

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

## PREMIER ATELIER DES PARTIES PRENANTES RAPPORT DE SYNTHÈSE

Résumé des **résultats du 1<sup>er</sup> atelier des parties prenantes organisé le 7 avril 2017** concernant la mise en œuvre de la stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (stratégie NOSO)

État au 30 juin 2017

**MANDANT :**

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

**MANDATAIRES / CONTRIBUTEURS :**

Direction du projet à l'OFSP :

Samuel Erny, chef de projet suppléant par intérim Mise en œuvre de la stratégie NOSO

Karin Keckeis, collaboratrice scientifique Mise en œuvre de la stratégie NOSO

Accompagnement de projet externe (IC Infraconsult) :

Enrico Bellini

Thomas Röthlisberger

Relecture et ajouts tirés des travaux de groupe :

Virginie Masserey, OFSP : champ d'action Formation et recherche

Hans C. Matter, OFSP : champ d'action Monitoring

Lydia Ciullo, OFSP : champ d'action Prévention et lutte

Traduction française :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

**PEUT ÊTRE COMMANDÉ À L'ADRESSE SUIVANTE :**

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Division Maladies transmissibles

3003 Berne

## TABLE DES MATIERES

<b>1.</b>	<b>ATELIER ET EXPOSÉS</b>	<b>5</b>
1.1	Objectifs et déroulement de l’atelier	5
1.2	Exposé d’introduction	7
1.3	Etat de la mise en œuvre de la stratégie NOSO	9
1.4	Exposés succincts	10
1.5	Suite des opérations et remerciements aux participants	11
<b>2.</b>	<b>CHAMP D’ACTION GOUVERNANCE (G)</b>	<b>12</b>
2.1	Exposé d’entrée en matière	12
2.2	Enseignements pour la mise en œuvre	14
2.3	Concrétisation des domaines partiels définis comme prioritaires	16
2.3.1	G-2-1 : clarifier les missions, optimiser la répartition des rôles	16
2.3.2	G-2-2 : optimiser les structures	17
<b>3.</b>	<b>CHAMP D’ACTION MONITORAGE (M)</b>	<b>19</b>
3.1	Exposé d’entrée en matière	19
3.2	Enseignements pour la mise en œuvre	21
3.3	Concrétisation des domaines partiels définis comme prioritaires	22
3.3.1	M-1-2 : assurer un monitoring de qualité élevée	23
3.3.2	M-1-1 : renforcer les acteurs	24
<b>4.</b>	<b>CHAMP D’ACTION PRÉVENTION ET LUTTE (PL)</b>	<b>25</b>
4.1	Exposé d’entrée en matière	25
4.2	Enseignements pour la mise en œuvre	26
4.3	Concrétisation des domaines partiels définis comme prioritaires	27
4.3.1	PL-1 : optimiser et développer la prévention et la lutte	28
4.3.2	PL-2-3 : obtenir l’engagement formel des acteurs	30
<b>5.</b>	<b>CHAMP D’ACTION FORMATION ET RECHERCHE (FR)</b>	<b>31</b>
5.1	Exposé d’entrée en matière	31
5.2	Enseignements pour la mise en œuvre	33
5.3	Concrétisation des domaines partiels définis comme prioritaires	35
5.3.1	FR-1-1 : former des experts puis assurer leur formation continue	36
5.3.2	FR-1-2 : assurer la formation continue du personnel des institutions de santé	37
<b>6.</b>	<b>RÉSUMÉ ET CONCLUSION</b>	<b>38</b>

## ANNEXES

A1	Atelier du 7 avril 2017 : participants	39
A2	Atelier du 7 avril 2017 : objectifs et programme	41
A3	Synopsis et état de la mise en œuvre, mars 2017	43
A4	Planification dans les grandes lignes de la mise en œuvre 2017-2020, mars 2017	47
A5	Projets de concepts de mise en œuvre proposés pour une sélection de mesures et domaines partiels prioritaires	48

# 1. ATELIER ET EXPOSÉS

## 1.1 OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DE L'ATELIER

1 <sup>er</sup> atelier des parties prenantes : thèmes et participants	Le premier atelier des parties prenantes sur la mise en œuvre de la stratégie NOSO s'est tenu le 7 avril 2017 dans les locaux de l'OFSP à Berne. Au total, 36 experts étaient présents (cf. liste des participants, annexe A1).
Documents de base	Outre le programme de l'atelier (cf. annexe A2) et la liste des participants, trois documents ont été distribués aux personnes présentes en français et en allemand : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stratégie NOSO, synopsis et état de la mise en œuvre, mars 2017 (cf. annexe A3)</li><li>▪ Stratégie NOSO, planification dans les grandes lignes de la mise en œuvre 2017-2020, mars 2017 (cf. annexe A4)</li><li>▪ Stratégie NOSO (versions complète et abrégée)</li></ul>
Utilité de la synthèse	Le présent rapport dresse la synthèse des résultats de l'atelier (en particulier des travaux de groupe), dont il fait office de procès-verbal. Il a été élaboré à partir de comptes rendus écrits sur flipchart, de présentations, de notes, de photos des « murs de post-its » et d'enregistrements audio. Son contenu constituera une base importante pour la suite des travaux relatifs à la mise en œuvre de la stratégie NOSO, notamment pour l'élaboration par étapes du plan / concept de mise en œuvre des mesures prioritaires.
Mot de bienvenue	Daniel Koch (OFSP) souhaite la bienvenue aux personnes présentes et souligne les points suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ La stratégie NOSO a été élaborée, et doit maintenant être mise en œuvre, dans le cadre d'une approche participative. C'est donc cette approche qui est au cœur de cette journée de rencontre et de collaboration.</li><li>▪ Beaucoup des personnes présentes ont déjà participé à l'élaboration de la stratégie NOSO. D'autres ne la connaissent pas encore de manière aussi approfondie. Mais toutes sans distinction sont appelées à s'impliquer dans sa mise en œuvre.</li><li>▪ L'OFSP a un rôle de coordination dans la mise en œuvre de la stratégie et a besoin, pour accomplir sa mission, de l'expertise et de l'expérience pratique des personnes présentes. Aucune décision ne pourra en effet être prise (par les organes de projet), ni aucune mesure concrétisée, autrement que sur la base des connaissances et du vécu des parties prenantes.</li><li>▪ L'OFSP souhaiterait organiser un atelier sur la mise en œuvre de la stratégie NOSO tous les ans afin de promouvoir l'échange d'expérience entre les parties prenantes et de contribuer à leur mise en réseau.</li><li>▪ L'OFSP se réjouit de l'intérêt porté par les personnes présentes à la mise en œuvre de la stratégie NOSO et du nombre de participants à l'atelier. Cette motivation est la clé qui permettra d'avancer ensemble et de</li></ul>

réussir la mise en œuvre des mesures définies dans la stratégie.

## Objectifs

L'atelier vise en particulier à :

- informer tous les acteurs de l'état de la mise en œuvre de la stratégie et des premières réflexions sur la planification de cette mise en œuvre ;
- valoriser au maximum l'expérience acquise par les parties prenantes au fil de leurs projets et de leur pratique dans les quatre champs d'action de la stratégie ;
- concrétiser avec l'aide des parties prenantes la mise en œuvre des mesures jugées prioritaires ;
- inciter la communauté des parties prenantes à participer à la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

## Déroulement

Enrico Bellini (IC Infraconsult) présente la façon dont l'atelier se déroulera (cf. programme, annexe A2). Il explique, qu'après un exposé d'introduction, une brève présentation de l'état de la mise en œuvre et trois exposés succincts sur des projets pilotes, les participants seront invités à plancher sur la concrétisation de la mise en œuvre des mesures jugées prioritaires dans le cadre de travaux de groupe, au sujet desquels il donne les précisions suivantes :

- Les travaux de groupe s'organiseront autour des quatre champs d'action de la stratégie : gouvernance (G), monitoring (M), prévention et lutte (PL), formation et recherche (FR).
- Ils se dérouleront à chaque fois en deux parties, avec des participants différents.
- Dans la partie 1, les participants auront pour mission d'identifier les défis et obstacles liés aux mesures prioritaires considérées, les approches et solutions envisageables, et les moyens possibles de mesurer les résultats. Ils pourront, ce faisant, s'appuyer sur un bref exposé axé sur la pratique qui leur aura été présenté en guise d'entrée en matière.
- Dans la partie 2, les participants auront pour mission d'identifier les activités à planifier pour les mesures prioritaires considérées, les objectifs à atteindre en termes d'output et d'outcome et les acteurs à impliquer. Ils pourront, ce faisant, s'appuyer sur un projet de concept de mise en œuvre qui aura été élaboré en amont de l'atelier à titre de proposition pour une des mesures en question.
- Les principaux résultats des différents travaux de groupe seront ensuite présentés en plénière.

## 1.2 EXPOSÉ D'INTRODUCTION

Prévention des infections nosocomiales : défis et facteurs clés pour l'efficacité

Walter Zingg  
(Hôpitaux Universitaires de Genève)

Le Dr Walter Zingg (privat-docent) des Hôpitaux Universitaires de Genève, présente un exposé intitulé « Prévention des infections nosocomiales : défis et facteurs clés pour l'efficacité » en guise d'introduction à la problématique des infections associées aux soins (IAS).

Il commence par décrire l'influence de l'hygiène hospitalière / de la prévention sur les IAS en s'appuyant sur les exemples des projets SENIC et Michigan Keystone, et indique les cinq facteurs qui ont contribué au succès de la mise en œuvre de ce dernier projet :

- Exercice d'une certaine pression sur les hôpitaux pour qu'ils participent à l'étude
- Formation d'une communauté d'établissements connectés
- Construction d'un consensus autour de l'idée que les infections associées aux cathéters sont inacceptables
- Recours à une grande diversité d'interventions adaptées aux conditions locales et axées sur l'engagement
- Utilisation des taux d'infection comme levier pour inciter à plus de discipline

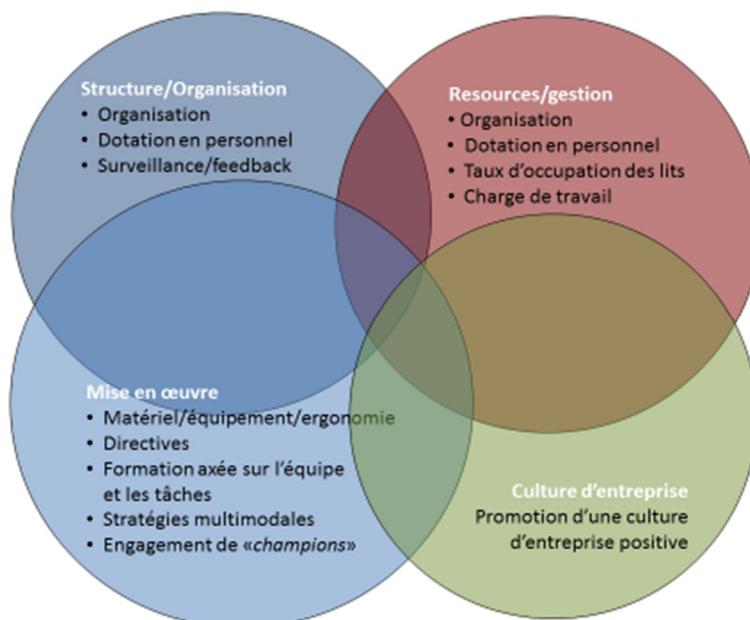
En s'appuyant cette fois sur une étude qu'il a publiée en 2015<sup>1</sup> en collaboration avec d'autres experts, Walter Zingg expose ensuite les facteurs clés de l'efficacité de la prévention des infections sur les plans organisationnel et structurel.

L'étude en question a permis, à partir de l'évaluation de 92 publications scientifiques (parues entre 1996 et 2012), d'identifier dix stratégies clés (y c. les indicateurs correspondants), comprenant notamment l'organisation de la prévention des IAS dans les hôpitaux, le maintien d'un taux d'occupation des lits et d'une charge de travail adaptés, l'orientation de la formation sur les équipes et sur les tâches, l'instauration d'une surveillance (prospective) et d'un feed-back, l'élaboration de stratégies multimodales pour la prévention des IAS, et la promotion d'une culture d'entreprise positive.

La prévention des IAS constitue une priorité pour la sécurité des patients et concerne l'ensemble des collaborateurs, qui, quel que soit leur niveau (cf. figure ci-après), ont en effet tous un rôle à jouer dans sa réussite. Les hôpitaux, mais aussi les autres institutions médicales, trouveront dans les dix stratégies clés définies en matière de structure, d'organisation et de gestion un outil pour faire le point sur leurs activités et développer des projets de prévention complets.

---

<sup>1</sup> Zingg W. et al. (2015): Systematic review and evidenced-based guidance on organization of hospital infection control programmes (SIGHT) study group. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. Lancet Infect Dis 2015; 15: 212-24.



Interactions entre les dix stratégies clés au sein d'un hôpital (source : présentation de W. Zingg et Executive summary fourni à l'OFSP).

Les dix stratégies clés définies et les indicateurs qui les accompagnent se veulent une aide à la réduction des IAS et à l'amélioration de la sécurité des patients. Elles peuvent servir de « guides » pour élaborer des stratégies de prévention des IAS.

Questions de l'assemblée plénière

- Dans quelle mesure les stratégies proposées pour les hôpitaux sont-elles applicables aux établissements médico-sociaux (EMS) ?  
-> Réponse de W. Zingg : Ces stratégies sont effectivement transposables aux EMS, moyennant éventuellement quelques ajustements.
- Quelles sont les chances de pouvoir mettre en œuvre un système de prévention dans un pays tel que la Suisse, où le système de santé n'est pas centralisé comme dans d'autres pays ?  
-> Réponse de W. Zingg : Pour que la mise en œuvre fonctionne, et on peut être globalement optimiste sur le sujet, il faudra surtout que les hôpitaux aient envie de collaborer, ce qui ne devrait pas être un problème compte tenu de l'importance qu'ils accordent à leur positionnement par rapport aux autres établissements. Mais il ne faudra pas non plus avoir d'attentes trop élevées à leur égard.

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

Stratégie NOSO : état de la mise en œuvre

Virginie Masserey (OFSP) présente les principaux éléments de la stratégie NOSO et informe l'assistance sur l'état de sa mise en œuvre, qui, rappelle-t-elle, a été confiée à l'OFSP par le Conseil fédéral le 23 mars 2016 dans un mandat chargeant l'office de mettre en œuvre la stratégie en collaboration avec les cantons et les partenaires et de réaliser une évaluation intermédiaire d'ici à fin 2020.

Les principaux éléments à souligner concernant la stratégie NOSO sont ses interfaces avec d'autres stratégies nationales, ses objectifs globaux, ses champs d'action, ses mesures clés, ses acteurs, son organigramme de projet et son calendrier (cf. synopsis, annexe A3). Il faut aussi retenir que cette stratégie a été élaborée, et doit être mise en œuvre, de façon à bâtir sur ce qui existe déjà, à fédérer les forces et à combler les lacunes.

Après consultation de l'équipe de projet, le comité de pilotage a décidé que les mesures seraient mises en œuvre selon l'ordre de priorité suivant :

- Phase I :
  - Clarification des rôles et des missions des organisations impliquées
  - Renforcement du rôle de Swissnoso (Swissnoso+)
  - Élaboration d'une stratégie de communication avec les partenaires clés
- Phase II :
  - Mise en application des mesures de gouvernance dans les institutions et implémentation du système de monitoring dans les hôpitaux et les EMS
  - Démarrage de l'extension de la formation des spécialistes
- Phase III :
  - Renforcement des structures de gouvernance afin de garantir la coordination et la qualité du monitoring
  - Mais aussi et surtout mise en œuvre et institutionnalisation des mesures de prévention, de lutte et de formation dans les établissements de santé, afin d'y ancrer une culture d'apprentissage et de dialogue

Swissnoso est actuellement soutenu financièrement par l'OFSP pour les projets suivants (cf. annexe A3) :

- Trois enquêtes épidémiologiques (ou études Baseline):
  - Étude nationale de prévalence ponctuelle 2017 : IAS et utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux de soins aigus
  - Revue de la littérature : *The Preventable Proportion of Nosocomial Infections*
  - Revue de la littérature : *Behavioural Determinants of Compliance with Infection Prevention Best Practice Guidelines*
- Projet « Swissnoso+ » : garantie de l'expertise et développement des structures appropriées pour la mise en œuvre de la stratégie NOSO
- Projet « Clean Care Monitor » : surveillance des paramètres du processus de prévention des infections en salle d'opération (développement de l'application « Clean Care Monitor » pour la saisie électronique, le feedback direct et la surveillance avec benchmark)

Les résultats et rapports de ces projets sont attendus pour 2017 / 2018.

## 1.4 EXPOSÉS SUCCINCTS

Introduction exposés  
succincts

Virginie Masserey (OFSP) explique que l'équipe de projet a relevé, avant l'atelier, le signal fort envoyé par des projets déjà en cours. Ces projets donnent des résultats assez rapidement (p. ex., mise en évidence des facteurs de réussite et des entraves sur le terrain, transposition de projets locaux au niveau national) et contribueront à réussite de la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Trois d'entre eux sont brièvement présentés.

progress ! La sécurité  
dans le sondage vésical

Stephanie Züllig (Sécurité  
des patients Suisse)

Le programme pilote national « progress ! La sécurité dans le sondage vésical », qui a débuté en 2016 et doit durer jusqu'en 2018 dans sept hôpitaux, a pour but de réduire le risque de blessures et d'infections lié au sondage vésical en rendant le recours à cette pratique plus rare, plus court et plus sûr. Ses résultats sont évalués au moyen de trois instruments (mesures avant et après les interventions) : surveillance, consultation du personnel et évaluation du processus. Il se trouve actuellement dans la phase de mise en œuvre. Quatre éléments sont notamment cités parmi ses facteurs de réussite :

- Preuves scientifiques
- Approche interprofessionnelle
- Mise en œuvre adaptée au contexte local
- Exigences et calendrier fixés dans le programme

SSI Intervention

Alexander Schweiger  
(Swissnoso)

Le module SSI Intervention a été lancé par Swissnoso pour promouvoir la prévention des infections suite à des interventions chirurgicales (Surgical Site Infections, SSI). Il est déjà testé dans dix hôpitaux pilotes, où on a pu observer que les mesures de prévention étaient principalement entravées par :

- des obstacles structurels (ressources, concurrence d'autres projets, absence de pression extérieure), et
- des obstacles de fond (position éminente / habitude vs preuves scientifiques, recommandations divergentes).

La mise en œuvre d'une surveillance et d'un feed-back régulier sur la qualité des structures, les formations et les processus permet de réduire les infections postopératoires. Plusieurs hôpitaux pilotes ont en effet déjà pu enregistrer une baisse de leurs taux d'infection.

Application  
« Clean Hands »

Matthias Schlegel  
(SSHH / Swissnoso)

L'application « Clean Hands » vise à sensibiliser le personnel de santé à l'importance indéniable de l'hygiène des mains dans la prévention des IAS. Développée par l'unité d'hygiène hospitalière de l'hôpital cantonal de Saint-Gall, et reprise par Swissnoso, elle permet la saisie électronique directe des désinfections manuelles effectuées. Elle comprend également une fonction de surveillance offrant aux hôpitaux la possibilité de se situer par rapport aux autres établissements (*benchmarking*). Et peut aussi servir d'instrument de formation grâce à un feed-back direct au personnel utilisateur. En octobre 2016, on comptait déjà plus de 90 hôpitaux ayant décidé de participer au

projet « Clean Hands ». À noter enfin qu'un jeu gratuit est mis à disposition pour apprendre les bons gestes d'hygiène manuelle de manière ludique.

Questions de l'assemblée plénière

- Combien de temps faut-il pour concevoir et lancer un projet pilote ?  
Réponse de S. Züllig : env. une année
- Le manque de ressources, ou en tout cas de garanties sur les ressources dont ils disposeront, constituent un problème pour les hôpitaux. Est-il possible d'accélérer le déblocage des fonds ?  
Réponse d'I. Praplan (H+) : Les projets à traiter dans le domaine de la qualité et des tarifs sont nombreux et se font concurrence. Mais les directions des hôpitaux sont mobilisées, et il faut espérer que les choses iront effectivement plus vite désormais.

## 1.5 SUITE DES OPÉRATIONS ET REMERCIEMENTS AUX PARTICIPANTS

Prochaines étapes

Karin Keckeis (OFSP) explique en quoi va consister la suite des travaux relatifs à la mise en œuvre de la stratégie NOSO<sup>2</sup>.

Prochaines étapes pour la direction de projet :

- Élaboration du rapport de synthèse du 1<sup>er</sup> atelier (d'ici à mai 2017)
- Finalisation des concepts de mise en œuvre des mesures définies comme prioritaires, et prise en considération ce faisant des résultats de l'atelier (d'ici à mai 2017)
- Consolidation au sein de l'équipe de projet (d'ici à juin 2017), puis mise en consultation auprès du comité de pilotage (d'ici à juin 2017)

Prochaines étapes pour la mise en œuvre des mesures :

- Attribution de mandats d'études
- Allocation d'aides financières pour l'élaboration / la mise en œuvre des mesures définies comme prioritaires

Output pour les participants :

- Remise du rapport de synthèse du 1<sup>er</sup> atelier
- Remise des principales présentations en français et en allemand

Prochain atelier des parties prenantes : printemps 2018

Remerciements aux participants

Virginie Masserey (OFSP) remercie vivement toutes les personnes présentes de leur active et précieuse collaboration lors de l'atelier et leur assure que l'office fera tout son possible pour tenir compte des suggestions, y compris des critiques, formulées dans la suite des travaux relatifs à la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

---

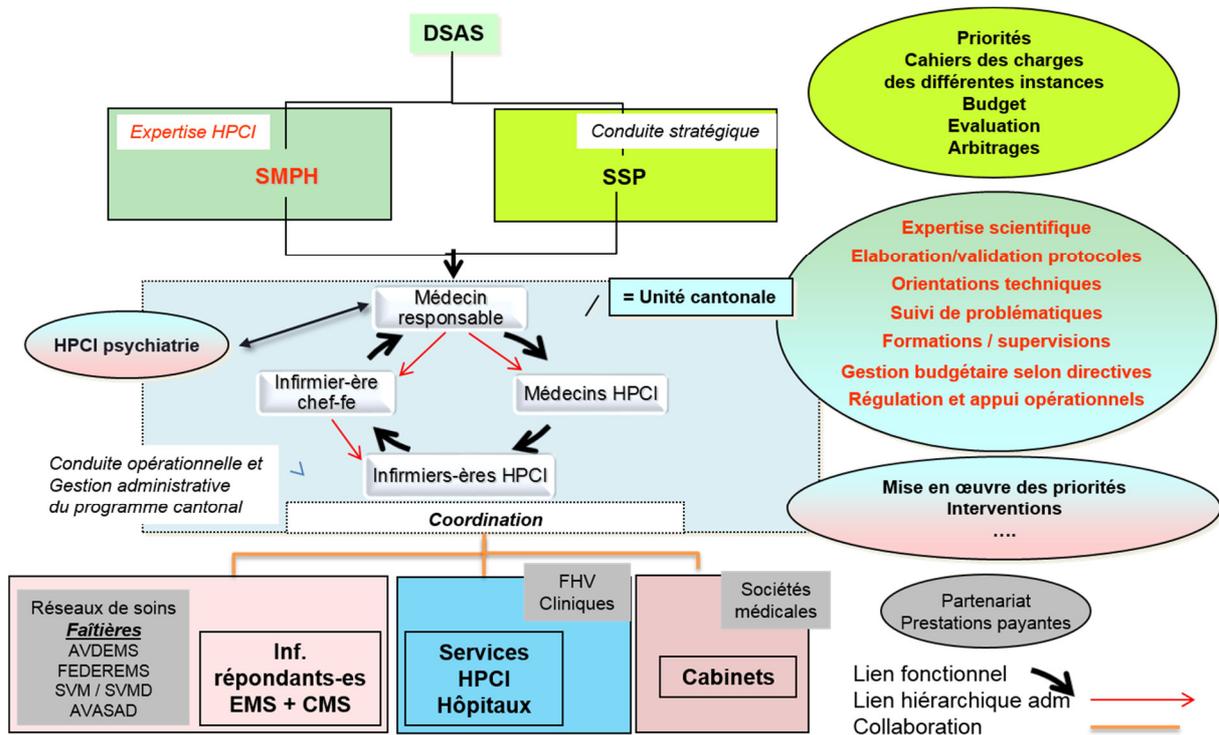
<sup>2</sup> Remarque ajoutée par la direction de projet après coup : les délais ont entre-temps été modifiés

## 2. CHAMP D'ACTION GOUVERNANCE (G)

Participants, animation	<p>Participants à la partie 1 des travaux de groupe :</p> <p>Krisztina Beer (CDS), Christiane Petignat (CDS), Isabell Praplan (H+), Beat Wenger (senesuisse), Stéphanie Züllig (Sécurité des patients Suisse), Isaac Zürcher (OFSP)</p> <p>Participants à la partie 2 des travaux de groupe :</p> <p>Rita-Lena Klein (OSP), Jonas Marschall (unimedsuisse), Carlos Quinto (FMH), Danuta Reinholz (CDS), Walter Zingg (HUG), Isaac Zürcher (OFSP)</p> <p>Animation :</p> <p>Enrico Bellini (IC Infraconsult), Samuel Erny (OFSP)</p>
-------------------------	---

### 2.1 EXPOSÉ D'ENTRÉE EN MATIÈRE

Titre, intervenant	<p>Programme cantonal HPCI vaudois et implication pour les différentes structures sanitaires</p> <p>C. Petignat (CDS), Unité HPCI (hygiène, prévention et contrôle de l'infection)</p>
Modèle de gouvernance choisi dans le canton de Vaud	<p>C. Petignat présente la genèse du programme HPCI du canton de Vaud (projet pilote à partir de 2000, puis déploiement à l'échelle cantonale à partir de 2005) et indique les principaux objectifs du dispositif, notamment en termes de résultats, ainsi que les prestations qui sont offertes dans son cadre. Elle explique également que l'organisation du programme s'articule actuellement autour de trois pivots : une Conduite stratégique, composée d'une direction politique et d'une direction scientifique ; une Unité cantonale, responsable de la coordination générale, de la conduite opérationnelle et de la gestion administrative (cf. figure ci-après) ; et des référents et répondants HPCI, chargés de mettre en œuvre le programme dans les institutions et les organisations de santé. C. Petignat souligne que ce modèle de gouvernance permet une exécution pragmatique et décentralisée des directives et des mesures, et tire en particulier sa singularité et son intérêt du fait qu'il ne se limite pas aux hôpitaux mais intègre également les EMS, les centres de réadaptation et le secteur ambulatoire. Elle précise que le programme dispose d'un budget de 1,2 million de francs par an.</p>
Défis et obstacles rencontrés dans le canton de Vaud	<p>Les principales difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en œuvre du programme HPCI tiennent non seulement à la diversité des acteurs et institutions impliqués (hôpitaux, EMS, soins ambulatoires et à domicile), des patients concernés et des attentes des uns et des autres, mais aussi au caractère limité des ressources à disposition (en temps et en argent) et à la forte hétérogénéité des qualifications du personnel de santé dans le domaine de la prévention des infections. Il a fallu une dizaine d'années pour tout mettre en place.</p>



Organisation actuelle du programme HPCI (hygiène, prévention et contrôle de l'infection) dans le canton de Vaud (source : présentation de C. Petignat)

### Identification des facteurs et approches prometteurs

Pour son programme HPCI, le canton de Vaud a, entre autres, choisi les approches et solutions suivantes :

- Conduite stratégique partagée, permettant de tenir compte à la fois de la volonté politique et des avancées scientifiques
- Intervention dans les institutions de petite taille et les EMS de référents et répondants Hygiène servant de relais et d'interlocuteurs sur le terrain
- Conseil et formation du personnel en général et offre par le canton d'une formation de quatre jours aux référents et répondants Hygiène servant de relais (160 personnes formées à ce jour, soit env. 50 par an)
- Adaptation des recommandations HPCI (à intégrer dans les protocoles de soins) à leurs destinataires (recommandations spécifiques pour le personnel soignant des hôpitaux de soins aigus, pour celui des EMS, etc.), et aide à l'application de ces recommandations par des formations et des audits
- Objectifs et mesures de réduction des IAS définis dans un premier temps par la direction opérationnelle du programme (c.-à-d. l'Unité cantonale) avant d'être soumis à sa direction stratégique (c.-à-d. la Conduite stratégique) et enfin intégrés dans les contrats de prestations passés avec les institutions de santé (sauf avec les EMS)
- Pour les EMS, pas de contrat de prestations, mais accompagnement basé sur le partenariat entraînant une mobilisation très variable d'une institution à l'autre (« il y a des bons et moins bons élèves »)

- Recommandations du canton s'agissant de la mise à disposition des référents et répondants Hygiène (pas encore appliquées en pratique) :
  - EMS < 30 lits : une demi-journée par mois
  - EMS > 70 à 80 lits : une demi-journée par semaine
- Participation au programme facultative

#### Mesure des résultats

Les résultats obtenus concernant la réalisation des objectifs et mesures définis sont relevés et analysés par la direction opérationnelle (c.-à-d. l'Unité cantonale). Selon ce qui ressort de l'analyse ainsi effectuée, les institutions concernées se voient délivrer des recommandations, dont l'application est garantie et contrôlée par différents moyens :

- Audits en cours de soins (sur le respect des protocoles d'hygiène des mains) dans le cadre du programme « Clean Hands » (adapté pour les institutions de soins de longue durée) : les 30 000 audits menés en 2016 ont révélé que le taux d'observance des règles d'hygiène des mains était de 80 % dans les EMS vaudois (contre 75 % trois ans plus tôt), mais ont également montré que ce taux variait considérablement selon les établissements (entre 30 et 99 %). S'appuyant sur son expérience, C. Petignat estime qu'il faut partir du principe que l'observance est bien meilleure en situation d'audit qu'en temps normal et qu'un personnel qui respecte les règles à 80 % lorsqu'il est examiné ne les respecte probablement plus qu'à 60 % en situation réelle (au quotidien).
- Surveillance du port du masque par le personnel non vacciné durant l'épidémie de grippe (surveillance des symptômes grippaux, résultats attendus pour l'automne 2017)
- Offre et réalisation dans le cadre du programme HPCI de diverses surveillances épidémiologiques, mais aussi développement de stratégies de contrôle des infections (p. ex., pour la gestion des germes multirésistants dans les EMS)

## 2.2 ENSEIGNEMENTS POUR LA MISE EN ŒUVRE

En substance, les participants à la partie 1 des travaux de groupe formulent les enseignements suivants pour la mise en œuvre de l'ensemble des mesures clés du champ d'action Gouvernance :

#### Défis, obstacles

- Une bonne gouvernance est une gouvernance pragmatique, en prise avec la pratique. Il faut apporter aux acteurs qui sont en première ligne des outils et un appui axés sur la réalité du terrain.
- Il est capital pour la mise en œuvre de répartir les ressources entre tous les niveaux (cantons / institutions) et d'opter pour des modèles de gouvernance qui intègrent non seulement un soutien technique réduisant l'investissement en temps nécessaire (appui, outils, etc.) mais aussi un soutien financier. Car, à la différence des projets du domaine de la gestion de la qualité, les projets du domaine de la prévention des IAS ne bénéficient le plus souvent d'aucune subvention.

- Manque de chiffres / preuves épidémiologiques actuels : certains chiffres proviennent d'études qui datent de plus de dix ans ou qui ont été effectuées à l'étranger et ne sont donc pas représentatives de la situation en Suisse. Cela complique l'argumentation et la mise en œuvre.
- Manque aussi de données sur les coûts des IAS : même si la tâche s'annonce ardue, réaliser des études sur le rapport coûts-bénéfices permettrait de pallier ce déficit et de rassembler de nouveaux arguments à avancer face aux directions des institutions.
- La définition de critères et d'objectifs de qualité en matière de soins dépend de la volonté politique. Or cette dernière varie beaucoup d'un canton à l'autre. C'est pourquoi il est très important que certains de ces critères et objectifs soient définis par la Confédération.
- Développer des structures et des modèles de gouvernance prend énormément de temps (cf. modèle HPCI du canton de Vaud).

#### Approches, solutions

- Il y a des leçons à tirer des programmes pilotes, notamment du modèle du canton de Vaud, qui repose sur un réseau de soins qui existe depuis 2000.
- Tout ne doit pas passer par des directives : pour certaines mesures, il serait, par exemple, plus payant d'investir dans l'offre de formations et la fourniture d'outils.
- Il faut miser sur l'échange : chaque canton peut apprendre des autres cantons, des modèles qui y sont appliqués et des expériences qui y sont faites (mise à profit du « fédéralisme d'expérimentation » pour une gestion efficace des connaissances). On peut aussi regarder ce qui se passe dans les autres pays.
- Importance du monitoring comme signal politique : le monitoring est essentiel. Les acteurs qui sont en première ligne ont besoin de chiffres et d'arguments à la fois fondés sur des preuves et actuels.
- Utilisation de la dynamique internationale comme catalyseur : même si elle entraîne une certaine concurrence thématique, la dynamique créée par les multiples discussions et conférences qui ont lieu actuellement au niveau international (p. ex., au sujet des infections nosocomiales, de la sécurité des patients et de la résistance aux antibiotiques) ne peut être que positive pour l'implémentation et l'échange professionnel au niveau national.
- Il faut vérifier la pertinence des mesures et notamment réunir des bases prouvant leur efficacité et leur économicité afin de connaître leur rapport coûts-bénéfices et de pouvoir ainsi convaincre plus aisément les décideurs des institutions.

#### Mesure des résultats

- Audits : aider les institutions dans l'élaboration des audits contribue à garantir l'application des recommandations (p. ex., le respect des protocoles d'hygiène des mains).
- Monitoring : mettre des outils de monitoring à la disposition des institutions permet ensuite de centraliser et de valoriser les diverses surveillances effectuées et facilite par conséquent le reporting des résultats.
- Exigences minimales concernant la dotation en personnel spécialisé (par nombre de lits) : il est indispensable de fixer de telles exigences, et ce

non seulement pour ce qui concerne les spécialistes de la prévention des infections et de l'hygiène hospitalière mais aussi pour ce qui concerne les référents et répondants Hygiène appartenant au personnel soignant (p. ex., un nombre minimal de postes [équivalents plein temps]) de référents et répondants Hygiène par nombre de lits pour les EMS). D'autant que cela constituerait un indicateur pour mesurer les résultats.

## 2.3 CONCRÉTISATION DES DOMAINES PARTIELS DÉFINIS COMME PRIORITAIRES

Domaines partiels définis comme prioritaires	<p>Les participants à la partie 2 des travaux de groupe concentrent leurs discussions sur les deux domaines partiels qui ont été définis comme prioritaires pour la mesure clé G-2 Compétences et structures du champ d'action Gouvernance lors de la planification de la mise en œuvre, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ G-2-1 : clarifier les missions, optimiser la répartition des rôles</li> <li>▪ G-2-2 : optimiser les structures</li> </ul> <p>Ces deux domaines partiels étant intimement liés, ils les traitent ensemble, en s'appuyant sur le projet de concept de mise en œuvre qui a été élaboré en amont de l'atelier pour le domaine partiel G-2-1 et qui leur est proposé comme base de discussion (cf. annexe A5).</p>
Acteurs	<p>Outre les acteurs mentionnés dans le projet de concept de mise en œuvre, les participants soulignent le rôle des patients et des hôpitaux universitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les organisations de protection des patients devraient recueillir le point de vue des patients (p. ex., dans le cadre de tables rondes) puis s'en faire les porte-voix et servir d'intermédiaires entre eux et le personnel de santé.</li> <li>▪ Il faudrait impliquer des psychologues du travail / sociologues dans la mise en œuvre de certaines mesures.</li> <li>▪ Les hôpitaux universitaires ont un rôle moteur à jouer, notamment dans les domaines de la formation, de la collecte de données, des interventions et de la recherche.</li> </ul>

### 2.3.1 G-2-1 : CLARIFIER LES MISSIONS, OPTIMISER LA RÉPARTITION DES RÔLES

Objectifs (output / outcome)	<p>Pour ce domaine partiel, les participants s'attachent surtout à préciser l'objectif relatif à la mise en place du centre national de compétence « Swissnoso+ ». Ils soulignent à nouveau la nécessité que cet organe soit indépendant.</p> <p>Ils évoquent aussi la possibilité d'ajouter aux objectifs (d'output) l'élaboration d'une nouvelle base légale, à savoir d'une ordonnance spécifiant les rôles et</p>
------------------------------	---

les missions des différents acteurs de la prévention et de la lutte contre les IAS et définissant en particulier le rôle et le financement de Swissnoso. Ce sujet juridique ne peut toutefois pas être approfondi dans le cadre de l'atelier, puisque la personne compétente (de la division Droit de l'OFSP) n'est pas présente.

Activités à planifier,  
étapes intermédiaires

Les participants évoquent juste le point suivant :

- L'OFSP doit confier un mandat formel à Swissnoso.

*Précision apportée par la direction de projet après coup :*

*L'OFSP cofinance le projet qui est actuellement en cours pour mettre en place l'organe « Swissnoso+ », qui sera chargé d'assurer le développement de l'expertise et des structures nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie NOSO. Un rapport intermédiaire est attendu pour fin juin 2017.*

### 2.3.2 G-2-2 : OPTIMISER LES STRUCTURES

Objectifs  
(output / outcome)

Les participants valident l'objectif d'output, proposé dans le projet de concept de mise en œuvre, d'élaborer un organigramme de mise en œuvre afin de clarifier les rôles et les missions de la Confédération, des cantons, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et des différentes organisations. Ils insistent aussi cependant sur le fait qu'il ne faut pas « réinventer la roue » mais plutôt bâtir sur les structures et les processus qui existent déjà (cf. proposition ci-après).

Activités à planifier,  
étapes intermédiaires

Pour eux, l'organigramme en question devra faire apparaître :

- d'un côté, l'organisation des processus et circuits de décision politiques,
- et de l'autre, l'organisation de la mise en œuvre au sein des établissements de santé.

Danuta Reinholz (CDS) propose un modèle d'organisation possible (basé sur une approche top-down, c.-à-d. descendante), dans lequel elle tente de préciser le rôle de Swissnoso. Elle suggère une organisation en réseau, où les tâches seraient réparties de la façon suivante : Swissnoso serait chargé d'élaborer des recommandations, des directives et des instructions en collaboration étroite avec les organisations du secteur hospitalier et du domaine des soins (hôpitaux universitaires, Sécurité des patients Suisse, etc.) ; les nouveaux outils ainsi conçus seraient ensuite mis en consultation auprès de la CDS puis, en cas de validation par celle-ci, transmis aux hôpitaux, qui bénéficieraient alors de l'accompagnement et du soutien des cantons pour leur implémentation. Un système similaire serait envisageable pour les institutions de soins, mais avec l'intervention de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) en lieu et place de celle de la CDS.

Bien entendu, l'objectif, dans un second temps, serait de faire remonter les expériences et les besoins du terrain de façon à pouvoir en tenir compte lors

de l'élaboration de nouvelles recommandations ou du remaniement des recommandations existantes.

Il faudrait également s'inspirer des modèles d'organisation choisis dans d'autres pays (p. ex., du modèle retenu par l'Allemagne pour l'Institut Robert Koch).

En résumé, les participants estiment que la définition des structures et la clarification des rôles dans le cadre du champ d'action Gouvernance doivent se faire selon une démarche combinant approche top-down (descendante) et approche bottom-up (ascendante).

### 3. CHAMP D'ACTION MONITORAGE (M)

Participants, animation	<p>Participants à la partie 1 des travaux de groupe :</p> <p>Andreas Birrer (OFSP), Dominique Blanc (SSM), Regula Heller (ANQ), Jonas Marschall (unimeduisse), Thomas Röthlisberger (IC Infraconsult), Matthias Schlegel (SSHH)</p> <p>Participants à la partie 2 des travaux de groupe :</p> <p>Andreas Birrer (OFSP), Regula Heller (ANQ), Anna Jörger (CURAVIVA), Christian Kahlert (SSP), Adrien Kay (OFSP), Rafael Moreno (Swissmedic), Isabell Praplan (H+), Thomas Röthlisberger (IC Infraconsult), Stephanie Züllig (Sécurité des patients Suisse)</p> <p>Animation :</p> <p>Hans C. Matter (OFSP), Marianne Jost (OFSP)</p>
-------------------------	--

#### 3.1 EXPOSÉ D'ENTRÉE EN MATIÈRE

Titre, intervenant	<p>Expériences dans le domaine du monitoring des infections du site opératoire</p> <p>Regula Heller (ANQ, responsable Soins aigus)</p>
ANQ	<p>ANQ = Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fondée en 2009, soutenue par les principaux partenaires du système de santé suisse : H+, santésuisse, cantons, assurances sociales (SUVA, AI), OFSP (statut d'observateur au sein des organes de l'association)</li> <li>▪ Objectifs : planification et réalisation de mesures de la qualité, élaboration d'analyses comparatives et publication transparente des résultats</li> <li>▪ Contrat Qualité national : les hôpitaux et les cliniques s'engagent à effectuer des mesures de la qualité, tandis que les cantons et les assureurs intègrent ces mesures dans leurs mandats de prestations et conventions tarifaires et fournissent un financement de départ aux établissements qui les mettent en place.</li> </ul>
Exemple des infections suite à des interventions chirurgicales (en anglais : Surgical Site Infection – SSI)	<p>Exemple de la mesure des infections postopératoires (SSI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractéristiques : coopération avec des spécialistes / experts (Swissnoso), utilisation d'une méthode de mesure établie et validée, protocole de mesure prédéfini, formation pour l'enregistrement des données, audits d'assurance qualité, résultats en libre accès sur le site Internet de l'ANQ</li> <li>▪ Enregistrement par les hôpitaux et les cliniques des infections associées à au moins trois types d'opérations différents choisis parmi douze types possibles, étant précisé que les établissements qui pratiquent la chirurgie du colon doivent obligatoirement enregistrer les infections associées aux opérations correspondantes, que les gros hôpitaux enregistrent les</li> </ul>

infections associées à six ou sept types d'opérations et que la mesure est coûteuse (en personnel et en argent)

Avantages pour les hôpitaux et les cliniques :

- Obtention d'informations plus précises sur les SSI, et possibilité de se situer par rapport aux autres institutions
- Apport d'arguments pour des améliorations et investissements internes
- Conséquences positives sur d'autres processus internes et sur les échanges avec les agents payeurs

Défis à relever :

- Trouver pour la mesure et la publication une méthode et des indicateurs qui conviennent aussi bien aux hôpitaux et aux cliniques qu'aux cantons et aux assureurs
- Se positionner par rapport aux autres acteurs et programmes, gagner la confiance des hôpitaux et des cliniques, communiquer sur le but et l'utilité du dispositif proposé, gérer les résistances face au caractère obligatoire de la mesure et à la publication des résultats
- Atteindre une qualité de données et une transparence suffisantes, trouver des moyens appropriés de communiquer avec les professionnels et avec le public

Enseignements tirés :

- Nécessité que la mesure / l'organisation soit légitimée par les principales parties prenantes du système de santé (approche paritaire et ascendante)
- Nécessité et utilité d'instaurer avec les experts et les sociétés de discipline médicale (p. ex., Swissnoso), une collaboration à la fois étroite et basée sur la recherche du consensus
- Nécessité de consigner l'obligation de mise en œuvre dans un contrat, de régler le financement et de définir clairement les rôles et les compétences (décisionnelles)
- Utilité, malgré l'investissement que cela demande, d'avoir une démarche basée sur la consultation (permet d'impliquer les parties prenantes et sert aussi la communication)
- Nécessité de définir et de documenter toutes les procédures (saisie des données, analyse, reporting et publication)
- Nécessité de prévoir suffisamment de temps pour l'implémentation dans les hôpitaux et les cliniques
- Difficulté des hôpitaux et des cliniques à choisir les projets auxquels participer compte tenu, d'un côté, de l'abondance des projets, et de l'autre, du manque de ressources et d'infrastructures

## 3.2 ENSEIGNEMENTS POUR LA MISE EN ŒUVRE

En substance, les participants formulent les enseignements suivants pour la mise en œuvre de l'ensemble des mesures clés du champ d'action

Monitoring :

Défis, obstacles

Défis à relever pour mettre en place / introduire un enregistrement et un monitoring :

- Abondance des projets (il n'y a pas que le projet NOSO) : les hôpitaux et les cliniques ont du mal à choisir les projets / programmes de mesure à intégrer, et le manque de ressources et d'infrastructures ont une grande influence sur leurs décisions.
- Ressources : les moyens mis à disposition pour financer le personnel et les infrastructures nécessaires à la mise en place / l'introduction de l'enregistrement et du monitoring ne sont pas suffisants, et ne sont pas non plus toujours investis là où il faut (mais là où les résultats sont déjà bons).
- Diversité des opérations : développer des processus de mesure standardisés, applicables à tous les types d'opérations, n'est possible que dans une proportion très limitée ; d'où la nécessité, entre autres, de laisser les établissements libres de participer ou pas.
- Définition des paramètres à mesurer concernant les processus et les résultats : il est important de fixer les bons paramètres de mesure ; or ceux-ci peuvent varier d'un type d'opération et / ou d'un hôpital ou d'une clinique à l'autre.
- Hétérogénéité des établissements de santé suisses en termes de structures : toutes les solutions ne sont pas transposables partout (tout ne peut pas être standardisé) ; d'où la nécessité, entre autres, de laisser les institutions libres de participer ou pas.
- Résistance de la part des hôpitaux et des cliniques : la pression exercée sur les établissements pour qu'ils introduisent un système de mesure ne doit être ni trop forte ni trop faible ; il faut trouver le juste équilibre et garder à l'esprit que les institutions prennent un certain risque en mettant en place ce type de système.
- Informatique : même si les solutions informatiques en place (p. ex., silos) peuvent compliquer les mesures, il arrive que les institutions ne ressentent pas le besoin / ne voient pas l'intérêt de changer pour une solution commune.
- Reporting public et transparence des résultats : bien qu'elle favorise l'amélioration des processus internes, la mesure de la qualité n'intéresse pas les hôpitaux et les cliniques dès lors qu'elle peut avoir des répercussions financières (tarifs) ; à défaut de refuser de la mettre en place, les établissements ont tendance à choisir d'enregistrer les données des types d'opérations pour lesquels ils obtiennent déjà de bons résultats.
- Utilisation / utilité des données : il ne suffit pas d'enregistrer les données ; il faut ensuite les interpréter (pour savoir ce qui a conduit aux résultats mesurés et ce qui peut être amélioré) et ne pas tirer les

mauvaises conclusions (p. ex., « nous sommes dans la moyenne, donc nous n'avons rien à changer »).

- La documentation microbiologique utilisée pour détecter et caractériser les infections peut varier selon le procédé appliqué pour le prélèvement des échantillons et selon le laboratoire. Lors des audits, il faut donc tenir compte du nombre d'échantillons prélevés et des méthodes d'analyse employées par les laboratoires.

#### Approches, solutions

- Étapes / démarche pour mettre en place / introduire un monitoring :
  - 1) Choisir la thématique / les programmes et fixer un objectif technique
  - 2) Définir les données nécessaires
  - 3) Arrêter la méthode : choisir entre l'implémentation d'une nouvelle méthode de mesure scientifiquement établie et l'utilisation, moyennant les adaptations et améliorations nécessaires, de méthodes déjà existantes.

En résumé : la méthode à appliquer et les données à mesurer ne peuvent être déterminées qu'une fois que le projet et l'objectif sont définis.

- Le monitoring ne doit pas se faire selon une approche descendante, même si une certaine pression hiérarchique peut être nécessaire selon le type d'opération ou l'établissement concerné.
- Choix des programmes / projets : il faut fournir aux hôpitaux et aux cliniques des outils pour les aider à sélectionner les programmes / projets à intégrer.
- Ressources : Swisnoso doit faire en sorte que les moyens soient investis là où il faut, ce qui implique que les sanctions financières ne soient pas fonction des résultats obtenus par les établissements mais de leur disposition à intervenir.
- Informatique : les silos informatiques existants doivent être mis en réseau.
- Pour réduire les résistances, il faut gagner la confiance des institutions et leur montrer les avantages commerciaux qu'elles peuvent tirer du monitoring, définir clairement les rôles et les compétences, promouvoir la collaboration avec des experts et asseoir les décisions et les directives sur des consultations.

#### Mesure des résultats

Critères et instruments possibles pour mesurer les résultats :

- Taux d'infection
- Surveillance basée sur les données micro-bactériennes (concept de surveillance globale, pouvant aussi servir d'outil pour sélectionner les projets auxquels participer)
- Audits d'assurance qualité (qualité des données enregistrées et des diagnostics de laboratoire)

### 3.3 CONCRÉTISATION DES DOMAINES PARTIELS DÉFINIS COMME PRIORITAIRES

Domaines partiels définis comme prioritaires

Les participants à la partie 2 des travaux de groupe concentrent leurs discussions sur les deux domaines partiels qui ont été définis comme

prioritaires pour la mesure clé M-1 Système de monitoring national du champ d'action Monitoring lors de la planification de la mise en œuvre, à savoir :

- M-1-2 : assurer un monitoring de qualité élevée
- M-1-1 : renforcer les acteurs

Ces deux domaines partiels étant intimement liés, ils les traitent ensemble, en s'appuyant notamment sur le projet de concept de mise en œuvre qui a été élaboré en amont de l'atelier pour le domaine partiel M-1-2 et qui leur est proposé comme base de discussion (cf. annexe A5).

Points mentionnés par les participants comme devant être pris en considération de manière générale pour tout ce qui concerne le champ d'action Monitoring :

- Le monitoring dépend de l'intervention (la méthode de mesure ne peut être déterminée qu'une fois que l'intervention est définie).
- Il est important que le monitoring, puisqu'il est prévu qu'il sera étendu à tout le pays, soit différencié selon les types d'institutions et d'opérations.
- Il faut implémenter dans tout le pays un monitoring basé sur les meilleures pratiques.
- Les cantons ont un rôle majeur à jouer dans l'introduction / la mise en œuvre du monitoring (contrats de prestations, contrôle, ressources).

### 3.3.1 M-1-2 : ASSURER UN MONITORING DE QUALITÉ ÉLEVÉE

Activités à planifier,  
étapes intermédiaires

- Définir au niveau national où le besoin d'intervention et de mesure est le plus important (où un monitoring est nécessaire), ce qui implique les activités suivantes :
  - Désigner les experts appropriés pour cette mission (avec ou sans les cantons et les assureurs ?)
  - Identifier, sur la base des connaissances nationales et internationales, les IAS pour lesquelles le potentiel d'amélioration est le plus important (compte tenu de leur degré de gravité, de leur fréquence, etc.)
  - Élaborer une grille de critères pour déterminer où il faut introduire un monitoring en priorité (intérêt pour les patients, coûts occasionnés, etc.)
  - Évaluer le besoin de monitoring (et d'intervention) par type d'institutions (cliniques, hôpitaux, EMS, etc.)
  - Appliquer, lors de la définition des domaines où un monitoring doit être introduit, le principe selon lequel il vaut mieux en faire pas assez que trop
- Rechercher les méthodes à utiliser / à combiner selon le type d'opération et d'institution et suivant que le monitoring est axé sur les résultats ou sur les processus
- Définir, notamment, les différents indicateurs, valeurs cibles (acceptation, etc.) et jeux de données minimaux correspondants
- Formuler sur ces bases les meilleures pratiques

Objectifs (output / outcome)	<p>Output :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normes de mesure, meilleures pratiques, outils d'enregistrement homogènes, monitoring couplé avec l'intervention (comme, p. ex., dans le programme « progress ! La sécurité dans le sondage vésical »)</li> <li>▪ Remarque concernant le projet de concept de mise en œuvre proposé comme base de discussion (cf. annexe A5) : certains participants contestent les deux objectifs « institutionnalisation des audits externes » et « liste de benchmarking », au motif qu'ils revêtent un caractère de contrôle et qu'ils pourraient nuire au monitoring.</li> </ul> <p>Outcome :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forte adhésion des institutions participantes (mise en œuvre du monitoring)</li> </ul>
Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cantons</li> <li>▪ ANQ, Swissnoso</li> <li>▪ Hôpitaux et cliniques, EMS</li> <li>▪ Assureurs</li> <li>▪ OFSP</li> </ul>

### 3.3.2 M-1-1 : RENFORCER LES ACTEURS

Activités à planifier, étapes intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Régler le financement</li> <li>▪ Organiser des formations, des réunions d'information, etc.</li> <li>▪ Désigner des personnes responsables du monitoring et les doter des compétences et ressources nécessaires</li> </ul>
Objectifs (output / outcome)	<p>Output :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intégration du monitoring (et des ressources correspondantes) dans les mandats de prestations</li> </ul> <p>Outcome :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtention d'informations grâce au monitoring, forte participation à la mise en œuvre du monitoring</li> </ul>
Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cantons</li> <li>▪ Hôpitaux et cliniques, EMS</li> </ul>

## 4. CHAMP D'ACTION PRÉVENTION ET LUTTE (PL)

Participants, animation	<p>Participants à la partie 1 des travaux de groupe :</p> <p>Katrin Holenstein (OFSP), Christian Kahlert (SSP), Adrien Kay (OFSP), Rita-Lena Klein (OSP), Stefan Kuster (Swissnoso), Rafael Moreno (Swissmedic), Dunja Nicca (Institut de sciences infirmières), Danuta Reinholz (CDS), Walter Zingg (HUG)</p> <p>Participants à la partie 2 des travaux de groupe :</p> <p>Krisztina Beer (CDS), Andrea Ermler (APSI), Kathrin Holenstein (OFSP), Marie-Theres Meier (fibs), Christiane Petignat (CDS), Matthias Schlegel (SSHH), Alexander Schweiger (Swissnoso), Beat Wenger (senesuisse)</p> <p>Animation :</p> <p>Karin Wäfler (OFSP), Lydia Ciullo (OFSP)</p>
-------------------------	---

### 4.1 EXPOSÉ D'ENTRÉE EN MATIÈRE

Titre, intervenant	<p>Développement et évaluation d'interventions complexes : comment prévenir la propagation de la grippe en milieu hospitalier ; étude HaIP (<i>Hospital acquired Influenza Prevention</i>)</p> <p>Dunja Nicca (Institut de sciences infirmières)</p>
Étude HaIP	<p>Défis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les stratégies combinées utilisées dans le cadre de l'étude HaIP (hygiène des mains + isolement + port du masque + vaccination du personnel soignant) sont plus efficaces pour prévenir la grippe nosocomiale mais aussi plus complexes à mettre en œuvre. Elles se composent d'éléments qui interagissent entre eux, et impliquent des groupes cibles / professionnels et des échelons organisationnels qui ont des attentes divergentes s'agissant du timing et de la procédure de l'implémentation.</li> <li>▪ Les essais contrôlés randomisés classiques (en anglais Classic Randomized controlled Trials RCT) ont leurs limites. La spécificité du contexte et le faible nombre de cas, entre autres facteurs, rendent leur utilisation difficile, voire impossible, pour l'évaluation des interventions de prévention combinées.</li> <li>▪ Faire prendre davantage conscience au personnel de la responsabilité qu'il a de se protéger lui et de protéger les patients, et de l'enjeu que cela représente pour la santé publique</li> <li>▪ Associer toute l'équipe au projet tout en développant les compétences individuelles</li> <li>▪ Surmonter les résistances externes et internes au projet</li> </ul> <p>Conclusions, facteurs de succès d'une intervention :</p>

- Connaître suffisamment bien le contexte de l'intervention et son processus (= facteur clé de succès)
- Avoir du temps
- Mener un travail de persuasion auprès des protagonistes (essais contrôlés randomisés classiques souvent encore très prégnants)
- Disposer de l'expertise nécessaire (en recherche quantitative et qualitative) et donc d'équipes de recherche
- Obtenir la participation des protagonistes
- Coordonner les étapes du projet
- Évaluer les processus et les résultats obtenus

## 4.2 ENSEIGNEMENTS POUR LA MISE EN ŒUVRE

### Défis, obstacles

Défis à relever pour mettre en œuvre des mesures de prévention et de lutte :

- Ressources : il faut des moyens financiers, du personnel et des connaissances.
- Personnel saturé : les projets et équipes de projet sont très nombreux et se font concurrence.
- Concurrence entre les stratégies (p. ex., entre la stratégie StAR et la stratégie NOSO) : la coexistence de plusieurs stratégies peut provoquer de la confusion.
- Objectifs : il est difficile de fixer des objectifs identiques pour toute la Suisse compte tenu de l'hétérogénéité des établissements de santé du pays en termes de structures.
- Utilisation des données : benchmarking, transparence
- Culture de gestion de l'erreur : absence d'explication en cas de dommages, décalage entre l'information fournie aux patients avant les opérations et la façon dont ces derniers vivent les choses quand elles tournent mal (souffrance, colère, déception, défiance), exigence de réparation de leur part
- Hétérogénéité des acteurs (OFSP, Swissmedic, cantons, hôpitaux et cliniques, EMS, établissements de formation, etc.) : pour que la collaboration puisse fonctionner, il faut clarifier les questions de compétences et de ressources.
- Mesure PL-1 Optimisation et développement : transposer les mesures d'une institution à l'autre s'annonce difficile compte tenu, entre autres, des différences culturelles entre les hôpitaux.
- Hygiène hospitalière : les institutions et les cantons doivent être prêts à prendre des décisions impopulaires et à assumer leurs responsabilités.

### Approches, solutions

Solutions envisageables pour toutes les mesures de prévention et de lutte en général :

- Concernant la mise en œuvre des études sur les interventions : consacrer suffisamment de ressources et de temps à l'acquisition des connaissances nécessaires sur le contexte des interventions et leurs processus

- Concernant la publication des données : y aller progressivement, promouvoir l'engagement pour plus de transparence (p. ex., pour la publication des taux d'infection)
- Concernant les patients victimes de dommages : leur présenter des excuses, leur donner réparation et les indemniser (ils ne doivent pas partir les mains vides), augmenter la pression sur les hôpitaux concernés (en Grande-Bretagne, p. ex., ils sont sanctionnés)
- Concernant la concurrence entre les différentes stratégies et mesures au sein des hôpitaux et des cliniques : fixer des priorités, c'est-à-dire appliquer la devise « le moins est l'ami du mieux » et recentrer au maximum les efforts sur des projets concrets, ponctuels et basés sur des objectifs clairs et des indicateurs quantitatifs
- Concernant le manque d'influence de Swissmedic / le manque de pression de sa part (p. ex., eu égard aux inspections relatives au retraitement des dispositifs médicaux) : donner plus de pouvoir à l'institut via de nouvelles bases légales, directives et compétences (*enforcement*)

Solutions envisageables pour des mesures déterminées :

- Mesure PL-1 Optimisation et développement : faire prendre conscience de l'importance de la sécurité et l'intégrer au quotidien (c.-à-d. promouvoir une culture de la sécurité), vérifier que les formations portent leurs fruits, mettre en évidence les possibilités d'optimisation et de développement, garantir la communication entre les projets
- Mesure PL-2 Sensibilisation et implication : mieux faire connaître la stratégie NOSO, renforcer la prise de conscience au sein des hôpitaux, utiliser des formulations simples et claires pour les messages clés récurrents, s'adresser directement aux personnes concernées (notamment en organisant des formations)
- Mesure PL-4 Promotion de la prévention vaccinale : mettre clairement la priorité sur les patients sensibles.

Mesure des résultats

- Définir pour la stratégie NOSO des objectifs quantitatifs globaux, à affiner en fonction des institutions et des projets
- Choisir des paramètres pertinents pour mesurer les effets et les mécanismes des interventions
- Mesurer l'adhésion, ainsi que l'incidence et la prévalence des IAS concernées, avant et après les interventions

## 4.3 CONCRÉTISATION DES DOMAINES PARTIELS DÉFINIS COMME PRIORITAIRES

Domaines partiels définis comme prioritaires

Les participants à la partie 2 des travaux de groupe concentrent leurs discussions sur la mesure et le domaine partiel qui ont été définis comme prioritaires pour le champ d'action Prévention et lutte lors de la planification de la mise en œuvre, à savoir :

- PL- 1 : optimiser et développer la prévention et la lutte
- PL-2-3 : obtenir l'engagement formel des acteurs

Cette mesure et ce domaine partiel étant intimement liés, ils les traitent ensemble, en s'appuyant notamment sur le projet de concept de mise en œuvre qui a été élaboré en amont de l'atelier pour la mesure PL-1 et qui leur est proposé comme base de discussion (cf. annexe A5).

Points mentionnés par les participants comme devant être pris en considération de manière générale pour tout ce qui concerne le champ d'action Prévention et lutte :

- Il faut fixer des objectifs techniques plutôt que des objectifs méthodologiques, sachant que les résultats des études de prévalence ponctuelle sont souvent suffisants pour décider de la nécessité d'introduire une mesure (il n'y a pas besoin d'autres études scientifiquement fondées).
- Les mesures de prévention et de lutte doivent être mises en œuvre en fonction des besoins, possibles partout mais pas obligatoires.
- Les objectifs nationaux globaux doivent être affinés en fonction des institutions (système modulaire).
- La mise en œuvre ne doit pas être linéaire, partout la même (comme cela a été planifié), mais différenciée.
- Il faut exploiter ce qui existe déjà en matière de prévention et de lutte (projets pilotes, structures, etc.) et le faire sans attendre.
- Il faut miser, pour que les mesures de prévention et de lutte soient appliquées, sur des systèmes basés sur l'incitation positive et non sur la sanction.
- Il faut ancrer la prévention et la lutte dans les plus hautes instances des institutions et les placer sous leur responsabilité directe.
- Le travail doit s'organiser davantage en réseau (à l'image de ce qui se fait en Suisse romande), et moins par thème.
- Les hôpitaux / cliniques et les EMS forment des systèmes complètement différents, qu'il serait intéressant d'encourager à travailler en réseau et à collaborer.
- Le contrôle relève de la compétence des cantons.

#### 4.3.1 PL-1 : OPTIMISER ET DÉVELOPPER LA PRÉVENTION ET LA LUTTE

Activités à planifier,  
étapes intermédiaires

- Se baser sur les projets pilotes existants et les étendre à tout le pays (p. ex., programme « progress ! La sécurité dans le sondage vésical », module SSI Intervention de Swissnoso), sachant que les résultats des études de prévalence ponctuelle sont souvent suffisants pour prouver l'efficacité des projets
- Adapter les mesures de prévention et de lutte mises en œuvre dans le cadre des projets pilotes existants aux situations locales / régionales, ce qui implique de savoir au préalable ce qui fonctionne, où ça fonctionne, et qui peut apprendre de qui

- Développer de nouveaux modules d'intervention (p. ex., infections associées aux cathéters veineux centraux)
- Mettre en pratique les normes et directives et les actualiser, définir les conditions-cadres (pour pouvoir ensuite définir les objectifs à l'échelon des institutions), mettre à disposition des guides statistiques (en particulier pour les EMS) [*Remarque de la rédaction : pour les EMS qui ne participent pas à l'étude de prévalence ponctuelle en cours de réalisation*].

Objectifs  
(output / outcome)

Output :

- Évaluation, et établissement d'une carte d'ensemble, des programmes de prévention en place (notamment dans les domaines où des résultats peuvent être obtenus rapidement, comme l'hygiène des mains)
- Proposition aux institutions de participer volontairement aux projets pilotes (sachant qu'une participation aux projets implique une participation aux monitorages correspondants)
- Lancement des nouveaux modules sous la forme de projets pilotes
- Évaluation des modèles d'intervention / projets pilotes existants
- Apports / audits par les meilleurs (c'est auprès d'eux qu'il faut apprendre)
- Mise en place de réseaux institutionnalisés d'interlocuteurs compétents
- Maîtrise des infections à norovirus (en particulier dans les EMS), qui doivent désormais figurer parmi les priorités de l'action en matière d'IAS
- Exemple des SSI (infections postopératoires) :
  - Sensibilisation du public afin d'augmenter la pression
  - Prévention des infections placée sous la responsabilité directe des plus hautes instances des institutions (fonction transversale), pas sous celle des services de gestion de la qualité
  - Hygiène hospitalière impliquée dans toutes les étapes de travail (sécurité des patients)
  - Éducation (connaissances, formation de base, formation continue interne, conduite, culture)

Outcome :

- Adhésion de 90 % aux trois mesures élémentaires de prévention que sont l'épilation, la désinfection préopératoire de la peau et l'antibioprophylaxie, et réduction de 10 % du taux d'infection du site opératoire d'ici à 2018
- Programme « Clean Hands » considéré comme un « must » dans toute la Suisse
- Réduction de la durée des sondages urinaires
- Augmentation de l'adhésion aux règles de désinfection des mains
- Établissement de programmes d'échange interne, d'une culture d'apprentissage et de circuits de feed-back
- Exemple des SSI :
  - Gouvernance : acquisition des connaissances et mise en place des structures nécessaires
  - Compréhension et reconnaissance du problème par les directions et le personnel des institutions

- Acteurs
- Hôpitaux et cliniques, EMS

#### 4.3.2 PL-2-3 : OBTENIR L'ENGAGEMENT FORMEL DES ACTEURS

- Activités à planifier, étapes intermédiaires
- Sensibiliser le public et exercer une pression à tous les niveaux (Conseil fédéral, cantons, directions des hôpitaux et des EMS, collaborateurs)
  - Pousser les acteurs à s'engager davantage pour la publication des données relatives aux taux d'infection

- Objectifs (output / outcome)
- Output :
- Établissement d'un système de bonus-malus à trois niveaux (1. Pilotage, 2. Incitation par la récompense, 3. Sanction en dernier recours) contrôlé par les cantons
  - Prévention des infections dirigée par les plus hautes instances des institutions (pas par les spécialistes de la qualité), au moyen de projets / mesures les plus ciblés possible (gouvernance interne basée sur la définition d'objectifs clairs)
- Outcome :
- Contrôle, et versement des bonus (système d'incitation), par les cantons
- Acteurs
- Hôpitaux et cliniques, EMS
  - Cantons

## 5. CHAMP D'ACTION FORMATION ET RECHERCHE (FR)

Participants, animation	<p>Participants à la partie 1 des travaux de groupe :</p> <p>Andrea Ermler (APSI), Hansjakob Furrer (SSI), Anna Jörger (CURAVIVA), Christiane Meier (SSSP), Marie-Theres Meier (fibs), Carlos Quinto (FMH), Alexander Schweiger (Swissnoso)</p> <p>Participants à la partie 2 des travaux de groupe :</p> <p>Dominique Blanc (SSM), Hansjakob Furrer (SSI), Stefan Kuster (Swissnoso), Christiane Meier (SSSP), Dunja Nicca (Institut de sciences infirmières)</p> <p>Animation :</p> <p>Virginie Masserey (OFSP), Karin Keckeis (OFSP)</p>
-------------------------	---

### 5.1 EXPOSÉ D'ENTRÉE EN MATIÈRE

Titre, intervenant	<p>Rapport d'expérience et résultats d'une enquête auprès des membres de l'association fibs sur la situation de la formation de base et de la formation continue dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins (IAS)</p> <p>Marie-Theres Meier (fibs), experte en prévention des infections associées aux soins EPS</p>
Enquête auprès des membres de l'association fibs	<p>Pendant son intervention, Marie-Theres Meier fait part de son propre point de vue et de sa propre expérience mais présente également la synthèse des résultats d'une enquête pour laquelle l'association fibs a envoyé un questionnaire à 110 de ses membres et reçu 36 réponses de personnes travaillant exclusivement en Suisse alémanique et appartenant en majeure partie au personnel soignant et à des unités de soins aigus. Seuls les principaux points de son exposé sont rapportés dans ce qui suit.</p>
Quel est le niveau de connaissances en matière de prévention des IAS ?	<p>Le niveau de connaissances est variable selon le groupe professionnel et le lieu de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les médecins sont meilleurs en théorie, mais moins bons en pratique.</li> <li>▪ Le personnel soignant, à l'inverse, est meilleur en pratique (applique mieux les règles d'hygiène des mains) mais moins bon en théorie.</li> </ul>
Où en est-on aujourd'hui au niveau des formations de base ?	<p>Trop de cours sont aujourd'hui dispensés par des enseignants qui ne disposent pas, en particulier, du savoir-faire pratique nécessaire. Il est même probable que certains médecins débutent aujourd'hui dans la profession sans jamais avoir entendu parler de prévention des infections pendant leur formation de base.</p>
Méthodes actuelles d'enseignement et d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit de transfert dans la pratique : la prévention des IAS demande des compétences cognitives mais aussi et surtout des compétences comportementales.</li> </ul>

Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enseignement pratique insuffisant, voire inexistant : les exercices pratiques (p. ex., simulations) sont trop rares, quand ils ne sont pas inexistants.</li> <li>▪ Pas de remise à niveau ni de rappel après la formation de base</li> </ul> <p>Les personnes qui ont répondu à l'enquête ont résumé et commenté ainsi les facteurs qui entravent la formation de base et la formation continue sur les IAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Complexité des systèmes formés par les institutions de santé : la diversité des groupes professionnels et des processus de travail entraîne des exigences complexes et complique le transfert des connaissances.</li> <li>▪ Déficit de communication entre les écoles / universités et le terrain : les experts ne sont pas associés à la définition des programmes d'études.</li> <li>▪ Manque de concertation dans l'élaboration des supports didactiques : les experts n'étant là encore pas consultés les contenus pédagogiques peuvent présenter d'importantes erreurs.</li> <li>▪ Absence de normes et de directives uniformes pour toute la Suisse : comme les processus de travail peuvent beaucoup varier d'une institution à l'autre, les collaborateurs ont parfois du mal à appliquer ce qu'ils ont appris (le port de gants peut varier selon l'indication ou l'institution).</li> <li>▪ Manque de savoir-faire pratique des enseignants</li> <li>▪ Conscience insuffisante et sous-estimation des risques d'infection et des mesures de prévention (difficultés à fixer les priorités)</li> <li>▪ Absence de culture du feed-back : du fait du manque de données sur les taux d'infection (besoin d'intervention, oui/non ?) et sur l'adhésion (qualité de l'intervention ?), les retours d'information ne sont pas aussi nombreux qu'il faudrait.</li> <li>▪ Manque de temps conduisant à raboter la formation</li> <li>▪ Absence de modèles, de leadership</li> <li>▪ Difficultés des institutions de petite taille à ancrer l'hygiène hospitalière dans leurs pratiques (manque de savoir-faire et de ressources)</li> <li>▪ Pas de remise à niveau ni de rappel après la formation de base</li> </ul>
EMS et cliniques de réadaptation	<p>Déficits relevés non pas pour les hôpitaux et les cliniques mais pour les EMS et les cliniques de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas d'expert parmi le personnel permanent</li> <li>▪ Pas de lien avec d'autres institutions</li> <li>▪ Pas de plan d'hygiène</li> <li>▪ Pas de ressources (ni en temps ni en argent, mais vaut aussi pour les hôpitaux et les cliniques)</li> </ul>
Facteurs de succès	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercices pratiques (en plus de la théorie)</li> <li>▪ Plans d'hygiène simples et faciles d'accès : souvent inexistants ; pour l'heure, aucun projet n'a pu aboutir au niveau national.</li> <li>▪ Méthodes d'apprentissage variées</li> <li>▪ Contenus pédagogiques (théoriques et pratiques) vérifiés : il faut que la vérification soit, dans une certaine mesure, rendue obligatoire.</li> <li>▪ Étudiants et apprenants ouverts : il faut éveiller l'intérêt et la curiosité, et améliorer l'image de l'hygiène hospitalière.</li> <li>▪ Supérieurs hiérarchiques exemplaires</li> </ul>

- Cours d'introduction selon le groupe professionnel et le lieu de travail
- Formations continues obligatoires (comme pour la réanimation)
- Feed-back pour s'assurer que les formations portent leurs fruits rapidement
- Soutien des instances décisionnaires des établissements (les ressources sont de leur ressort)

#### Solutions

- Enseignants disposant de connaissances en psychologie organisationnelle, transfert dans la pratique, pédagogie, etc.
- Association des experts à l'élaboration des programmes et des supports didactiques
- Constitution de groupes d'apprenants interprofessionnels pour en finir avec la concurrence entre les catégories de personnel (p. ex., groupes d'apprenants mixtes en salle d'opération)
- Intégration de la prévention des infections dans les processus de travail existants plutôt que création de modules et outils supplémentaires complets (enseignement sur le terrain)
- Intégration des institutions de petite taille dans des réseaux
- Plus de cours en prévention des infections (théorie et exercices pratiques)
- Modules d'intervention (p. ex., sondages, opérations chirurgicales) garants de l'efficacité de l'apprentissage et de l'échange d'expérience
- Création à destination des experts de cours de remise à niveau et de formation continue

## 5.2 ENSEIGNEMENTS POUR LA MISE EN ŒUVRE

En substance, les participants formulent les enseignements suivants non seulement pour la mise en œuvre des mesures clés du champ d'action Formation et recherche (plus particulièrement de la mesure clé FR-1 Prévention des infections dans la formation) mais aussi pour celle des mesures clés des autres champs d'action :

#### Défis, obstacles

Pour la mesure clé FR-1 :

- Il faut renforcer la place de la pratique par rapport à celle de la théorie dans l'enseignement de l'hygiène hospitalière, et ce à tous les niveaux. Nous n'avons en effet plus besoin de concepteurs (p. ex., en gestion de la qualité) mais de spécialistes de la prévention des IAS capables d'assurer la mise en œuvre sur le terrain.
- Il est important de pouvoir démontrer aux directions des hôpitaux l'utilité des dépenses qu'elles effectuent – dont on sait d'ailleurs qu'elles se concentrent essentiellement sur les deux premières années –, et donc de relever les données nécessaires pour qualifier et, même si cela reste difficile, quantifier les bénéfices tirés.
- Les formateurs en prévention des IAS doivent être plus pédagogues et diversifier leurs méthodes d'enseignement. S'il est important qu'ils

possèdent des connaissances théoriques suffisantes en infectiologie, cela ne suffit pas. Ils doivent aussi avoir des compétences didactiques qui leur permettent de transmettre ces connaissances, et savoir comment celles-ci peuvent être mises en pratique au sein des organisations, c'est-à-dire avoir des compétences en développement organisationnel et en gestion du changement qui leur permettent d'aboutir au changement de comportement nécessaire en matière d'hygiène.

- La promotion de l'hygiène hospitalière ne doit pas se limiter, même si cela présente l'avantage de fournir des critères mesurables et vérifiables, à spécifier des nombres d'heures de cours dans les programmes de formation des médecins. Elle doit surtout passer par l'« imprégnation » de tous les secteurs des institutions de santé, et donc par l'investissement des ressources nécessaires et de l'intégration de l'enseignement dans les processus des établissements. Ce qui constitue un défi de taille.

Pour les autres champs d'action (en particulier le champ d'action Gouvernance) :

Approches et solutions  
pour la mesure clé FR-1

- Il faut de manière générale améliorer l'image de la prévention des IAS, la valoriser, la rendre plus attrayante (auprès des apprenants comme auprès des différents acteurs des institutions), ce qui dépend surtout de la communication autour de la stratégie (mesure clé PL-2 Sensibilisation du public et implication des personnes directement concernées).
- La composition des patients varie d'un hôpital à l'autre (p. ex., traitements de degrés de complexité différents). Cela peut biaiser l'interprétation des données relatives aux taux d'infection.
- Supports didactiques (en anglais « tutorials ») très axés sur la pratique : il faut faire intervenir des spécialistes qualifiés de la prévention des IAS directement sur le terrain et adapter les enseignements et les exercices en fonction des groupes cibles. Cela crée de la motivation et facilite l'apprentissage.
- Approche bottom-up : si les objectifs, les conditions-cadres et les ressources doivent être définis selon une approche top-down, les solutions de prévention des IAS peuvent et doivent être développées et implémentées par la base (ce sont, p. ex., les assistants médicaux qui doivent, lorsqu'une nouvelle directive est adoptée pour la stérilisation, décider des moyens concrets de la mettre en œuvre).
- Entretiens motivationnels et culture du feed-back positif au niveau de chaque collaborateur (*bed-side learning*) et au niveau du personnel dans son ensemble : plutôt qu'une approche basée sur le blâme et la critique, il faudrait adopter dans les formations une démarche beaucoup plus constructive et motivante (où on chercherait, p. ex., à comprendre les problèmes et à leur trouver des solutions).
- Dynamique de compétition / concurrence entre les institutions : publier et communiquer les succès obtenus en matière de prévention des IAS est un bon moyen non seulement d'améliorer l'image des institutions concernées mais aussi de créer de l'émulation positive.

- Audits : il faudrait que les auditeurs qualité contrôlent aussi les formations continues et que des instruments et indicateurs appropriés soient définis à cet effet.

#### Mesure des résultats

La réalisation de mesures structurelles est également très importante pour le domaine de la formation, et d'ailleurs parfaitement possible à l'aide, p. ex., des critères et instruments suivants :

- Nombre de personnes formées (médecins, soignants, leur représentation au sein des cliniques)
- Systèmes de saisie informatique
- Enregistrement des enseignements dispensés (formations continues, exercices, bed-side learning) dans le cadre des processus des institutions

Plus difficiles, plus coûteuses et guère réalisables pour les institutions de petite taille, les études sur le rapport coûts-bénéfices devraient quant à elles être effectuées par Swissnoso, par exemple. D'où l'importance de la saisie et de la mesure des processus de travail pour la mesure des résultats.

## 5.3 CONCRÉTISATION DES DOMAINES PARTIELS DÉFINIS COMME PRIORITAIRES

#### Domaines partiels définis comme prioritaires

Les participants à la partie 2 des travaux de groupe concentrent leurs discussions sur les deux domaines partiels qui ont été définis comme prioritaires pour la mesure clé FR-1 Prévention des infections dans la formation (dont l'objectif est d'accroître l'importance de la prévention des infections dans la formation de base et la formation continue) du champ d'action Formation et recherche lors de la planification de la mise en œuvre, à savoir :

- FR-1-1 : former des experts puis assurer leur formation continue
- FR-1-2 : assurer la formation continue du personnel des institutions de santé

Ils s'appuient notamment sur le projet de concept de mise en œuvre qui a été élaboré en amont de l'atelier pour le domaine partiel FR-1-1 et qui leur est proposé comme base de discussion. Mais, malheureusement, aucun d'eux ne connaît très bien la formation des experts diplômés en prévention des infections (fibs, SIPI).

#### Vision

Les participants discutent et proposent une vision à long terme (état idéal à atteindre dans un horizon d'au moins dix ans) en trois dimensions :

- L'hygiène hospitalière ne devrait pas être enseignée en tant que matière séparée mais être intégrée dans toutes les spécialités médicales.
- Il ne faudrait pas que tous les formateurs soient des hygiénistes hospitaliers. Il faudrait aussi qu'il y ait parmi eux des spécialistes des différentes disciplines (que les chirurgiens puissent, p. ex., être formés par des chirurgiens). De cette façon, les formations seraient davantage prises au sérieux et auraient un impact plus important.

- Les experts en hygiène devraient prioritairement recevoir leur formation de base et leur formation continue dans les institutions de santé (on-the-job) et moins dans les hautes écoles. Il faudrait mettre à disposition les ressources financières et humaines nécessaires à cet effet.

### 5.3.1 FR-1-1 : FORMER DES EXPERTS PUIS ASSURER LEUR FORMATION CONTINUE

Activités à planifier,  
étapes intermédiaires

Il faudrait, selon les participants, commencer par faire une analyse quantitative et qualitative des besoins de formation, en répondant aux questions suivantes :

- De combien d'experts en hygiène a-t-on besoin et quel doit être leur niveau de compétence ?
- Combien faut-il de formateurs pour assurer la formation de base de ces personnes ?
- Quels sont les modèles de formation étrangers dont la Suisse pourrait s'inspirer ?
- Qu'est-ce qui existe dans le domaine du contrôle qualité ?
- Quelles sont les différences entre les hôpitaux / cliniques et les EMS ?

Il faudrait ensuite se baser sur les résultats de cette analyse et sur l'offre de formation existante pour définir les activités à mener, à savoir p. ex. :

- Bâtir des cycles de formation correspondant aux besoins sur la base des cycles de formation existants
- Proposer des formations de base et des formations continues interprofessionnelles
- Garantir la qualité des formations continues en cours d'emploi
- Introduire des systèmes de crédits obligatoires pour les formations continues
- Réexaminer régulièrement le niveau de compétence exigé (qualifications requises) et, si besoin, l'adapter

Objectifs  
(output / outcome)

Output :

- Obligation pour les hôpitaux de garantir un accès suffisant à une expertise qualifiée en matière de prévention des infections (fera par là même augmenter les besoins en experts)
- Nombre suffisant de places et d'offres de formation de base et de formation continue d'experts en prévention des infections

Outcome :

- Constitution d'un pool de transmetteurs de savoir / formateurs sur la base des résultats de l'analyse des besoins
- Constitution, dans les institutions de santé, d'équipes d'hygiène responsables de l'implémentation et des programmes internes de formation de base et de formation continue (composées, p. ex., de médecins, de soignants, d'hygiénistes hospitaliers, de pharmaciens hospitaliers, de gestionnaires qualité, de représentants de la direction, etc.)

Acteurs

- H+ et autres institutions ayant une expérience dans le domaine

- Équipes d'hygiène des hôpitaux (pourraient jouer un rôle plus important à l'avenir, cf. objectifs d'outcome ci-dessus)

### 5.3.2 FR-1-2 : ASSURER LA FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL DES INSTITUTIONS DE SANTÉ

Activités à planifier,  
étapes intermédiaires

- Constituer, sur la base des résultats de l'analyse des besoins, un pool de transmetteurs de savoir / formateurs devant aussi couvrir les besoins de formation de base des soignants
- Créer, pour la formation continue du personnel, des outils d'e-learning basés sur des contenus simples et accessibles à toutes les institutions et tous les établissements de formation (devrait apporter et garantir une certaine harmonisation)
- Définir le niveau de compétence à exiger des répondants hygiène des institutions de petite taille

Objectifs  
(output / outcome)

Output :

- Accès à bas seuil aux outils d'e-learning
- Mise en place de réseaux dédiés à l'hygiène, en particulier pour les EMS et les cliniques de réadaptation (cf. à ce sujet modèle du canton de Vaud)

Outcome :

- Définition, sur la base des résultats de l'analyse des besoins, du niveau de compétence à exiger des soignants en matière d'hygiène
- Mise en place d'un réseau des répondants hygiène des institutions de santé de petite taille et des EMS permettant des échanges locaux et nationaux

Acteurs

Institutions ayant déjà organisé des formations de base et des formations continues (devraient jouer un rôle important)

## 6. RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Récapitulatif des principaux résultats de l'atelier par Virginie Masserey (OFSP)

La première partie de l'atelier a permis de confirmer la nécessité de prendre des mesures de prévention pour réduire les IAS. Elle a aussi fait ressortir que les dix stratégies clés identifiées par W. Zingg pourraient, avec les indicateurs qui les accompagnent, servir de guide pour la mise en place d'un ensemble d'actions propres à contribuer à la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

Les exposés présentés sur les projets et programmes pilotes déjà en cours ont quant à eux permis d'identifier cinq facteurs de succès :

- Consacrer suffisamment de temps à la préparation des projets
- Adopter une démarche participative pour la mise en œuvre
- Obtenir le soutien des directions des institutions pour les programmes
- Former des personnes à qui confier la mise en œuvre
- Soumettre les programmes à une évaluation

Un certain nombre d'enseignements et d'approches ont par ailleurs pu être retenus pour chacun des quatre champs d'action de la stratégie :

- Pour le champ d'action **Gouvernance**, les participants ont souligné l'importance de la volonté politique. Ils ont également conclu qu'il faudrait opter pour des modèles de gouvernance qui soient le plus en prise possible avec la pratique et répondent à une logique plutôt descendante. Ils ont ébauché une première proposition d'organigramme de mise en œuvre précisant les rôles et compétences des différents acteurs et tenant compte à la fois des circuits de décision entre l'OFSP, les cantons et les hôpitaux et des différentes structures déjà en place.
- Pour le champ d'action **Monitoring**, les participants ont souligné l'importance de commencer par sélectionner les programmes à mettre en œuvre avant de définir les méthodes de monitoring et de mesure à utiliser. Méthodes dont ils ont précisé qu'elles pouvaient varier selon les projets et les institutions. Ils ont aussi insisté sur le fait que le monitoring devait en premier lieu servir à mesurer l'impact des interventions et qu'il fallait, le concernant, appliquer la devise « le moins est l'ami du mieux ».
- Pour le champ d'action **Prévention et lutte**, les participants ont souligné l'importance d'obtenir la participation de tous les protagonistes et d'instaurer une culture du feed-back. Ils ont en particulier pointé la nécessité de convaincre les directions des établissements de l'utilité des mesures de prévention des IAS et d'augmenter l'adhésion à ces mesures en combinant à bon escient circuits de feed-back et audits.
- Pour le champ d'action **Formation et recherche**, les participants ont préconisé l'adoption d'une démarche ascendante pour la conception et la réalisation des formations. Ils ont également fait remarquer que la pédagogie était tout aussi importante que l'expertise technique s'agissant des formateurs, qu'il était essentiel de commencer par bien évaluer les besoins de formation pour pouvoir ensuite investir les ressources là où il faut, et qu'il fallait accorder la priorité aux structures existantes, notamment aux formations pratiques et on-the-job.

## A1 ATELIER DU 7 AVRIL 2017 : PARTICIPANTS

### Experts présents :

Beer, Krisztina	CDS - Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Bellini, Enrico	IC Infraconsult (accompagnement de projet externe et animation générale)
Birrer, Andreas	OFSP - Office fédéral de la santé publique, Systèmes de déclaration
Blanc, Dominique	SSM - Société suisse de microbiologie
Ciullo, Lydia	OFSP - Office fédéral de la santé publique, assistance de projet
Ermler, Andrea	APSI - Association suisse pour les sciences infirmières
Erny, Samuel	OFSP - Office fédéral de la santé publique, chef de projet suppléant par intérim Mise en œuvre de la stratégie NOSO
Furrer, Hansjakob	SSI - Société suisse d'infectiologie
Heller, Regula	ANQ - Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Holenstein, Katrin	OFSP - Office fédéral de la santé publique, Communication
Jörger, Anna	CURAVIVA - Association des homes et institutions sociales suisses
Jost, Marianne	OFSP - Office fédéral de la santé publique, Surveillance et évaluation épidémiologiques
Kahlert, Christian	SSP – Société suisse de pédiatrie
Kay, Adrien	OFSP - Office fédéral de la santé publique, Communication
Keckeis, Karin	OFSP - Office fédéral de la santé publique, collaboratrice scientifique Mise en œuvre de la stratégie NOSO
Klein, Rita-Lena	OSP - Organisation suisse des patients
Kuster, Stefan	Swissnoso
Marschall, Jonas	unimedsuisse - Médecine universitaire Suisse
Masserey, Virginie	OFSP - Office fédéral de la santé publique, Contrôle de l'infection et programme de vaccination
Matter, Hans C.	OFSP - Office fédéral de la santé publique, Stratégies, principes et programmes
Meier, Christiane	SSSP - Société suisse des médecins spécialistes en prévention et santé publique
Meier, Marie-Theres	fibs - Fachexperten/-innen Infektionsprävention & Berater/-innen Spitalhygiene
Moreno, Rafael	Swissmedic
Nicca, Dunja	Institut de sciences infirmières
Petignat, Christiane	CDS - Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Praplan, Isabell	H+ - Les Hôpitaux de Suisse
Quinto, Carlos	FMH - Fédération des médecins suisses
Reinholz, Danuta	CDS - Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Röthlisberger, Thomas	IC Infraconsult (accompagnement de projet externe)
Schlegel, Matthias	SSHH - Société suisse d'hygiène hospitalière
Schweiger, Alexander	Swissnoso
Wäfler, Karin	OFSP - Office fédéral de la santé publique, StAR

Wenger, Beat	senesuisse - Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
Zingg, Walter	HUG - Service de prévention et contrôle de l'infection
Züllig, Stéphanie	Sécurité des patients Suisse
Zürcher, Isaac	OFSP - Office fédéral de la santé publique

**Experts empêchés :**

Breitenstein, Stefan	SSC - Société suisse de chirurgie
Krayer, Sebastian	SSAR - Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation
Locher, Michèle	SIPI - Spécialistes infirmiers prévention de l'infection
Ritschard, Karin	APSI - Association suisse pour les sciences infirmières
Schüpbach, Mike	OFSP - Office fédéral de la santé publique, Droit
Vincent-Suter, Sonja	ASI - Association suisse des infirmiers et infirmières
Widmer, Andreas	Swissnoso

## A2 ATELIER DU 7 AVRIL 2017 : OBJECTIFS ET PROGRAMME

### Objectifs de l'atelier des parties prenantes

- **Inform**er tous les acteurs de l'état de la mise en œuvre de la stratégie et des premières réflexions sur la planification de cette mise en œuvre
- **Valoriser au maximum** l'expérience acquise par les parties prenantes au fil de leurs projets et de leur pratique dans les quatre champs d'action de la stratégie
- **Concrétiser** avec l'aide des parties prenantes la mise en œuvre des mesures jugées prioritaires
- **Inciter** la communauté des parties prenantes à **participer** à la mise en œuvre de la stratégie NOSO

### Programme

À partir de 8h30	<b>Café de bienvenue</b>
9h00 – 9h15	<b>Mot de bienvenue</b> : Daniel Koch, responsable de la division Maladies transmissibles (OFSP) <b>Présentation du déroulement de l'atelier</b> : Enrico Bellini, accompagnement de projet externe (IC Infraconsult)
9h15 – 9h45	<b>Exposé d'introduction</b> D <sup>r</sup> Walter Zingg, médecin adjoint agrégé, Service de prévention et contrôle de l'infection (HUG) <i>Prévention des infections nosocomiales : défis et facteurs clés pour l'efficacité</i>
9h45 – 10h30	<b>Mise en œuvre de la stratégie NOSO : état des travaux</b> Virginie Masserey, responsable de la section Contrôle de l'infection et programme de vaccination (OFSP) <b>Exposés succincts sur des projets / programmes pilotes déjà en cours</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>progress ! La sécurité dans le sondage vésical</i>, Stephanie Züllig (Sécurité des patients Suisse)</li><li>• <i>SSI (infections du site opératoire) Intervention</i>, Alexander Schweiger (Swissnoso)</li><li>• <i>Application « Clean Hands »</i>, Matthias Schlegel (SSHH / Swissnoso)</li></ul>
10h30 – 10h40	<b>Introduction aux travaux de groupe et constitution des groupes pour la partie 1</b>
10h40 – 11h00	<b>Pause et transfert dans les salles de groupe</b>

11h00 – 12h15 **Partie 1 des travaux de groupe avec exposés d'entrée en matière sur les expériences tirées de projets ou de mesures déjà réalisées**

Gouvernance	Monitoring	Prévention et lutte	Formation et recherche
<b>Exposé d'entrée en matière :</b> Christiane Petignat (CDS)	<b>Exposé d'entrée en matière :</b> Regula Heller (ANQ)	<b>Exposé d'entrée en matière :</b> Dunja Nicca (Institut de sciences infirmières, Université de Bâle)	<b>Exposé d'entrée en matière :</b> Marie-Theres Meier (fibs)
Éléments clés de la gouvernance au niveau d'un canton à l'exemple du canton de Vaud	Expériences dans le domaine du monitoring des infections du site opératoire	Développement et évaluation d'interventions complexes : comment prévenir la propagation de la grippe en milieu hospitalier	Expériences dans le domaine de la formation du personnel soignant et médical à l'hygiène hospitalière

12h15 – 13h15 **Pause déjeuner (salle K16)**

13h15 – 13h35 **Présentation des résultats de la partie 1 des travaux de groupe en plénière**

13h35 – 13h45 **Introduction aux travaux de groupe et constitution des groupes pour la partie 2**

13h45 – 15h15 **Partie 2 des travaux de groupe : concrétisation des mesures prioritaires**

Gouvernance	Monitoring	Prévention et lutte	Formation et recherche
-------------	------------	---------------------	------------------------

15h15 – 15h30 **Pause et retour en plénière**

15h30 – 15h50 **Présentation des résultats de la partie 2 des travaux de groupe en plénière**

15h50 – 16h00 **Prochaines étapes et suite des opérations :** Karin Keckeis, collaboratrice scientifique projet NOSO (OFSP)  
**Mot de conclusion :** Virginie Masserey, responsable de la section Contrôle de l'infection et programme de vaccination (OFSP)

## A3 SYNOPSIS ET ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE, MARS 2017

### Situation initiale en Suisse

Environ 70 000 patients contractent chaque année une infection associée aux soins (IAS) dans les hôpitaux suisses et quelque 2 000 d'entre eux en meurent. Les études publiées montrent cependant que 20 à 50 % de ces infections pourraient, selon le type d'infection, être évitées grâce à des mesures de prévention et des systèmes de surveillance ciblés.

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

### Portée et objectifs de la stratégie nationale NOSO

La stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (stratégie NOSO) crée les bases nécessaires pour que la Confédération, les cantons et les différents acteurs impliqués puissent agir de manière ciblée et coordonnée à l'échelle nationale. La stratégie NOSO a été élaborée en collaboration étroite avec les acteurs importants. Elle s'appuie sur des modèles éprouvés en Suisse comme à l'étranger et comble les lacunes existantes. Les mesures clés proposées tiennent compte des différents besoins et possibilités des établissements de santé et de leurs conditions d'exploitation.

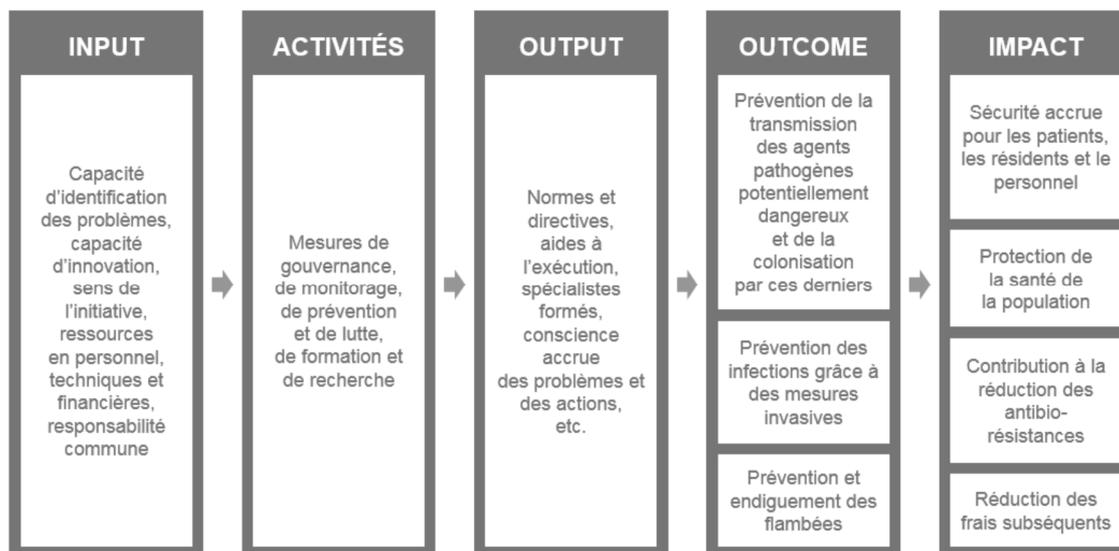
La stratégie NOSO est coordonnée avec d'autres mesures prises par la Confédération, comme la stratégie Antibiorésistance (StAR), la stratégie nationale de vaccination (SNV), la stratégie nationale de prévention de la grippe saisonnière (GRIPS) et les programmes pilotes menés dans le cadre de la stratégie de qualité afin de garantir une procédure cohérente et sans doublons.

Le champ d'application de la stratégie NOSO englobe l'apparition et les flambées des IAS, dans les établissements de soins stationnaires – hôpitaux et établissements médico-sociaux (EMS) – en Suisse. La Confédération envisage, dans un deuxième temps, d'étendre la stratégie NOSO aux soins ambulatoires.

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

L'objectif global de la stratégie NOSO est de réduire le nombre d'IAS et d'empêcher la propagation d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans les hôpitaux et les EMS afin d'augmenter la sécurité des patients, des résidents et du personnel, d'améliorer la protection de la santé de la population, de contribuer à la prévention et à la lutte contre les antibiorésistances en Suisse et de diminuer les frais subséquents.

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

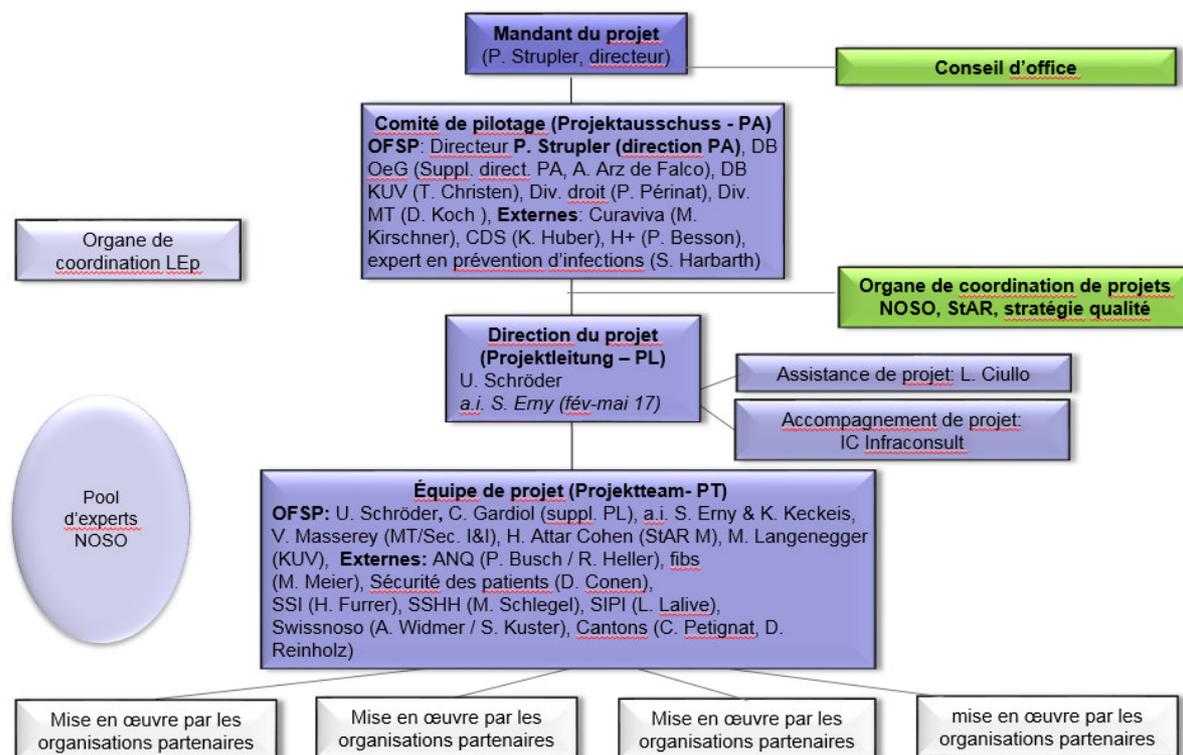


La stratégie nationale NOSO a défini **quatre champs d'action thématiques**: gouvernance, monitoring, prévention et lutte, formation et recherche. Un objectif stratégique est défini pour chaque champ d'action. Les objectifs stratégiques sont atteints avec un éventail de quatorze mesures clés :

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

### Structure, organes et gouvernance du projet NOSO :

L'organigramme ci-dessous décrit la structure du projet et montre aussi quelles sont les parties prenantes représentées au sein des organes de projet. Le directeur de l'OFSP, M. Strupler, est le mandant du projet et dirige le comité de pilotage (Projektausschuss=PA), qui est responsable de la conduite stratégique. L'équipe de projet (Projektteam=PT) a un rôle consultatif, tandis que les différents organes de coordination assurent la coordination avec d'autres stratégies nationales pertinentes.



### Plan de mise en œuvre 2017 - 2020 :

Au début de la mise en œuvre, l'état initial est mis à jour (analyse de l'état actuel des structures, mesures et programmes existants, étude de prévalence ponctuelle) et un plan de mise en œuvre est développé par l'OFSP dans un processus participatif avec les parties prenantes et acteurs. Une évaluation régulière des mesures prises est faite avec la participation d'experts techniques. Une évaluation intermédiaire est prévue pour 2020, qui permettra d'apporter des ajustements aux travaux de mise en œuvre si nécessaire.

### État de la mise en œuvre (mars 2017) :

Une priorisation des mesures en trois phases a été développée en collaboration avec l'équipe de projet (PT) :

#### Phase I

Il s'agit de clarifier les rôles et les missions des organisations impliquées et de renforcer le rôle de Swissnoso (Swissnoso+). Au niveau communication, une stratégie sera élaborée avec les partenaires clés.

<p><b>Phase II</b></p> <p>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.</p>
<p><b>Phase III</b></p> <p>. Dans cette phase, les structures de gouvernance seront consolidées afin de garantir la coordination et la qualité du monitoring. Mais ce sont surtout les mesures de prévention, de lutte et de formation dans les institutions de santé qui devront être mises en œuvre et institutionnalisées, afin de pérenniser une culture d'apprentissage et de dialogue.</p>

### **Soutiens financiers en cours :**

Le tableau ci-dessous indique les études sur lesquelles Swissnoso travaille actuellement dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie NOSO sur mandat et avec le soutien financier de l'OFSP :

<b>Projet</b>	<b>Démarrage</b>	<b>Bénéficiaire du soutien financier</b>	<b>Étapes</b>
Étude nationale de prévalence ponctuelle des IAS et de l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux de soins aigus	juillet 2016	Swissnoso	Rapport intermédiaire d'exécution d'ici à juin 2017 Rapport final d'ici à juin 2018
Revue de la littérature : The Preventable Proportion of Nosocomial Infections. A Systematic Review and Meta-Analysis	août 2016	Swissnoso	Rapport final d'ici à juin 2017
Revue de la littérature : Behavioural Determinants of Compliance with Infection Prevention Best Practice Guidelines. A Systematic Review	août 2016	Swissnoso	Rapport final d'ici à avril 2017
Surveillance des paramètres du processus de prévention des infections en salle d'opération : développement de l'application « Clean Care Monitor » pour la saisie électronique, le feed-back direct et la surveillance avec benchmark.	nov. 2016	Swissnoso	Rapport intermédiaire sur les premiers résultats d'ici à août 2017 Rapport final d'ici à janvier 2019
Swissnoso+ Garantie de l'expertise et développement des structures appropriées pour la mise en œuvre de la stratégie NOSO	déc. 2016	Swissnoso	Rapport intermédiaire d'ici à juin 2017 Rapport final d'ici à janvier 2018

### **Prochaines étapes**

Au cours de l'atelier du 7 avril 2017 avec les parties prenantes, les étapes de la mise en œuvre des mesures clés ainsi que les domaines partiels jugés prioritaires ont été concrétisés. Au terme de cet atelier, la direction du projet (PL) disposait ainsi de bases et d'éléments concrets pour élaborer et finaliser le « Plan de mise en œuvre » (cf. annexe A4) qui sera rediscuté par l'équipe de projet (PT) et enfin validé par le comité de pilotage (PA).

## A4 PLANIFICATION DANS LES GRANDES LIGNES DE LA MISE EN ŒUVRE 2017-2020, MARS 2017

	Nr.	Mesures et module	2016		2017		2018		2019		2020	
			S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
Gouvernance	<b>G-1</b>	<b>Normes et directives</b>										
	G-1-1	Dotation minimale en personnel spécialisé										
	G-1-2	Besoin en termes de données, méthodes et normes										
	G-1-3	Recommandations pour l'exploitation des données										
	G-1-4	Compétences et objectifs d'apprentissage										
	<b>G-2</b>	<b>Compétences et structures</b>										
	G-2-1	Missions et répartition des rôles										
	G-2-2	Optimiser les structures										
	G-2-3	Structures de coordination du monitoring										
	G-2-4	Gestion de la qualité et prévention des infections										
	<b>G-3</b>	<b>Soutien de la mise en oeuvre</b>										
	G-3-1	Aides à l'exécution et évaluations										
	G-3-2	Soutenir les projets novateurs										
	G-3-3	Améliorer les incitations										
	G-3-4	Prévention des IAS comme critère dans la surveillance, la planification et l'autorisation										
	<b>G-4</b>	<b>Gestion des connaissances</b>										
G-4-1	Plate-forme d'accès au savoir											
G-4-2	Transfert du savoir											
G-4-3	Collaboration internationale											
Monitoring	<b>M-1</b>	<b>Système de monitoring national</b>										
	M-1-1	Renforcer les acteurs										
	M-1-2	Un monitoring de grande qualité										
		Module de monitoring 1		développement		pilote						
		Module de monitoring 2				développement						
		Module de monitoring 3										
		Module de monitoring 4										
	<b>M-2</b>	<b>Utilisation ciblée des données</b>										
	M-2-1	Evaluation des données										
	M-2-2	Retour d'information interne sur l'adhérence										
	M-2-3	Public reporting et benchmarking					dévelop.		pilote			
	<b>M-3</b>	<b>Détection précoce</b>										
M-3-1	Renforcer les systèmes de détection précoce					développement		pilote				
M-3-2	Compléter les ordonnances					développement		pilote				
Prévention et lutte	<b>PL-1</b>	<b>Optimisation et développement la prévention et la lutte</b>										
		Module d'intervention 1			développement		pilote					
		Module d'intervention 2					développement					
		Module d'intervention 3							développement			
		Module d'intervention 4										
		Module d'hygiène de mains			tâche permanente							
	<b>PL-2</b>	<b>Sensibilisation et implication</b>										
	PL-2-1	Concept de communication		concept								
	PL-2-2	Impliquer les personnes concernées		concept								
	PL-2-3	Engagement formel des acteurs					concept					
<b>PL-3</b>	<b>Culture d'apprentissage et de dialogue</b>											
<b>PL-4</b>	<b>Promotion de la prévention vaccinale</b>											
Formation Recherche	<b>FR-1</b>	<b>Prévention des infections dans la formation</b>										
	FR-1-1	Former des professionnels de la santé										
	FR-1-2	Formation continue du personnel de santé										
	FR-1-3	Institutionnaliser la formation en prévention des infections										
	<b>FR-2</b>	<b>Promotion de la recherche</b>										
<b>FR-3</b>	<b>Nouvelles technologies et assurance qualité</b>											

## A5 PROJETS DE CONCEPTS DE MISE EN ŒUVRE PROPOSÉS POUR UNE SÉLECTION DE MESURES ET DOMAINES PARTIELS PRIORITAIRES

### Mesure clé G-2 Compétences et structures

#### Domaine partiel G-2-1 : clarifier les missions, optimiser la répartition des rôles

	Activités à planifier, étapes intermédiaires	Output / objectifs d'output	Outcome / objectifs d'outcome	Acteurs impliqués
	<b>G-2-1 : clarifier les missions, optimiser la répartition des rôles</b>			
<b>G 2-1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarifier les rôles aussi bien au niveau des institutions qu'au niveau de la Confédération / des cantons</li> <li>Élaborer un organigramme de mise en œuvre (pour que les mesures puissent être mises en œuvre concrètement et que les structures nécessaires puissent être créées au niveau national, il faut savoir qui doit travailler avec qui)</li> <li>P. ex., désigner un « délégué NOSO » par canton, qui puisse faire office d'interlocuteur (comme cela a été fait pour la Stratégie nationale d'élimination de la rougeole)</li> <li>Clarifier les compétences décisionnelles des délégués NOSO (sur la base du modèle de l'ANQ pour les responsables qualité)</li> <li>...</li> </ul>	<p>Organigramme de mise en œuvre clair</p> <p>Mapping des parties prenantes</p>	Tous les acteurs impliqués connaissent leurs compétences et leurs responsabilités et agissent en conséquence.	<p>Confédération</p> <p>ANQ</p> <p>CDS</p> <p>H+</p> <p>Swissnoso+</p> <p>Sécurité des patients</p> <p>Suisse</p>

## Mesure clé M-1 Système de monitoring national

### Domaine partiel M-1-2 Assurer un monitoring de qualité élevée | Modules de monitoring (p. ex., monitoring des infections associées au sondage vésical)

	Activités à planifier, étapes intermédiaires	Output / objectifs d'output	Outcome / objectifs d'outcome	Acteurs impliqués
<b>M-1-2</b>	<b>Assurer un monitoring de qualité élevée</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer <b>si</b> le monitoring doit être axé sur les résultats et / ou sur les processus (p. ex., adhésion aux règles d'hygiène des mains) <b>et</b></li> <li>▪ Définir des indicateurs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Axés sur les résultats : incidence des IAS par (catégorie de fournisseur(s) de prestations et par (catégorie d') agent(s) pathogène(s))</li> <li>○ Axés sur les structures et les processus : p. ex., observance et respect des mesures de prévention (désinfection des mains, etc.), ou certification de la qualité de la détection des agents pathogènes en laboratoire (accréditation des laboratoires)</li> </ul> </li> <li>▪ Dans une phase pilote, identifier les problèmes de qualité dans la surveillance au sein des institutions (la validité et la comparabilité des données doivent être établies)</li> <li>▪ Fixer la périodicité et les thèmes (structures et / ou processus, ou encore données à recueillir) des audits</li> <li>▪ Intégrer les données pour le benchmarking et les publier</li> <li>▪ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Définition des conditions systémiques et opérationnelles nécessaires pour un monitoring de qualité élevée</li> <li>- Définition des conditions nécessaires pour une validation en parallèle</li> <li>- ...</li> <li>- Institutionnalisation des audits externes</li> <li>- Liste de benchmarking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Des données fiables et pertinentes permettent d'évaluer la situation et les progrès accomplis.</li> </ul>	<p>ANQ Swissnoso+ Hôpitaux EMS</p>

**Mesure clé PL-1 Optimiser et développer la prévention et la lutte**

**Mesure clé PL-1 Optimiser et développer la prévention et la lutte | Modules d'intervention (p. ex., infections du site opératoire)**

	<b>Activités à planifier, étapes intermédiaires</b>	<b>Output / objectifs d'output</b>	<b>Outcome / objectifs d'outcome</b>	<b>Acteurs impliqués</b>
<b>PL-1</b>	<b>Optimiser et développer la prévention et la lutte</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se baser sur les programmes et projets pilotes existants : programme d'hygiène des mains « Clean Hands », programme « progress ! La sécurité dans le sondage vésical », module SSI Intervention de Swissnoso (prévention des infections du site opératoire)</li> <li>▪ Développer et concevoir de nouveaux modules d'intervention (p. ex., infections associées aux cathéters veineux centraux) et organiser pour ces modules des phases pilotes</li> <li>▪ Adapter les mesures de prévention et de lutte aux situations locales et aux spécificités des hôpitaux et des EMS</li> <li>▪ ...</li> <li>▪ Mettre en pratique les normes et directives et les actualiser en permanence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création des conditions systémiques et opérationnelles nécessaires pour une amélioration des mesures de prévention et de lutte</li> <li>- Extension des programmes pilotes existants à tout le pays</li> <li>- Lancement des nouveaux modules sous la forme de programmes pilotes</li> </ul>	<p>Les établissements de santé sont capables de prévenir les IAS de façon plus efficace et plus ciblée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augmentation de l'adhésion aux règles de désinfection des mains</li> <li>▪ Réduction du taux d'infection du site opératoire (de 10 % d'ici à 2018) grâce à une meilleure observance (90 %) des mesures élémentaires de prévention (épilation, désinfection préopératoire de la peau et antibioprophylaxie)</li> <li>▪ ...</li> </ul>	<p>Hôpitaux EMS ...</p>

## Mesure clé FR-1 Prévention des infections dans la formation

### Domaine partiel FR-1-1 Former des experts puis assurer leur formation continue

	Activités à planifier, étapes intermédiaires	Output / objectifs d'output	Outcome / objectifs d'outcome	Acteurs impliqués
<b>BF-1-1</b>	<p><b>Former des experts puis assurer leur formation continue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier les besoins s'agissant des contenus et des objectifs des cours de formation de base et de formation continue</li> <li>▪ Élaborer les contenus de cours de façon à ce que les enseignements soient adaptés aux besoins des différents groupes professionnels (médecins et non médecins) → offre de formation adaptée en fonction des niveaux</li> <li>▪ Identifier les offres appropriées pour la formation de base et la formation continue des experts (offres autres que l'examen fédéral professionnel)</li> <li>▪ Définir les programmes et fixer les priorités conjointement, p. ex., avec l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)</li> <li>▪ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Établissement de cours de formation de base et de formation continue attrayants, permettant, p. ex., d'obtenir le titre de spécialiste FMH en infectiologie avec sous-spécialité en hygiène hospitalière (prévention des infections comme compétence transdisciplinaire)</li> <li>▪ Établissement de cycles de formation supplémentaires pour les experts, p. ex. dans les hautes écoles spécialisées</li> <li>▪ ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitution d'un pool de transmetteurs de savoir issus des établissements de formation pour des enseignements adaptés aux besoins des différents groupes professionnels (médecins et non médecins)</li> <li>▪ ...</li> </ul>	<p>Cantons Hôpitaux EMS</p>