



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP



Stratégie  
**NOSO**

Unis contre les infections  
dans les structures de soins

[www.strategie-noso.ch/fr](http://www.strategie-noso.ch/fr)

# Objectifs opérationnels et aides à la mise en œuvre

## pour la réduction des infections associées aux soins dans les hôpitaux de soins aigus suisses

Février 2024

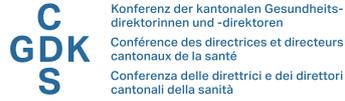
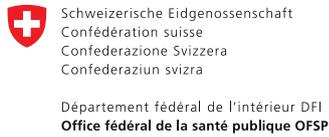


Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Les organisations suivantes soutiennent et recommandent la mise en œuvre des *Objectifs opérationnels* :



# Table des matières

<b>1</b>	<b>Remerciements</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Introduction</b>	<b>5</b>
2.1	Champ d'application	6
2.2	Une feuille de route commune	6
<b>3</b>	<b>Objectifs opérationnels pour la réduction des IAS dans les hôpitaux de soins aigus suisses</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Aides à la mise en œuvre</b>	<b>10</b>
4.1	Introduction	10
4.2	Référence (1) : réduction de l'infection aux soins prioritaire	12
4.3	Référence (2) : mise en œuvre de mesures de prévention et augmentation du niveau de compliance	14
4.4	Gouvernance	15
4.5	Monitoring	16
4.6	Prévention et lutte	17
4.7	Formation	18
<b>5</b>	<b>Abréviations</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Glossaire</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>Annexe</b>	<b>21</b>
7.1	Bref aperçu des Exigences structurelles minimales pour les hôpitaux de soins aigus	21

# 1 Remerciements

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) remercie tous les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ces *Objectifs opérationnels* dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (Stratégie NOSO):

ANQ

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

CDS

Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé

fibs

Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene

Fondation Sécurité des patients Suisse

H+ Les hôpitaux de Suisse

Institut für Pflegewissenschaft – Nursing Science (INS) Universität Basel

SIPI

Le groupe romand d'intérêts communs Spécialistes Infirmiers en Prévention de l'Infection

SSHH

Société Suisse d'Hygiène Hospitalière

SSI

Société Suisse d'Infectiologie

Swissnoso

Centre national de prévention des infections

VKS/AMCS

Association des médecins cantonaux de Suisse

## 2 Introduction

Les résultats de l'enquête de prévalence ponctuelle (PPS) 2022 indiquent qu'en moyenne 5,9 % des personnes hospitalisées en Suisse contractent une infection associée aux soins (IAS).<sup>1</sup> Jusqu'à 55 % de ces cas pourraient être évités grâce à des mesures ciblées.<sup>2</sup>

La [Stratégie NOSO](#), soit la stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS), est mise en œuvre depuis 2016. **Son objectif global consiste en la réduction du nombre d'IAS et en la prévention de la propagation d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux**, dans le but :

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

La Stratégie NOSO se base sur la [loi sur les épidémies](#). Celle-ci donne à la Confédération la compétence de fixer, en collaboration avec les cantons, des objectifs et des stratégies en matière de lutte contre les maladies transmissibles. Ainsi, l'OFSP peut également lancer des programmes nationaux de lutte contre les infections nosocomiales et les agents pathogènes résistants aux antibiotiques.

Dans le cadre de la réalisation de cet objectif global, la Confédération et les partenaires représentés dans le comité de pilotage de la Stratégie NOSO<sup>3</sup> ont décidé de fixer au niveau national des **Objectifs opérationnels** et des **aides à la mise en œuvre** pour la réduction des IAS, destinés aux hôpitaux de soins aigus<sup>4</sup>, pour la période 2025–2035. Ceux-ci se basent et se réfèrent aux [Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les IAS dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse](#), un catalogue de mesures visant la prévention et la lutte contre les IAS et publié en 2021.

Les *Objectifs opérationnels* définissent les objectifs au niveau national. Ils s'alignent sur la [Stratégie mondiale de lutte anti-infectieuse de l'Organisation mondiale de la santé \(OMS\)](#), en tenant compte également de son [Plan d'action mondial pour la sécurité des patients](#). La vision de l'OMS est la suivante : d'ici 2030, toute personne ayant recours à des prestations de santé doit être protégée des IAS. L'OMS souligne l'influence positive des acteurs nationaux et locaux sur la mise en œuvre pratique de la stratégie. En ce qui concerne la Suisse, les objectifs nationaux peuvent uniquement être atteints grâce à l'engagement des hôpitaux et des cantons. Chaque hôpital devrait formuler ses propres objectifs de réduction des IAS en adéquation avec l'institution et fondés sur les objectifs nationaux et les *aides à la mise en œuvre*.

---

<sup>1</sup> Zingg W. et Metsini A., [Enquête de prévalence ponctuelle dans les hôpitaux \(2022\)](#), Swisnoso.

<sup>2</sup> Schreiber PW et al., [The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005-2016: Systematic review and meta-analysis](#). Infect Control Hosp Epidemiol. 2018.

<sup>3</sup> Organisations représentées dans le comité de pilotage : CDS, H+ Les Hôpitaux de Suisse, Curaviva, expert de la prévention des infections, OFSP.

<sup>4</sup> Les hôpitaux de soins aigus sont des établissements dont les prestations sont exclusivement remboursées en application du système tarifaire DRG pour les diagnostics, les traitements et les soins aigus des patients hospitalisés. Tous les hôpitaux qui offrent des prestations médicales générales et spécialisées sont concernés. Les établissements de réadaptation ne sont pas compris dans cette définition.

L'OFSP a élaboré les *Objectifs opérationnels* en collaboration avec les organisations représentées au sein du comité de projet<sup>5</sup>. Les *Objectifs opérationnels* ont été adoptés par le comité de pilotage de la Stratégie NOSO en septembre 2023. Le présent document est soutenu entre autres par H+ Les Hôpitaux de Suisse, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et le Centre national de prévention des infections Swissnoso.

## 2.1 Champ d'application

Les *Objectifs opérationnels* ont été élaborés à titre de recommandation pour le **contexte des hôpitaux de soins aigus suisses**, à l'exclusion des cliniques psychiatriques, des cliniques de réadaptation, des homes pour personnes âgées et des établissements médico-sociaux. En effet, ces institutions travaillent dans des conditions différentes et ne disposent pas encore dans la même mesure des outils nécessaires à la prévention et au contrôle des infections (PCI).

Le présent document s'adresse aux décideurs stratégiques, tels que les **directions des hôpitaux de soins aigus et les services cantonaux compétents**.

D'autres documents élaborés dans le cadre de la Stratégie NOSO sont à la disposition des équipes PCI (équipes d'hygiène hospitalière) pour la mise en œuvre pratique. Les *Exigences structurelles minimales* pour les hôpitaux de soins aigus suisses, déjà mentionnées plus haut, sont particulièrement importantes pour la mise en œuvre des *Objectifs opérationnels*.

## 2.2 Une feuille de route commune

Les *Objectifs opérationnels* n'ont pas de caractère contraignant. Ils ont valeur de **recommandations** et offrent à la Confédération et à tous les partenaires de mise en œuvre une feuille de route commune à suivre pour réduire d'ici 2035 le taux global d'IAS en Suisse (voir Figure 1). Leur principal objectif est d'inciter les partenaires de mise en œuvre à lutter de manière conséquente contre les IAS. Après 2035, l'OFSP analysera les résultats de la mise en œuvre à effacer et décidera conjointement avec ses partenaires quelles autres actions sont à entreprendre.

---

<sup>5</sup> Organisations représentées dans le comité de projet : 2 à 3 représentants des cantons, CDS, ANQ, Fondation Sécurité des patients Suisse, Société Suisse d'Infectiologie (SSI), Société Suisse d'Hygiène Hospitalière (SSHH), Spécialistes Infirmiers en Prévention de l'Infection (SIPI), Interessengruppe der Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen (fibs), Institut für Pflegewissenschaft de l'Université de Bâle, Swissnoso, Curaviva, OFSP.



Fig. 1: Rôles et responsabilités des différents partenaires de mise en œuvre de la Stratégie NOSO

## Confédération

La Stratégie NOSO relève de la compétence de la Confédération. Elle est mise en œuvre par l'OFSP et ses partenaires depuis 2016.

Ensemble, ils ont fixé dans le présent document des objectifs nationaux de réduction des IAS pour la période 2025–2035. Ces objectifs seront examinés et publiés dans le cadre des enquêtes de prévalence ponctuelle nationales régulièrement menées. Ils servent à évaluer l'impact de la Stratégie NOSO.

## Cantons

Les cantons jouent un rôle clé dans la mise en œuvre de la Stratégie NOSO. Ils assument la responsabilité des soins de santé.

Les directeurs cantonaux de la santé ou les services cantonaux compétents ont la possibilité d'intégrer les *Objectifs opérationnels* dans leur stratégie. Ce faisant, ils peuvent définir le cadre juridique et réglementaire nécessaire, comme cela a été fait par le passé pour les *Exigences structurelles minimales*.

## Hôpitaux de soins aigus

Les *Objectifs opérationnels* encouragent les directions des hôpitaux à fixer des objectifs de réduction en adéquation avec leur institution, à appliquer des mesures de prévention et à mettre en place une surveillance appropriée des IAS, tout en fixant leurs priorités en fonction de leurs besoins.

Les hôpitaux de soins aigus peuvent communiquer les résultats obtenus de manière ciblée aux services ou aux collaborateurs concernés et, au besoin, adapter les mesures existantes. La Stratégie NOSO contribue ainsi au développement d'un système de santé apprenant, comme le prévoit également la Stratégie qualité du Conseil fédéral<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> [Office fédéral de la santé publique \(2022\) : Stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie](#)

### 3 Objectifs opérationnels pour la réduction des IAS dans les hôpitaux de soins aigus suisses

#### **Objectifs nationaux**

La Confédération fixe les objectifs nationaux suivants comme valeur indicative pour la réduction des IAS :

**La prévalence des IAS en Suisse diminue à 5 % d'ici 2030.**

**La prévalence des IAS en Suisse diminue à 4 % d'ici 2035.**

#### **Objectifs de réduction en adéquation avec l'institution**

Pour atteindre ces objectifs nationaux, les hôpitaux définissent leurs propres objectifs, adaptés à leur situation respective. Chaque hôpital définit dans un premier temps le type d'IAS prioritaire à ses yeux et les mesures de prévention qui doivent être instaurées contre celle-ci.

Les hôpitaux se fondent à cet égard sur les valeurs de référence suivantes :

#### *Référence (1)*

**D'ici 2025, l'hôpital de soins aigus définit l'IAS prioritaire et se fixe un objectif de réduction chiffré (en règle générale une réduction de l'incidence de 10 à 20 %) à atteindre d'ici 2030. Un nouvel objectif est fixé pour 2035.**

#### *Référence (2)*

**D'ici 2025, l'hôpital de soins aigus définit des mesures de prévention avec des indicateurs de processus correspondants pour la réduction de l'IAS prioritaire et se fixe un objectif mesurable d'amélioration de la compliance à atteindre d'ici 2030. Un nouvel objectif est fixé pour 2035.**

Pour atteindre les *Références (1) et (2)*, les hôpitaux mettent en place différentes mesures. Celles-ci s'inscrivent dans les champs d'action « Gouvernance », « Monitoring », « Prévention et lutte » et « Formation » de la Stratégie NOSO.

# 4 Aides à la mise en œuvre

## 4.1 Introduction

Les *aides à la mise en œuvre des Objectifs opérationnels* sont conçues pour aider les hôpitaux de soins aigus à définir et à atteindre les objectifs de réduction en adéquation avec leur institution. Elles suivent la logique du cycle PDCA (roue de Deming<sup>7</sup>). Ce cycle comprend quatre étapes : Planifier, Déployer, Contrôler et Ajuster. Il s'agit d'un modèle cyclique et interactif d'apprentissage et d'amélioration continue (voir Figure 2). Le cycle PDCA est une méthode qui facilite la mise en œuvre de plans PCI annuels.

Chaque étape comprend des objectifs et des responsabilités spécifiques.

### 1. Planifier

Afin de dresser un état des lieux, on procède au recensement et à l'analyse des problèmes de santé des patients en ce qui concerne les IAS. Cette évaluation sert à prioriser les IAS qui devraient être réduites et les mesures à mettre en place. Le plan PCI annuel fixe les objectifs de réduction et les faisceaux de mesures PCI adéquates.

→ *La direction de l'hôpital ou la commission PCI confie l'évaluation de la situation à l'équipe de gestion de la qualité (GQ) / équipe PCI, avant de décider des éléments à inclure dans le plan PCI.*

### 2. Déployer

Le plan PCI est mis en œuvre.

→ *L'équipe GQ/PCI est responsable de la mise en œuvre des mesures.*

### 3. Contrôler

Les indicateurs et les objectifs font l'objet d'une analyse et un bilan est dressé quant à l'efficacité des mesures introduites.

→ *L'équipe GQ/PCI est responsable de l'évaluation des mesures.*

### 4. Ajuster

Des propositions d'amélioration sont formulées sur la base des résultats obtenus.

→ *La direction de l'hôpital ou la commission PCI procède à une évaluation et prend une décision quant aux propositions d'amélioration soumises par l'équipe GQ/PCI.*

À la fin de la quatrième étape, on passe à un nouveau cycle PDCA.

---

<sup>7</sup> W. E. Deming: *Out of the Crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge 1982, page 88

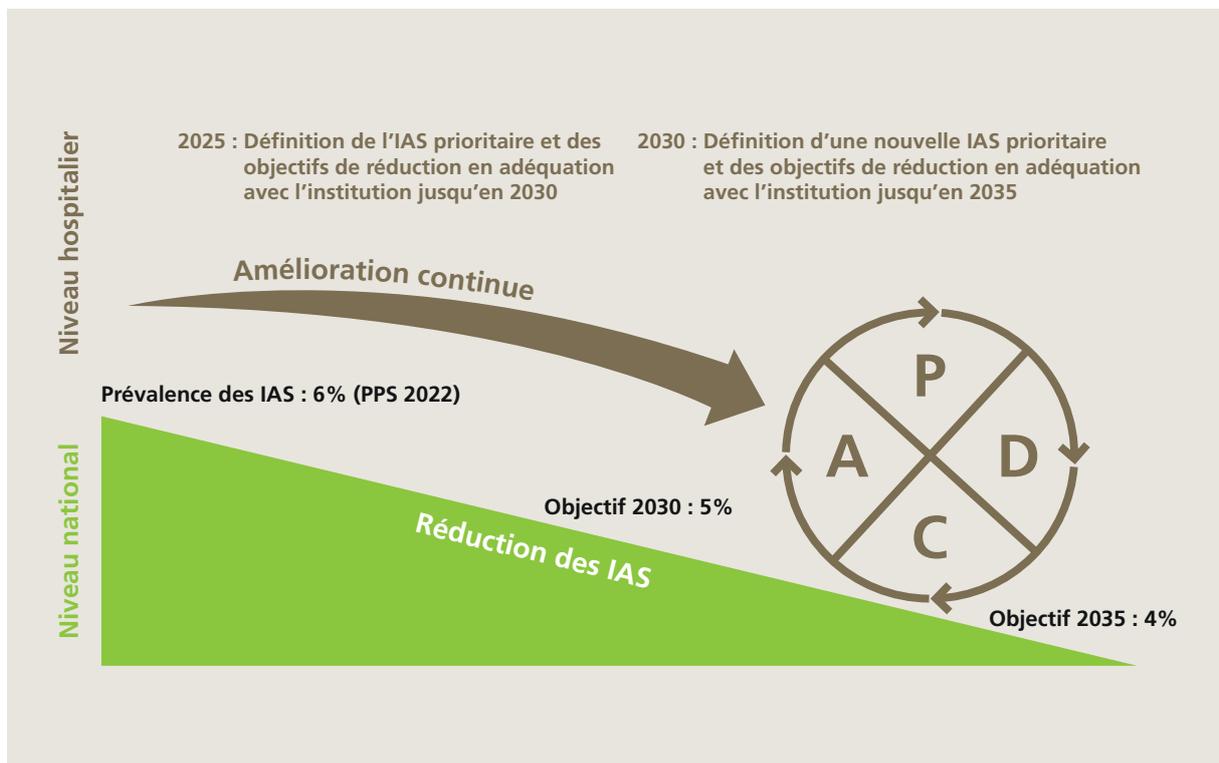


Fig. 2: Processus de la mise en œuvre des Objectifs opérationnels au niveau national et au niveau des hôpitaux

Au niveau de l'hôpital, l'efficacité des mesures devrait se traduire par une baisse de l'incidence des IAS. Cette baisse contribuera à son tour à la réduction des IAS au niveau national qui sera mesurée par les enquêtes de prévalence ponctuelle nationales.

Les chapitres 4.2 et 4.3 ci-après expliquent plus en détail le processus de définition des objectifs de réduction en adéquation avec l'institution selon les *Références (1) et (2)*. Les quatre autres chapitres décrivent les mesures à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Ces chapitres se basent sur les *Exigences structurelles minimales* (voir aperçu à l'annexe 7.1) et sont axés sur quatre des cinq champs d'action de la Stratégie NOSO (Gouvernance, Monitoring, Prévention et lutte, Formation).

## 4.2 Référence (1) : réduction de l'infection aux soins prioritaire

**D'ici 2025, l'hôpital de soins aigus définit l'IAS prioritaire et se fixe un objectif de réduction chiffré (en règle générale une réduction de l'incidence de 10 à 20 %) à atteindre d'ici 2030. Un nouvel objectif est fixé pour 2035.**

### Définition de l'IAS prioritaire

Dans chaque hôpital, la commission PCI ou la direction de l'établissement identifie au minimum un type d'IAS considéré comme prioritaire en son sein. Le choix de l'IAS se fait en fonction de l'épidémiologie locale et des problématiques propres à l'hôpital.

Dans la mesure où cela est pertinent pour l'hôpital concerné, il convient de choisir une IAS considérée comme prioritaire par la Stratégie NOSO : infections des voies urinaires associées aux sondes vésicales (CAUTI), bactériémies associées aux cathéters (CLABSI), pneumonies associées à la ventilation mécanique ou non (VAP/nvHAP) et infections du site chirurgical (SSI).

Pour définir l'IAS prioritaire, l'épidémiologie locale devrait être connue. L'identification peut se baser sur les éléments suivants :

- [L'enquête de prévalence ponctuelle](#) nationale
- Un module de surveillance interne à l'établissement (voir chapitre 4.5)
- Les modules de surveillance nationaux établis (voir chapitre 4.5)
- Une priorité au niveau cantonal
- Spécialisation de l'établissement (par exemple chirurgie orthopédique)
- Problème constaté mais pas encore mesuré (par exemple plusieurs cas de bactériémies en lien avec des cathéters veineux périphériques ou CAUTI).

### Indicateur d'*outcome*

Pour le type d'IAS choisi, l'hôpital définit un ou plusieurs indicateurs d'*outcome* permettant de contrôler la réalisation de l'objectif visé. Le choix des indicateurs d'*outcome* dépend du type d'IAS choisi. Ces indicateurs devraient être validés par des spécialistes PCI.

### Surveillance

Afin de suivre l'évolution des indicateurs d'*outcome* choisis, il est nécessaire de mettre en place une surveillance. Le type de surveillance (entre autres la méthodologie de récolte des données et la fréquence des mesures) dépend de l'IAS choisie et des indicateurs d'*outcome* choisis. Il devrait être validé par des spécialistes PCI. Les modules de surveillance sont présentés au chapitre 4.5.

## Définition des objectifs

L'hôpital fixe également, pour chaque indicateur d'*outcome* choisi, un objectif chiffré de réduction. En général, il convient de viser un taux de réduction de 10 à 20 % à l'horizon 2030. Cette valeur peut varier en fonction de la valeur de mesure initiale, du type d'IAS ainsi que de la taille de l'hôpital.

Si l'objectif de réduction est rempli en 2030, l'hôpital choisit une nouvelle IAS prioritaire et fixe pour celle-ci un taux de réduction à atteindre d'ici 2035.

Dans le cas contraire, il définit un nouveau plan pour le même IAS, avec un objectif de réduction correspondant.

### 4.3 Référence (2) : mise en œuvre de mesures de prévention et augmentation du niveau de compliance

**D'ici 2025, l'hôpital de soins aigus définit des mesures de prévention avec des indicateurs de processus correspondants pour la réduction de l'IAS prioritaire et se fixe un objectif mesurable d'amélioration de la compliance à atteindre d'ici 2030. Un nouvel objectif est fixé pour 2035.**

#### **Définition de processus**

Des mesures de prévention ciblées et clairement définies ainsi qu'un haut degré de compliance de ces mesures devraient permettre la réduction des IAS. Les faisceaux de mesures PCI devraient être intégrés dans les processus quotidiens de l'hôpital.

Chaque hôpital identifie les processus, avec les faisceaux de mesures PCI intégrés, qu'il estime nécessaires à la réduction de l'IAS prioritaire. Les processus s'appuient sur des lignes directrices reconnues, sur de la littérature scientifique fondée sur des données probantes, sur des recommandations de sociétés scientifiques et de spécialistes PCI. Ils peuvent être formulés sur la base d'évaluations internes (voir chapitre 4.4) et adaptés aux besoins de l'établissement.

#### **Indicateurs de processus**

Pour les processus, l'hôpital définit un ou plusieurs indicateurs de processus afin de vérifier le degré de compliance. Ces indicateurs servent à contrôler la réalisation des objectifs. Le choix des indicateurs de processus dépend des processus sélectionnés. Il devrait être validé par des spécialistes PCI.

#### **Monitoring**

Un monitoring est nécessaire afin de suivre l'évolution des indicateurs de processus choisis. Le type de monitoring (entre autres méthodologie de récolte des données et fréquence des mesures) dépend des indicateurs de processus choisis. Il devrait être validé par des spécialistes PCI. Les modules d'intervention sont présentés au chapitre 4.6.

#### **Formulation d'objectifs**

L'hôpital fixe également, pour chaque indicateur de processus choisi (adapté à l'infection et à la période concernées), un objectif mesurable d'amélioration du degré de compliance. La définition de nouveaux objectifs en 2030 dépend de l'objectif fixé dans la *Référence (1)*.

## 4.4 Gouvernance

Les hôpitaux de soins aigus procèdent à une évaluation, identifient les lacunes et prennent des mesures pour répondre aux *Exigences structurelles minimales* en matière de prévention et de lutte contre les IAS dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse.

L'évaluation permet d'analyser les mesures déjà instaurées dans l'hôpital en matière de prévention et de lutte contre les IAS. Elle fait partie du cycle PDCA (voir chapitre 4.1). L'évaluation n'est donc pas un événement unique : il est judicieux de la réaliser de manière régulière ou continue afin de pouvoir suivre l'impact des mesures mises en place.

[L'instrument pour l'auto-évaluation des Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les IAS dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse](#) de Swissnoso peut servir de base d'évaluation. Il est spécifiquement adapté aux *Exigences structurelles minimales*. La charge de travail, le taux d'occupation des lits, la dotation en personnel et/ou le nombre de professionnels de la santé par rapport au nombre de patients (par exemple à l'aide d'indicateurs structurels) devraient également être pris en compte dans l'évaluation.

### Élaboration du plan PCI

Les *Références (1) et (2)* sont définies dans le **plan PCI annuel** propre à l'institution. Celui-ci est approuvé par la commission PCI et la direction de l'hôpital (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 3*). La stratégie PCI devrait être communiquée aux employés de l'institution (par exemple dans le cadre d'une campagne ou de formations).

La réalisation des objectifs des *Références (1) et (2)* devrait être documentée dans le **rapport PCI annuel** (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 5*).

La mise en place d'**audits PCI** internes, d'un **monitoring** et d'une **surveillance** est essentielle pour l'évaluation (voir *Exigences structurelles minimales : éléments clés n° 5 et 6*). Les résultats de ces mesures spécifiques sont communiqués à la direction de l'hôpital et à la commission PCI, ce qui permet de clarifier les tâches et les compétences ainsi que d'optimiser les structures.

## 4.5 Monitoring

Les hôpitaux de soins aigus instaurent la surveillance d'au moins une IAS, en plus des infections du site chirurgical (SSI), en fonction de leurs priorités.

Il est de la responsabilité des hôpitaux de définir leurs priorités en matière de surveillance.

La surveillance des IAS permet aux hôpitaux de suivre l'évolution de la fréquence des IAS concernées (voir chapitre 3 *Référence (1)*). Ils peuvent ainsi contrôler la réalisation des objectifs de réduction des IAS en adéquation avec l'institution, identifier les points faibles et évaluer l'impact des mesures mises en œuvre. La surveillance des IAS prioritaires peut varier au cours du temps en fonction des besoins. Sa pertinence devrait donc être réévaluée régulièrement.

### Modules de surveillance

Les hôpitaux mettent en place une surveillance des IAS définies comme prioritaires.

Les hôpitaux qui sont affiliés au contrat qualité national (ANQ) et qui effectuent la surveillance SSI devraient idéalement mettre en œuvre un autre module de surveillance (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 6*).

Il existe deux possibilités pour mettre en place la surveillance : un module de surveillance interne, propre à l'institution, ou un module de surveillance national de Swissnoso (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 6*). Les **modules de surveillance internes** devraient être validés par des spécialistes PCI et reposer sur des données scientifiques solides.

Sur mandat de l'OFSP, Swissnoso développe un **système national de surveillance** des IAS comprenant plusieurs modules (voir [Aperçu des modules – Swissnoso](#)). Ces modules bien établis présentent plusieurs avantages. D'une part, les définitions et les variables y sont clairement précisées. D'autre part, les modules mettent à disposition des outils pour la récolte de données et sont validés par des spécialistes PCI. Dans le cadre de la participation au système de surveillance, une certaine souplesse est accordée, sur le plan tant du contenu que du calendrier, afin de tenir compte des spécificités locales. Les modules permettent une uniformisation de la méthodologie dans les différents hôpitaux et une comparaison entre les établissements au niveau national (*benchmarking*).

## 4.6 Prévention et lutte

Les hôpitaux de soins aigus mettent en place un ou plusieurs faisceaux de mesures PCI en fonction de leurs priorités.

Il est de la responsabilité des hôpitaux de mettre l'accent sur la prévention des IAS.

Pour atteindre l'objectif défini pour la *Référence (2)*, les hôpitaux mettent en place un faisceau de mesures de prévention correspondant à l'IAS prioritaire. Ces mesures s'appuient sur des lignes directrices locales, nationales ou internationales fondées sur des données probantes (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 1*).

Pour objectiver l'observance des processus en place, un indicateur de processus spécifique devrait être défini. Une collecte de données doit permettre de suivre les indicateurs de processus choisis (monitorage) et de contrôler les objectifs définis.

### **Modules d'intervention**

Pour mettre en place le monitoring des indicateurs de processus, les hôpitaux ont le choix entre deux possibilités : recourir à leur propre module d'intervention interne ou appliquer les modules d'intervention nationaux établis, élaborés par Swissnoso (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 7*). Les **modules d'intervention internes** devraient être validés par des spécialistes PCI et reposer sur des données scientifiques solides.

Les **modules d'intervention nationaux établis** (voir [Aperçu des modules – Swissnoso](#)) ont été développés par Swissnoso dans le cadre de la Stratégie NOSO et sont à la disposition des hôpitaux. Les modules sur la compliance à l'hygiène des mains, sur la prévention des CAUTI et des SSI sont déjà disponibles, tandis que les autres modules sont en cours de développement.

## 4.7 Formation

Les hôpitaux de soins aigus instaurent des formations à la prévention et au contrôle des infections, ainsi qu'une formation continue ciblée sur les besoins, pour tous les professionnels de la santé en contact avec les patients.

La **formation du personnel soignant à la PCI** est une condition indispensable pour limiter le risque d'IAS. Cette formation devrait s'adresser en priorité au personnel ayant des contacts directs avec les patients.

La direction de l'hôpital est incitée à mettre en place une culture de l'apprentissage et de la gestion des erreurs. En parallèle, des mesures sont prises pour favoriser la transparence de la communication interne et encourager la formation continue du personnel au moyen de mesures concrètes et efficaces.

### Formation en prévention et en contrôle des infections

Les hôpitaux organisent une **formation d'entrée** sur une base régulière et destinée à l'ensemble du **nouveau personnel qui sera amené à avoir des contacts avec les patients** (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 4*). Axée sur la pratique, cette formation porte sur les mesures d'hygiène standard et les différentes mesures d'isolement.

Afin d'atteindre un niveau élevé d'adhérence aux normes d'hygiène chez le personnel, une **formation continue portant sur les principes les plus importants de l'hygiène de base** (voir *Exigences structurelles minimales : élément clé n° 4*) devrait être organisée régulièrement, par exemple sous la forme de cours annuels de remise à niveau. En plus des éléments d'hygiène de base, ces formations continues devraient traiter au moins d'un thème PCI pertinent. Des concepts de formation ciblés pour la prévention des IAS identifiées comme prioritaires par les hôpitaux peuvent également être établis à cette occasion. Ces formations sont préparées par des spécialistes PCI, mises à jour et dispensées régulièrement, et évaluées.

La sensibilisation à la sécurité des patients devrait se faire dans le cadre d'un échange avec les collaborateurs, et les lacunes en matière de prévention des infections devraient être identifiées et comblées par des interventions ciblées (par exemple utilisation d'un système de signalement d'erreurs établi [CIRS], organisation de conférences sur la morbidité et la mortalité). Le retour d'information rapide, constructif et non critique aux collaborateurs contribue à une culture d'apprentissage et de dialogue ouverte. Les problèmes organisationnels ayant conduit à des erreurs devraient également être identifiés et corrigés.

Les analyses d'efficacité des programmes de formation sont communiquées à la direction de l'hôpital et à la commission PCI.

## 5 Abréviations

---

<b>ANQ</b>	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
<b>CAUTI</b>	Infections des voies urinaires associées aux sondes vésicales
<b>CDS</b>	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CLABSI</b>	Bactériémies associées aux cathéters
<b>fibs</b>	Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene
<b>GQ</b>	Gestion de la qualité
<b>IAS</b>	Infections associées aux soins, infections liées aux soins de santé
<b>NOSO</b>	Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins
<b>nvHAP</b>	Pneumonie nosocomiale non associée à la ventilation mécanique
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections
<b>PDCA</b>	Plan – Do – Check – Act
<b>PPS</b>	Enquête de prévalence ponctuelle
<b>SIPI</b>	Le groupe romand d'intérêts communs Spécialistes Infirmiers en Prévention de l'Infection
<b>SSHH</b>	Société Suisse d'Hygiène Hospitalière
<b>SSI</b>	Société Suisse d'Infectiologie
<b>SSI</b>	Infections du site chirurgical
<b>VAP</b>	Pneumonie associée à la ventilation mécanique

---

## 6 Glossaire

---

<b>Benchmarking</b>	Méthode qui permet de comparer entre elles les prestations des divers établissements de santé via l'analyse des processus et des fonctions. Les méthodes et les procédures les plus efficaces deviennent l'échelle de référence (valeur de comparaison et de référence). Le benchmarking a pour objectif de pousser les établissements de santé à adapter ou à optimiser leurs processus.
<b>Commission PCI</b>	Au sein d'un hôpital, commission interdisciplinaire stratégique proche de la direction qui se réunit pour débattre de sujets en rapport avec les IAS.
<b>Compliance</b>	Respect des directives et des instructions par les collaborateurs, les patients et les visiteurs, au sein des établissements de santé.
<b>Enquête de prévalence ponctuelle (PPS)</b>	Collecte de données relatives aux IAS et à l'utilisation d'antimicrobiens à un moment donné (le plus souvent à un jour donné).
<b>Indicateur de processus</b>	Indicateur de qualité qui représente de manière quantitative les procédures d'un établissement de santé en ce qui concerne la gestion des IAS et des mesures PCI. Il peut s'agir par exemple de la proportion de désinfections des mains correctement réalisées au sein d'un service ou de l'administration en dans les délais de l'antibioprophylaxie préopératoire.
<b>Incidence</b>	Nombre de personnes d'une catégorie de population qui développent la maladie au cours d'une période définie.
<b>Indicateurs d'outcome</b>	Indicateurs qui représentent la fréquence d'une IAS.
<b>Infections associées aux soins (IAS)</b>	Infections contractées durant un séjour dans un établissement de santé, souvent en relation avec une mesure diagnostique, thérapeutique ou de soins, par exemple une intervention chirurgicale invasive, la pose d'une sonde urinaire ou d'un cathéter veineux, ou le placement sous respiration artificielle. Mais les IAS peuvent aussi être le fait des seules circonstances du séjour dans une institution de santé, par exemple par le biais d'agents pathogènes présents dans l'air ou sur les surfaces.
<b>Monitoring</b>	Processus continu de récolte, de gestion, d'analyse et de communication de données. Au sens strict (dans le contexte PCI), ce terme désigne la surveillance des mesures de prévention et la mesure de leur respect (adhérence à la qualité des processus).
<b>Prévalence</b>	Proportion des personnes malades ou infectées dans une catégorie de la population à un moment donné.
<b>Prévention et contrôle des infections (PCI)</b>	Mesures et activités, fondées sur des données probantes, pour la surveillance, la prévention et la lutte contre les IAS.
<b>Professionnels de la santé</b>	Professionnels reconnus dans le secteur de la santé (infirmiers, médecins, physiothérapeutes/ergothérapeutes, diététiciens, techniciens en salle d'opération).
<b>Résistance aux antibiotiques</b>	Caractéristiques des bactéries qui leur permettent d'atténuer, voire de neutraliser totalement, l'effet des antibiotiques.
<b>Surveillance</b>	Au sens strict (dans le contexte PCI), surveillance épidémiologique des IAS et des agents pathogènes hospitaliers.

---

## 7 Annexe

### 7.1 Bref aperçu des Exigences structurelles minimales pour les hôpitaux de soins aigus

Les [Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les IAS dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse](#) ont été publiées en 2021 par Swissnoso dans le cadre de la Stratégie NOSO. Le résumé ci-après des sept éléments clés se base sur la version 3.0 de mai 2022.

#### **Élément clé n° 1 : Directives et instructions**

- Directives fondées sur des données probantes
- Soutien de la direction de l'hôpital

#### **Élément clé n° 2 : Matériel et équipement**

- Utilisation et promotion de désinfectants pour les mains
- Équipement de protection individuelle
- Gestion des déchets

#### **Élément clé n° 3 : Organisation de l'hygiène hospitalière et dotation du personnel**

- Commission d'hygiène multidisciplinaire, plan annuel d'hygiène hospitalière
- Équipe PCI
- Dotation en personnel adéquate

#### **Élément clé n° 4 : Formation**

- Formation des nouveaux professionnels de la santé engagés
- Cours de remise à niveau réguliers

#### **Élément clé n° 5 : Audits et monitoring**

- Objectifs en matière d'hygiène hospitalière, audits et rapports
- Monitoring de l'hygiène des mains

#### **Élément clé n° 6 : Surveillance et épidémies**

- Modules de surveillance, enquête de prévalence ponctuelle et rapport
- Dépistage des germes multirésistants et d'autres germes pertinents
- Lutte contre les flambées

#### **Élément clé n° 7 : Interventions**

- Mise en œuvre de modules d'intervention pour la prévention des IAS