dans les EMS/  
 Schlüsselemente der Prävention HAI in den Pflegeheimen



## Retranscription des mots-clés

Éléments-clés de la  
prévention des IAS dans  
les EMS

### **Formation :**

- Thèmes liés à l'hygiène
- Personnel spécialisé
- Prévention + formation des directions
- Intégration de la prévention et du contrôle de l'infection (PCI)

### **Défis :**

- Qualité / coûts
- Ressources pour la prévention des IAS
- Répartition des coûts

### **Direction / instruments :**

- Soutien
- Charte
- Manque d'études
- Link-nurses
- Interfaces, p. ex. avec le service de nettoyage
- Persévérance
- Prévention des IAS = effort permanent
- Sensibilisation et formations
- Effort interprofessionnel et interinstitutionnel

Contributions possibles  
des cantons, des  
organisations partenaires  
et de la stratégie NOSO

### **Stratégie NOSO :**

- Normes pour les ressources en PCI
- Clarification du message de la stratégie NOSO pour les cantons
- Recherches dans le domaine de la PCI -> pas de chiffres pour les EMS
- Études économiques (chiffres pour l'argumentation)

### **Cantons :**

- Moins de résistance des EMS si développement cantonal de la procédure
- Prestations supplémentaires des cantons
- Autorisation d'exploiter
- Formation des cantons
- CDS : mise en œuvre d'exigences minimales dans les cantons dans le cadre de la réorganisation du financement des soins

### **Organisations :**

- senesuisse : ne veut pas d'obligation / pas de nouveaux coûts -> pas de ressources disponibles
- Accès au réseau (via CURAVIVA, senesuisse)
- Soutien de la stratégie (porter le message)
- Au niveau politique : lobbying pour les EMS dans le cadre de la concrétisation des projets d'assurance-qualité de la Confédération.

## Après-midi

Groupes A+B : Hôpitaux



## Contributions possibles des cantons, des organisation partenaires et de la stratégie NOSO/ Mögliche Beiträge der Kantone, Partnerorganisationen und der Strategie NOSO

Kantone

'On-the-job'  
training essential

Best-practice  
price

Fachgesellschaften

Kantone arbeiten  
kooperativer zusammen  
→ Beispiel Powerade  
→ warum nicht ECH?

Schwiz- und  
"Indikatorliste"  
(Bsp. Vorleben) "Standard"  
→ P... verantwortl.

Projekt in  
Fachpublikation  
+ Webseits (SMS, ...)  
aus publizieren

- Mindeststandards  
- realisieren wie überhaupt  
sind, als Ergänzung  
gebaut  
- in Leistungs...

harmonisierte  
Richtlinien  
publizieren für CH

- Qualitäts-  
Tage... von  
verschiedenen Fachgese...  
→ zum Thema NOSO  
Austausch → wie...  
...?

Tods + best practices  
müssen in  
die Ausbildung  
einfließen (→ SEM)

Tods + best practices  
fließen nur wenn dem  
Vorgesart in die  
Pflegeausbildung

Interdisziplinär  
in Ausbildung  
SEM → inputs in  
Pflegeausbildung

Ausbildungsinstitutionen  
in Workshops  
integrieren

Entwickliche  
Bsp... "Best..."  
→ in...  
→ z... u...  
→

- Kantonsratli...  
Facilitator: Fachperson  
auskleiden  
→ ...  
→ ...  
... für Public Health

NOSO-  
Strategie

Unterschiede und es  
gehen bei...  
→ best... SEM  
darstellen

über Strategie  
→ ...  
Förderung als...  
Vernetzung  
(nicht...)

## Retranscription des mots-clés

Développement et utilisation d'aides pratiques dans les hôpitaux

### Points positifs :

- Guide pratique -> diffusé dans toute la Suisse -> économise les ressources (= norme)
- Intégration des soins de base dès le début
- Outils d'information modernes -> des résultats sont-ils obtenus ? -> nouvelles méthodes (économiseurs d'écran)
- Possible uniquement si les processus sont connus en interne
- Soutien de la direction
- Volontariat
- Discussions concernant la sécurité des patients
- Communication fréquente et à travers de multiples canaux
- Utilisation des canaux d'information existants (rapports, visites)
- Aides faciles, utiles, actuelles, adaptées, applicables, visibles
- Bonne gestion de projets, objectifs et planification clairs, préparation suffisante
- Prise en compte de ce qui existe déjà : ne pas « réinventer la roue »
- Utilisation des exemples existants, des rapports
- Collecte de fonds/examen par les pairs, projets pilotes + triage, publication, valorisation des succès, analyses
- Business plan -> bénéfiques car moins de mesures d'isolement
- Intégration des laboratoires, du personnel technique, soignant, d'entretien, logistique, etc.
- Flexibilité, réévaluations
- Objectif : qui le définit ? -> collaborateurs (utilisateurs)
- Accent sur les problèmes essentiels + solutions
- Définition de priorités, ne pas participer à tout -> tâche de la direction de l'hôpital ou de la clinique
- Essais pilotes dans différents institutions
- Caractère essentiel de l'échange entre les projets pilotes
- Publication des résultats / partage des succès -> collaboration des hôpitaux partenaires
- Manière d'exploiter l'enquête de prévalence ? Pertinence pour chaque hôpital ?
- Connaissance des données de base (*baseline*) + utilité politique (données locales -> priorité ?)
- Spécialistes / personnel
- Budget spécifique, importance de garantir le financement à long terme

### Points négatifs :

- Continuité des projets (bonne évaluation de la mise en œuvre)
- Risque de coûts supplémentaires
- Diversité des systèmes informatiques hospitaliers
- Aspect financier : interruption des projets après seulement 2 à 3 ans
- Bonne communication interne, mais qu'en est-il à l'échelle de la Suisse ? Plateforme ?
- Évolution des prix
- Bonne préparation, communication, discussion -> coûts supplémentaires : savoir dire non si cela ne convient pas

Contributions possibles  
des cantons et des  
organisations partenaires

- Plateforme pour les expériences +/- ? (« hospitalinterventions.ch »)

**Cantons :**

- Services du médecin cantonal -> laboratoire spécialisé, former des spécialistes.
- Évaluation, investissements à long terme dans la santé publique
- Coopération des cantons -> ex. de la Suisse romande, pourquoi pas dans toute la Suisse ?
- Normes minimales
- Directives reconnues à titre de recommandations (dans les contrats de prestations)

**Stratégie NOSO :**

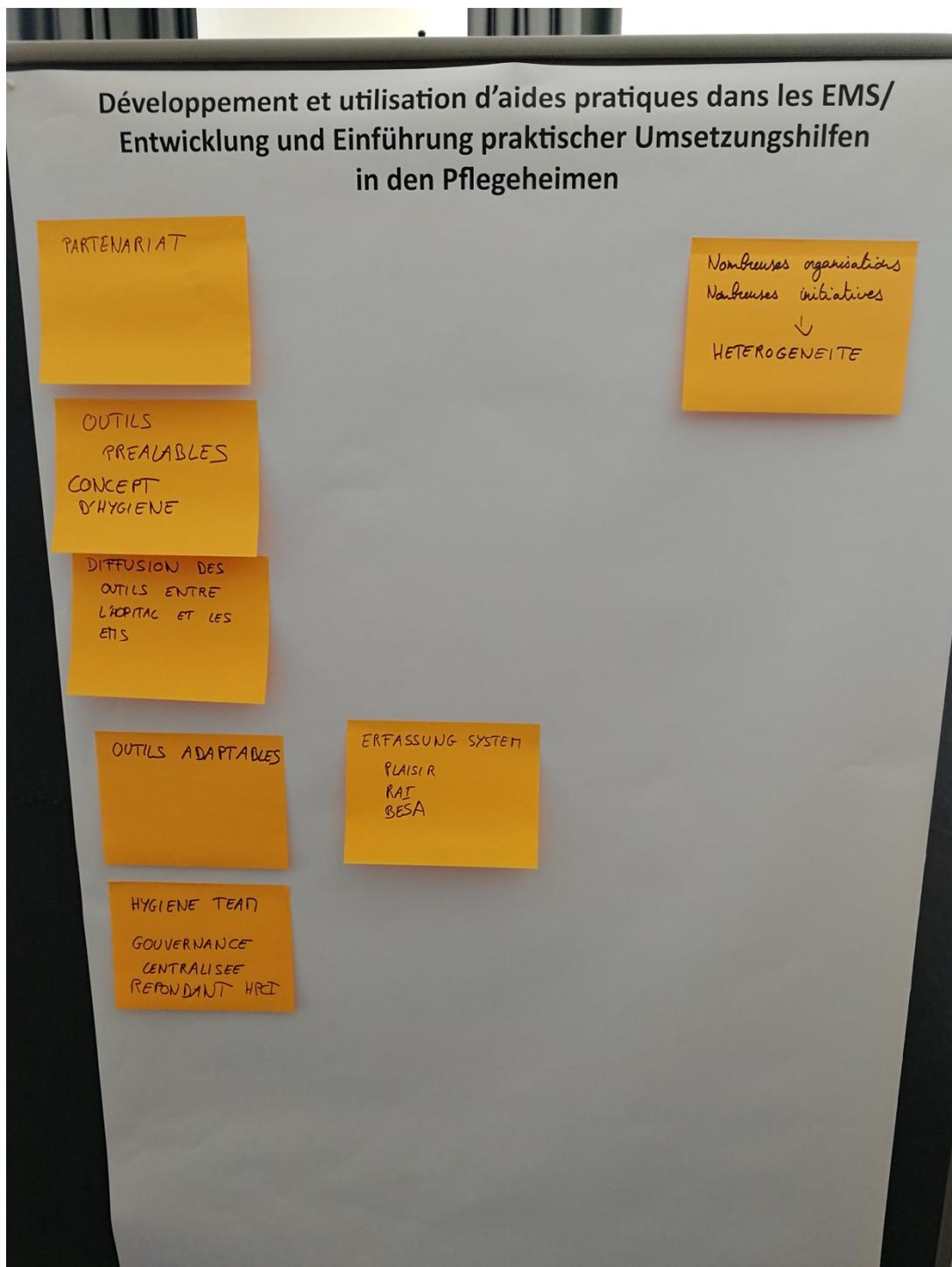
- Directives harmonisées pour toute la Suisse
- Différences dans les directives -> les meilleures s'imposeront

**Sociétés de discipline médicale :**

- Remise de prix de bonnes pratiques
- Entraînement pratique essentiel
- Liste d'indications reconnue au niveau national servant de norme -> implication
- Publication des projets dans des revues spécialisées et sur des sites Internet (Swissnoso)
- Séances communes des sociétés de discipline médicale sur le thème NOSO, échanges -> quelles sont les expériences d'autrui ?
- Intégration des listes de tâches et des bonnes pratiques dans la formation
- Intégration tardive des listes de tâches et des bonnes pratiques dans la formation aux professions des soins
- Interdisciplinarité dans la formation. Société suisse de microbiologie (SSM) -> contributions dans la formation aux professions des soins
- Intégration des institutions de formation dans des ateliers

Recommandations uniformes : directives de bonnes pratiques -> intégration dans les manuels d'enseignement -> transmission aux étudiants

## Groupe C : EMS



Contributions possibles des cantons, des organisation partenaires  
et de la stratégie NOSO/  
Mögliche Beiträge der Kantone, Partnerorganisationen  
und der Strategie NOSO

VOLONTE POLITIQUE

- Hôpital
  - EMS
  - Ambulatoire
- CENTRALISATION

CONTRIBUTION  
CANTON

- Soutient étude
- Coût de prestation

CONTRIBUTION OFSP

- Financement des centres par la répartition des PPS
- Harmonisation au niveau national

ACCREDITATION  
ISO

CONTRIBUTION STRATEGIE

- Standards minimums
- Besoins minimums en termes d'équipement en PET dans les EMS

AUDIT CANTONALE

- PROPOSITION  
D'AMÉLIORATION

## Retranscription des mots-clés

Développement et utilisation d'aides pratiques dans les EMS

### Mots-clés/idées :

- Partenariat
- Outils préalable : concepts d'hygiène
- Diffusion des outils entre l'hôpital et les EMS
- Outils adaptables
- Équipe responsable de l'hygiène
- Gouvernance centralisée
- Systèmes de saisie des données (PLAISIR, RAI, BESA)

Hétérogénéité : nombreuses organisations, nombreux acteurs

Contributions possibles des cantons et des organisations partenaires

### Mots-clés/idées :

- Centralisation de la volonté politique (hôpitaux, EMS, soins ambulatoires)
- Accréditation (ISO)
- Audits cantonaux -> propositions d'amélioration
- Contributions des cantons : réaliser des études, établir des certificats
- Organisations partenaires : financement d'études et réalisation d'enquête de prévalence ponctuelles
- Harmonisation au niveau national
- Validation rationnelle de projets

Stratégie NOSO : standards minimaux, exigences minimales

## A6 ATELIER DU 20.9.2018 : DIAPOSITIVES DES PRÉSENTATIONS