swissnoso

Centre national
de prévention des infections

Manuel explicatif

Instrument pour l'auto-évaluation des

Exigences structurelles minimales

en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse

Version 1.0, février 2024

Version 1.1, 29.09.2026 (pour les modifications, voir la dernière page)

Swissnoso, Sulgeneckstrasse 35, 3007 Berne
031 331 17 33, contact@swissnoso.ch, swissnoso.ch

Contenu

Contenu 2
Introduction 3
Abréviations 3
Composants clés de Swissnoso 4
Élément clé n° 1: Directives et instructions 4
Élément clé n° 2: Matériel et équipements 6
Élément clé n° 3: Organisation de l'hygiène hospitalière et dotation du personnel 8
Élément clé n° 4: Formation 12
Élément clé n° 5: Audits et monitoring 14
Élément clé n° 6: Surveillance et épidémies 16
Élément clé n° 7: Interventions 21

Introduction

Ce manuel explicatif complète le questionnaire sur les *Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) dans les hôpitaux de soins aigus en Suisse*. Il décrit les éléments clés requis et fournit des conseils pour interpréter les questions et décider si une exigence est remplie ou non.

Abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
BMR	Bactéries multi-résistantes
CAUTI	Infection urinaire associée à un cathéter
CDI	Infection à *Clostridioides difficile*
CH-PPS	Enquête suisse de prévalence ponctuelle IAS
CLABSI	Bactériémie associée à un cathéter central
CPE (ou EPC)	Entérobactéries productrices de carbapénèmases
EPT	Équivalent plein temps (employé)
IAS	Infection associée aux soins de santé ; infection nosocomiale
MRSA	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
NOSO	Stratégie suisse de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins
nvHAP	Pneumonie acquise à l'hôpital, non associée à un respirateur
OMS	Organisation mondiale de la santé PCI Prévention et contrôle des infections
PdS	Personnel de santé
SHA	Solution hydro-alcoolique
SOP	Procédure opérationnelle standard
SSI (ou ISC)	Infection du site chirurgical
VAP	Pneumonie associée à un respirateur
VRE	Entérocoque résistant à la vancomycine

Composants clés de Swissnoso

Élément clé n° 1:

Directives et instructions

Résumé

Différents guidelines nationaux et internationaux fondés sur l'évidence existent pour la prévention des IAS. Chaque hôpital détermine lesquels sont valables en interne pour éviter doublons et ambiguïtés. Ces documents devraient avoir le caractère de directives. La prévention des IAS a été associée à la standardisation des processus. Ainsi, les professionnels de la santé ne devraient pas décider individuellement de la manière de procéder pour prévenir les IAS. Ils devraient par contre avoir facilement accès à des directives et à des procédures opérationnelles standardisées (SOP) dont la mise à jour/révision soit régulière et planifiée. Une bibliothèque centrale de documents électroniques peut être facilitatrice.

Comment satisfaire à cet élément

1.1 Votre hôpital dispose-t-il de lignes directrices écrites fondées sur l'évidence pour la prévention et de contrôle des infections (PCI) (basées sur/référant à des recommandations d'organismes nationaux ou internationaux) concernant les mesures suivantes ?	- Il s'agit de documents tels que des "directives", des "recommandations" ou des "procédures opérationnelles standard (SOP)" internes. Tout document définissant des processus ou des procédures traitant un ou plusieurs des sujets mentionnés est valable. - Les thèmes comprennent également la gestion des déchets biologiques et médicaux conformément aux réglementations en vigueur (voir section 2.3). - Le dépistage des bactéries multi-résistantes (BMR) inclut MRSA, VRE, CPE et autres. Ceci vaut si des documents pour au moins un type de BMR sont disponibles. - En l'absence de documents internes (élaborés par l'hôpital ou le réseau hospitalier), l'hôpital doit définir formellement quels documents externes sont en vigueur et doivent être suivis par le personnel, tels que des directives cantonales ou nationales (CH/Swissnoso), celles de sociétés professionnelles ou d'autres organisations (entre autres Société suisse d'infectiologie, Société européenne de microbiologie et d'infectiologie, OMS, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)). En cas d'adaptations locales, les nouveaux documents doivent être établis

	en faisant référence entièrement ou en partie aux documents externes (par ex. en annexe).
1.2 Les documents sont-ils approuvés par la direction de l'hôpital, correspondant ainsi à des directives ou procédures opérationnelles standard (SOP) ?	- Les documents doivent être des SOP ou des directives ; leur mise en œuvre est donc obligatoire. - L'approbation doit être visible sur le document sous forme de texte ou de cosignature par un membre de la direction (ou son délégué). - L'objectif est que la direction prenne connaissance des documents, soit directement, soit par l'intermédiaire de la commission PCI, et les mette activement en vigueur. Si des procédures internes de validation des documents existent déjà, elles s'appliquent aussi aux directives PCI.
1.3 Les lignes directrices indiquent-elles leurs sources/références, date de publication et période de validité ?	- Les documents doivent mentionner l'auteur, l'organisme ou le service émetteur, la date de publication et la date de validité. - Les documents fondés entièrement ou en partie sur des guidelines externes ou d'autres publications doivent inclure leurs références (publications ou guidelines nationaux et internationaux).
1.4 Les lignes directrices sont-elles régulièrement révisées (selon un protocole prédéfini) pour vérifier leur validité ?	- L'institution doit périodiquement (par ex. chaque 2 ou 3 ans) examiner chaque document, les adapter si nécessaire et confirmer leur validité. - Cela ne s'applique que si cette norme est valable pour toute directive ou SOP internes.
1.5 Les lignes directrices sont-elles facilement accessibles à l'ensemble du personnel de santé, idéalement par voie électronique (intranet) ?	- Que les lignes directrices soient internes ou externes, les documents doivent être facilement accessibles à tout utilisateur dans l'hôpital. - Bien que leur distribution dans les services puisse être problématique, les documents peuvent être sur un support papier à condition qu'ils soient faciles d'accès et à jour. Un accès via l'intranet ou une application devrait être facilité.

Élément clé n° 2:

Matériel et équipements

Résumé

Un équipement adéquat (par ex. gants non stériles, solution hydro-alcoolique) est essentiel pour protéger les patients et les professionnels de la santé. Un équipement de protection individuelle fait partie des précautions standards et des mesures d'isolement. Il devrait toujours être disponible dans chaque hôpital. La solution-hydro-alcoolique (SHA) devrait toujours être disponible au lieu des soins pour faciliter une utilisation conforme aux indications de l'OMS pour l'hygiène des mains.

Le concept d'élimination des déchets n'a pas besoin d'être plus strict que les prescriptions cantonales et nationales existantes (https://www.hplus.ch/fr/securiteautravail).

Comment satisfaire à cet élément

2.2 Votre hôpital met-il à disposition un désinfectant pour les mains à base d'alcool (SHA) ?	
2.1.1 sous une *forme* appropriée ?	- Produits à base d'alcool commerciaux (ou fabriqués en interne) avec au moins 75% d'alcool isopropylique ou 80% d'éthanol (selon la recommandation de l'OMS pour les solutions hydro-alcooliques) **et/ou dont l'efficacité est démontrée selon des normes reconnues en matière d'activité microbicide (p. ex. normes EN).** - Soit forme liquide, soit forme de gel. La mousse acceptable, mais les experts ne conseillent pas cette formulation car le volume de produit appliqué est inférieur à celui d'un liquide ou d'un gel. - L'hôpital doit fournir des produits alternatifs aux personnes souffrant d'allergies ou d'irritations cutanées dues au produit principal.
2.1.2 à des *endroits* appropriés (à chaque point de contact avec le patient) ?	- L'OMS recommande de rendre disponible la SHA sur le lieu des soins (à portée de main). Cela signifie que les distributeurs doivent être fixés au lit ou au chevet du patient. - Les flacons personnels sont acceptables comme source principale de SHA, mais uniquement si la majorité des soignants (>80 %) les ont en poche. Cette stratégie peut être particulièrement adaptée en psychiatrie.

	- En milieu ambulatoire, chaque salle d'examen doit être équipée d'un distributeur de SHA. - Les distributeurs installés exclusivement à l'entrée de la chambre, loin du chevet du patient, ne correspondent pas à un "emplacement approprié", même dans une chambre individuelle car la distance peut gêner le respect des indications à l'hygiène des mains lors de soins au patient ("avant une procédure aseptique", "après exposition à un liquide corporel"). - Si, à la place de distributeurs, des flacons individuels sont placés à divers lieux de la chambre du patient plutôt que d'être transportés en poche, les exigences mentionnées ci-dessus pour les distributeurs s'appliquent.
2.1.3 en *quantité* appropriée ?	- Cela signifie qu'il y a ≥1 distributeur de SHA pour chaque patient, ou que >80% du personnel ait un flacon individuel en poche. - La disponibilité de SHA sur le lieu de soins (voir point 2.1.2) est en ligne avec cette recommandation : au chevet pour les patients hospitalisés ou dans la salle d'examen pour les ambulatoires.
2.2 Les équipements de protection individuelle (EPI) sont-ils disponibles dans votre hôpital pour chaque professionnel et chaque indication (mesures de précaution standard et d'isolement), conformément aux réglementations cantonales, nationales ou autres ?	- La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) oblige les employeurs à assurer une protection adéquate du personnel contre les dangers (tels qu'infections). Toute disposition cantonale ou fédérale, actuelle ou future, s'applique ici. - Les produits destinés aux équipements de protection individuelle doivent être certifiés par l'UE (logo CE authentique). - Les hôpitaux doivent avoir en stock et à disposition le matériel de protection individuelle en quantité suffisante et planifier un stockage adéquat. L'estimation de la quantité et de l'autonomie souhaitée est de la responsabilité des hôpitaux.
2.3 Votre hôpital dispose-t-il d'un système d'élimination des déchets conforme aux réglementations fédérales et cantonales ?	- Les directives fédérales et cantonales sont applicables.

Élément clé n° 3:

Organisation de l'hygiène hospitalière et dotation du personnel

Résumé

Tous les hôpitaux devraient déjà disposer d'une équipe PCI ou avoir accès à des services de PCI par le biais d'un contrat. Ceci permet aux petits hôpitaux d'organiser leur PCI dans le cadre d'un réseau ou de l'externaliser sur une base contractuelle.

Les tâches de l'équipe PCI comprennent (entre nombreuses autres) la surveillance des IAS, la gestion des épidémies, l'éducation et la formation, les consultations au sujet du dépistage des patients pour les pathogènes pertinants, la désinfection et les mesures de précaution en matière d'isolement. En outre, l'équipe PCI est chargée de produire des plans et des rapports PCI annuels.

Pour permettre à l'équipe PCI de mener à bien ses tâches, il doit y avoir au moins un poste de PCI (1 EPT) pour 150 lits, conformément aux guidelines et consensus internationaux. Les professionnels en PCI doivent avoir accès à un médecin infectiologue formé en PCI.

La plupart des hôpitaux ont une commission PCI (interdisciplinaire et orientée vers la gestion), qui se réunit à intervalles réguliers pour discuter de sujets relatifs à la prévention des infections.

Une bonne coopération avec les laboratoires de microbiologie internes et/ou externes est nécessaire pour déterminer la fréquence et la propagation des BMR ou d'autres agents pathogènes.

Concernant la charge de travail du personnel soignant, l'occupation des lits ne doit pas dépasser la capacité des zones pour lesquelles elle a été conçue et dotée en personnel. Les effectifs et la charge de travail des soignants en contact direct avec les patients doivent être adaptés aux exigences des soins.

Comment satisfaire à cet élément

3.1 Votre hôpital dispose-t-il d'une commission de PCI qui se réunit à intervalles réguliers et soutient l'équipe PCI ?	- Idéalement, le comité se réunit chaque trimestre, mais au moins deux fois par an :
	  - Pour discuter des tendances en matière d'IAS, des priorités et des réalisations du plan annuel de PCI (activités et/ou objectifs définis l'année précédente) dans la première partie de la réunion.
	  - Pour approuver le plan de PCI pour l'année suivante dans la deuxième partie de la réunion.
	- Hormis les membres de la direction et de l'équipe PCI (minimum), la commission devrait comprendre des membres des services cliniques concernés, de la pharmacie, de l'informatique et des service de gestion des installations, de qualité et de microbiologie.

3.2 Votre hôpital dispose-t-il d'un plan annuel de PCI précisant les stratégies et les objectifs en la matière, approuvé par la direction de l'hôpital et/ou la commission PCI ?	- Le plan annuel de PCI est un document interne formel élaboré au sein de l'hôpital ou du réseau hospitalier. Les directives externes (par ex. une directive cantonale) doivent faire partie de ce plan lorsqu'indiqué.
	- Le document définit au moins une stratégie de PCI à mettre en œuvre l'année suivante (par ex. amélioration de l'hygiène des mains ou utilisation appropriée de l'EPI).
	- Les objectifs ne doivent pas nécessairement être quantitatifs. Toutefois, si c'est envisageable, ils doivent respecter le principe SMART pour être spécifiques, mesurables, atteignables, pertinents et limités dans le temps.
	- Une cible doit être définie pour les indicateurs mesurables :
	  - Indicateurs de résultats : par ex. prévalence des IAS <NN%.
	  - Indicateurs de processus : par ex. compliance à l'hygiène des mains >NN %.
	  - Indicateurs de structure : par ex. dotation en professionnels PCI >1 EPT/150 lits
	- Le plan PCI doit être approuvé par la direction de l'hôpital (et/ou la commission PCI).

3.3 Votre hôpital élabore-t-il un rapport annuel de PCI précisant les stratégies et les objectifs en la matière, approuvé par la direction de l'hôpital et/ou la commission PCI ?	- Le rapport annuel de PCI doit au minimum rendre compte des activités définies antérieurement comme stratégies et objectifs par le plan de PCI (le plan et le rapport se complètent mutuellement). Idéalement, le rapport comprend les données de surveillance, une vue d'ensemble des épidémies et de toute autre situation difficile ou pertinente du point de vue de la PCI. - Le rapport doit être approuvé par la direction de l'hôpital et/ou la commission PCI (en fonction du cadre juridique local, c-à-d. de l'autorité décisionnelle). Cela garantit que la direction soit informée au moins une fois par an des aspects pertinents de la PCI
3.4 Le service de microbiologie responsable soutient-il l'équipe PCI dans ses activités quotidiennes, notamment par un accès	- L'équipe PCI doit recevoir les informations sur les agents pathogènes pertinents (BMR, virus respiratoires) DIRECTEMENT de la microbiologie ou de la virologie (et non par l'intermédiaire des services cliniques). Cela est important pour garantir des données objectives et exhaustives et obtenues rapidement.

rapide aux données/rapports sur les BMR et autres agents pathogènes importants d'un point de vue épidémiologique ?	- Bien que la rapidité ne soit pas spécifiquement mentionnée dans les exigences minimales, elle est mentionnée dans l'enquête de l'OMS évaluant la structure PCI. Elle est donc considérée par Swissnoso comme une partie intégrante de la PCI hospitalière.
3.5 La stratégie PCI de votre hôpital est-elle soutenue par une équipe PCI, comprenant un ou plusieurs professionnels en PCI, et par l'accès à un médecin infectiologue formé en PCI ?	- Les hôpitaux doivent disposer de professionnels de PCI, diplômés ou en formation, à raison d'un EPT/150 lits (ou plus). Les petits hôpitaux peuvent organiser le personnel de la PCI par des contrats de services externes ou dans le cadre d'un réseau (par ex. en collaborant avec des hôpitaux/des réseaux d'hôpitaux plus importants), à condition que le ratio d'un EPT PCI/150 lits soit respecté dans l'hôpital ou dans l'ensemble du réseau. - Le personnel PCI en formation doit être supervisés de façon adéquate. - Les professionnels de PCI doivent avoir accès à un médecin infectiologue avec formation supplémentaire en PCI. Il n'y a pas de ratio défini, mais cet accès et la collaboration doivent être formellement définis en interne ou en externe et l'infectiologue doit être accessible au quotidien. Les hôpitaux qui n'emploient pas d'infectiologue avec formation supplémentaire en PCI doivent fournir l'accès à cette expertise (que ce soit par contrats de service, réseaux hospitaliers ou unités cantonales de PCI).

3.6 Votre hôpital dispose-t-il d'une dotation en personnel soignant en adéquation avec le volume de travail ?	- Les niveaux de dotation en personnel en relation avec le risque d'IAS ont été étudiés exclusivement pour le personnel infirmier. Par conséquent seule la dotation en personnel infirmier s'applique ici. - Une dotation en personnel adaptée au volume de travail signifie des ratios infirmiers/patients adéquats au chevet des patients, en fonction du niveau/de la gravité des soins. Cette exigence est remplie si votre hôpital préfère fermer temporairement des lits plutôt que d'accepter des ratios infirmiers/patients défavorables. - Les besoins en personnel dépendent du niveau de soins, de la complexité des patients et du taux d'occupation des lits dans les services. - Les niveaux locaux de dotation en personnel soignant doivent correspondre aux exigences légales et aux recommandations des sociétés professionnelles concernées. - La plupart du temps, les épidémies nosocomiales surviennent lors d'un sous-effectif significatif par rapport à la quantité de travail, spécialement lorsqu'elles sont soudaines et imprévues. - Il faut donc veiller à ce qu'il n'y ait pas de sous-effectif grave dans les hôpitaux, là où les patients sont soignés.

Élément clé n° 4:

Formation

Résumé

Des infections nosocomiales peuvent se produire si les professionnels de la santé en contact avec les patients ne sont pas formés en PCI, par ex. lorsque l'hygiène des mains n'est pas appliquée correctement ou si les mesures d'isolement appropriées ne sont pas mises en œuvre. Dans le pire des cas, un manque d'adhésion peut entraîner des épidémies d'IAS associées à la morbidité et à la mortalité et entraînant des coûts supplémentaires (par ex. la transmission de BMR).

Un niveau élevé de soins ne peut être atteint et maintenu que si tous les employés, selon leur rôle professionnel, sont entraînés de manière répétée aux principes et gestes les plus importants en matière de PCI. Cette formation peut être organisée lors de cours annuels de remise à niveau, en présentiel ou en ligne, ou par un apprentissage en ligne.

Comment satisfaire à cet élément

4.1 Tous les nouveaux professionnels de santé en contact direct avec les patients sont-ils formés aux sujets liés à la PCI (au minimum à l'application des mesures de précaution Standard et d'isolement) ?	- Un concept doit être en place pour la formation du nouveau personnel lors de son intégration. Toute modalité de formation pour ce personnel est applicable (par ex. apprentissage en ligne, cours en présentiel ou en ligne). Une formation pratique combinée est préférable à un enseignement ex-cathedra ou à un apprentissage en ligne. - Une durée minimale n'est pas définie, mais les informations sur les mesures de précaution standard et d'isolement ne peuvent être fournies en quelques minutes. - La formation doit tenir compte des différents rôles professionnels (infirmières, médecins, autres); toutefois, l'hygiène des mains et les mesures de précaution standard et d'isolement s'appliquent à tous.
4.2 Tous les professionnels de santé en contact direct avec les patients sont-ils régulièrement formés à au moins un thème de PCI en rapport avec leur fonction ?	- Un concept doit être en place pour des cours réguliers de remise à niveau sur des thèmes PCI (par ex. hygiène des mains, prévention des IAS, pose de cathéters, changement de pansements). - La formation peut être dispensée par apprentissage en ligne ou en présentiel. Idéalement, la formation est pratique au chevet du patient ou dans un laboratoire de simulation. - Le terme "régulier" n'est pas précisé mais, idéalement, chaque collaborateur devrait participer une fois par an à une activité

éducative (même courte) sur un sujet de PCI. L'exigence n'est pas remplie si une formation n'est pas proposée au moins chaque deux ans.

- Ce standard n'est pas respecté si la formation est dispensée uniquement lors de la gestion d'épidémies ou sans stratégie temporelle définie.
- Le choix du sujet est laissé à l'appréciation de l'hôpital, mais il doit tenir compte des problèmes identifiés et du temps disponible pour les activités d'éducation et de formation.
- La formation peut être donnée par le personnel PCI, les infirmiers de liaison, les médecins de liaison ou tout autre professionnel sous la supervision de l'équipe PCI.
- L'éducation et la formation doivent être alignées sur les SOP et les lignes directrices de l'hôpital.
- L'éducation et la formation peuvent reprendre des sujets courants tels que les mesures de précaution standard et l'hygiène des mains. Néanmoins, si elles sont proposées régulièrement, elles doivent viser à élargir les compétences (et pas seulement les connaissances) en matière de bonnes pratiques.

Élément clé n° 5:

Audits et monitoring

Résumé

Les audits et le monitorage sont des mesures PCI standard, par ex. pour contrôler l'exécution correcte de l'hygiène des mains. Ces actions font partie intégrante des tâches quotidiennes de l'équipe de PCI. Les rapports annuels de PCI (également sous forme abrégée) permettent de contrôler la réalisation des objectifs de PCI prédéfinis et de définir des mesures d'amélioration si nécessaire.

Comment satisfaire à cet élément

5.1 Votre hôpital effectue-t-il un monitoring de l'hygiène des mains (observation directe) ?	- Le monitoring de l'hygiène des mains (observation directe) devrait être conduite régulièrement dans autant de services que possible. Toutefois, comme toutes les unités ne peuvent être couvertes par l'observation directe, cette surveillance doit être complétée et corrélée avec les données de la consommation de SHA (voir point 6.1.1.1). - L'observation directe de l'hygiène des mains peut se faire à l'aide d'outils électroniques (par ex. Swissnoso CCM-CleanHands). Les soignants devraient recevoir directement un feedback ou le jour même de l'observation.

5.2 Votre hôpital procède-t-il à des audits internes sur des aspects PCI autres que l'hygiène des mains, au moins une fois par an dans au moins un service ou une unité de soins ?	- Les hôpitaux sont encouragés à réaliser des audits évaluant le respect des différents standards PCI dans les services.
	- Exemples:
	  - Observation pendant une période donnée dans un ou plusieurs services spécifiques du respect du protocole local de précautions standard (y.c. hygiène des mains et étiquette respiratoire).
	  - Observation pendant une période donnée dans l'unité d'admission du respect de la politique locale de dépistage des BMR à l'admission et des mesures de précaution en matière d'isolement.
	  - Observation de la préparation, de l'insertion, de l'entretien et du retrait des cathéters intraveineux périphériques.
	- L'exigence minimale est d'un audit par an dans une unité de soins. Les audits sont des interventions et pas simplement des collectes

	de données. L'exercice doit être complet (il doit porter sur plus d'une action ou d'un processus particulier) et inclure rapidement un feedback direct au personnel audité.
5.3 Les résultats des audits internes de PCI sont-ils communiqués directement au personnel soignant observé (le même jour) et régulièrement au service audité, à la direction et à la commission PCI ?	- Les résultats doivent être interprétés dans leur contexte et communiqués aux parties concernées, en premier lieu aux personnes et équipes auditées, mais aussi à la commission PCI et à la direction de l'hôpital. - Dans l'idéal, les personnes auditées devraient recevoir un feedback immédiatement ou le jour même. Un feedback des semaines ou des mois plus tard, ou une fois par an, n'est pas acceptable.
5.4 L'atteinte des objectifs PCI est-elle examinée et documentée dans le rapport annuel PCI (y.c. un examen des objectifs non atteints pour en identifier les causes et suggérer des moyens d'amélioration) ?	- Cette norme repose sur le respect des exigences 3.2 et 3.3. Le plan de PCI et le rapport de PCI se complètent (par ex. un plan de PCI rédigé en 2023 décrit des stratégies et des objectifs pour 2024; ceux-ci seront résumés et évalués ultérieurement dans le rapport de PCI de l'année 2024). - Il est essentiel de revoir les objectifs PCI annuels et de déterminer si les cibles ont été atteintes ou non. Les causes de manquement des objectifs doivent être évaluées (par ex, par une analyse dite « root-cause »). - Ces revues doivent être présentées et discutées lors des réunions de routine de la commission PCI. - Les rapports de PCI peuvent être courts, mais ils doivent au moins indiquer si les objectifs de PCI ont été atteints ou non et, le cas échéant, résumer les résultats du monitoring.

Élément clé n° 6:

Surveillance et épidémies

Résumé

La surveillance est une activité PCI fondamentale. Les modules de surveillance établis doivent être sélectionnés de manière à permettre la comparaison avec d'autres hôpitaux. Les mesures obligatoires (par ex. celles du plan de mesure de l'Association nationale suisse pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)) doivent être incluses. Ainsi, la participation au module ANQ/Swissnoso SSI surveillance (surveillance des infections du site chirurgical) est actuellement obligatoire. D'autres modules de surveillance de résultats pourraient devenir obligatoires à l'avenir.

Aujourd'hui déjà, de nombreux hôpitaux participent à des enquêtes annuelles de prévalence ponctuelle recensant toutes les IAS une fois par an (ce qui permet par ex. de calculer la proportion de patients hospitalisés affectés par une IAS). Ces enquêtes, organisées au niveau national, n'imposent pas de nouvelles ressources aux hôpitaux pour y participer autres qu'une coopération avec l'équipe PCI.

En outre, de nouveaux modules de surveillance sont en cours de développement dans le cadre de la stratégie NOSO de l'OFSP et seront disponibles dans les années à venir. Une certaine flexibilité en termes de contenu et de calendrier, permettant une adaptation aux conditions locales, est possible pour participer aux nouveaux modules. En principe, le but consiste à enregistrer les mêmes paramètres au fil des ans afin de créer un ensemble de données fiables servant à des analyses utiles.

Chaque hôpital devrait déjà disposer d'algorithmes définis pour identifier les patients nécessitant un dépistage de pathogènes problématiques. Le flux d'informations en cas de détection de BMR doit être défini. Il n'existe pas de réglementation nationale en la matière, mais Swissnoso a publié des recommandations nationales. Elles définissent les exigences dans les hôpitaux (y.c. la communication entre laboratoires et médecins) pour prévenir et détecter les épidémies d'IAS. Elles déterminent également quels patients doivent faire l'objet d'un dépistage de BMR.

Certains petits hôpitaux n'ont peut-être pas encore de stratégie écrite en cas d'épidémie. Il vaut cependant la peine de réfléchir aux scénarios possibles et aux ressources humaines et financières nécessaires avant l'apparition d'une épidémie.

Aujourd'hui déjà, les laboratoires de microbiologie devraient être en mesure de signaler les BMR à l'équipe PCI pour permettre une détection et une prévention précoces des épidémies. Ces informations sont d'une grande importance pour les soins aux patients en permettant l'instauration d'une antibiothérapie efficace le plus tôt possible. Les réglementations relatives à la déclaration obligatoire des agents pathogènes importants d'un point de vue épidémiologique doivent être respectées.

Swissnoso a élaboré dans le cadre de la Stratégie nationale sur la résistance aux antibiotiques (StAR) des recommandations pour la prévention et le contrôle des agents pathogènes multi-résistants et la gestion des épidémies nosocomiales. Elles traitent principalement des mesures à prendre en cas d'épidémie d'IAS.

Comment satisfaire à cet élément

6.1. Les hôpitaux doivent disposer d'un système de surveillance dont les résultats sont régulièrement communiqués à la commission PCI et à la direction.	- La surveillance est un élément essentiel de la PCI dans les hôpitaux. Le système doit permettre une mesure prospective et rapide d'indicateurs clairement définis – indicateurs de processus (par ex, hygiène des mains, actions de prévention des SSI), indicateurs de résultats (toute IAS), ou les deux.
	- L'exigence est satisfaite si les activités de surveillance comprennent les éléments suivants :
	  - Surveillance des infections du site chirurgical (SSI ; Swissnoso/ANQ) incluant uniquement la liste minimale d'opérations demandée par l'ANQ (note : ceci ne s'applique qu'aux hôpitaux ayant une activité chirurgicale).
	  - Enquêtes annuelles de prévalence ponctuelle (CH-PPS) ou, alternativement, surveillance d'un ou plusieurs types d'interventions chirurgicales (en plus de la liste minimale d'opérations demandée par l'ANQ).
	  - Tout autre indicateur de résultat (par ex., CLABSI, CAUTI, VAP nvHAP, infections à *Clostridioides difficiles* (CDI)).
	- Les résultats doivent être évalués et communiqués aux parties concernées (services, commission PCI et direction de l'hôpital).
	- La participation à un réseau de surveillance national (s'il existe) est fortement encouragée mais non obligatoire pour satisfaire à cette norme.
	- Lorsqu'une surveillance locale est appliquée (sans utiliser le protocole d'un programme national), la méthodologie doit suivre les procédures de bonnes pratiques pour la surveillance en PCI (par ex. en utilisant les protocoles de l'ECDC, des CDC ou du RKI).

6.1.1 Votre hôpital effectue-t-il une surveillance de la consommation de produits pour l'hygiène des mains (SHA) ?	- Les données doivent être collectées pour toutes les unités d'hospitalisation. - La surveillance des unités ambulatoires est encouragée mais n'est pas obligatoire pour satisfaire à cette norme. - Doit être corrélée avec les données de la surveillance de l'hygiène des mains par observation directe (voir point 5.1).

6.1.2 Votre hôpital effectue-t-il une surveillance des taux de vaccination contre la grippe ?	- La surveillance des taux de vaccination contre la grippe au sein du personnel devrait être effectuée au moins une fois par an.

6.1.3 Votre hôpital mesure-t-il des indicateurs de résultats ?	- Ceci est valable si les critères suivants sont remplis :
	  - Surveillance des infections du site chirurgical (SSI ; Swissnoso/ANQ) incluant uniquement la liste minimale d'opérations demandée par l'ANQ en cas d'activité chirurgicale - sinon, ceci n'est pas applicable.
	  - Enquêtes annuelles de prévalence ponctuelle (CH-PPS) ou, alternativement, surveillance d'un ou plusieurs types d'interventions chirurgicales (en plus de la liste minimale d'opérations demandée par l'ANQ) qui n'étaient pas surveillées avant l'introduction des standards minimaux.

6.1.4 Votre hôpital mesure-t-il d'autres indicateurs de résultats ?	- Surveillance d'un indicateur de résultat supplémentaire : CLABSI, CAUTI, nvHAP, VAP ou CDI. - Contrairement aux CLABSI, la surveillance de toute bactériémie nosocomiales (HABSI) n'offre aucun avantage pour l'application de mesures de prévention, principalement en raison de la proportion importante de bactériémies secondaires. Par conséquent, cette exigence n'est pas respectée si la surveillance se limite aux HABSI. - La norme ne définit pas le protocole à utiliser pour la surveillance, mais des modules de surveillance nationaux sont recommandés si disponibles. - Actuellement, Swissnoso propose une participation à la surveillance des CAUTI en plus de celle des SSI. D'autres modules de surveillance sont en cours de développement. Des informations actualisées sont disponibles sur le site web de Swissnoso. - Même si elle n'est pas explicitement mentionnée ici, la surveillance des cas nosocomiaux de virus respiratoires (par ex., grippe, COVID-19, RSV) et de BMR est un élément essentiel de la PCI.

6.2 Existe-t-il une procédure écrite pour le dépistage des BMR chez les patients transférés d'autres établissements de santé, en particulier ceux rapatriés de l'étranger ?	- Les patients transférés d'établissements présentant un risque élevé de colonisation par des BMR ou d'autres pathogènes pertinents, tels que Candida auris, doivent faire l'objet d'un dépistage conformément aux directives locales. - Ceci inclut les documents écrits (directives ou SOP) sur le dépistage des BMR et les mesures de précaution en matière d'isolement pour les patients transférés d'hôpitaux étrangers, les patients après hémodialyse à l'étranger, ou les patients d'hôpitaux suisses avec des problèmes connus de BMR. - Voir également point 1.1 et les guidelines de Swissnoso sur les BMR.
6.3 Votre hôpital possède-t-il des directives écrites sur les voies et procédures de transfert interne et externe de patients connus pour un portage de BMR ?	- Ceci inclut les documents écrits (directives, SOP) sur le transfert de patients connus pour un portage de BMR vers d'autres services du même hôpital et/ou sur l'organisation de transferts de tels patients vers d'autres établissements.
6.4 Votre hôpital dispose-t-il d'une stratégie écrite en cas d'épidémie (procédure en cas de transmission de BMR ou d'autres agents pathogènes ayant un potentiel de transmission nosocomiale) ?	- Ceci signifie un document définissant la gestion des épidémies en général ou se concentrant sur des agents pathogènes prioritaires fréquemment impliqués dans des épidémies, tels que *Acinetobacter baumannii*, MRSA ou autres. - Si aucun document interne est disponible, l'hôpital doit définir formellement quel document externe (par ex. cantonal, national, international) est applicable. Swissnoso propose des recommandations sur la gestion des MDRO ou des *Candida auris, ainsi que sur la gestion des épidémies associées aux soins.* - Les documents externes et internes doivent être facilement accessibles au personnel.

6.5 Votre hôpital dispose-t-il de statistiques régulières (tableau de bord) sur la fréquence des BMR et d'autres agents pathogènes pertinents ?	- Ceci devrait inclure la fréquence hebdomadaire (ou au moins trimestrielle) des BMR importantes, telles que
	  - MRSA : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ;
	  - VRE : entérocoques résistants à la vancomycine ;
	  - C3GR-E : entérobactéries résistantes aux céphalosporines ;

- CR-E : entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ;
- CRAP : *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes.

Liste adaptée du réseau suisse de laboratoires ANRESIS.

- La liste peut également inclure d'autres pathogènes tels que Clostridioides difficile, Candida auris ou des virus respiratoires pertinents.
- - Des informations sur la sensibilité aux antimicrobiens des pathogènes concernés devraient être disponibles. Voir également norme 3.4.

Élément clé n° 7:

Interventions

Résumé

Des faisceaux de mesures visant à prévenir certains types d'IAS (par ex. SSI ou CAUTI) sont souvent mis en place dans les grands hôpitaux et réduisent leur incidence de manière significative. Swissnoso propose un module SSI intervention qui peut être particulièrement intéressant pour les hôpitaux de taille petite et moyenne. Un faisceau complet de mesures de prévention peut également s'appliquer à toute IAS et être développé par les hôpitaux. Dans ce cas, ces faisceaux locaux de mesures doivent être fondés sur l'évidence scientifique.

Pour des raisons d'implémentation, un hôpital n'introduit pas ou ne réactualise pas tous ses faisceaux de mesures de prévention en même temps, mais travaille sur eux de manière séquentielle, au fil des ans. Cela permet une complexité moindre et un meilleur intérêt des professionnels de santé pour les interventions de la PCI.

De nouveaux faisceaux de mesures de prévention seront élaborés dans le cadre de la stratégie NOSO de l'OFSP et mis à disposition des hôpitaux dans les années à venir.

Comment satisfaire à cet élément

7.1 Votre hôpital a-t-il mis en œuvre au moins un module d'intervention pour la prévention des IAS (approuvé au niveau cantonal, national ou international) ?	- Contrairement à l'élément clé 6 (stratégies de surveillance), cette exigence correspond à une intervention focalisée sur les stratégies de prévention des IAS. - Idéalement, l'intervention consiste en un faisceau d'éléments multiples et utilise une stratégie multimodale d'implémentation. - Dans l'intérêt de comparer l'efficacité et de faire du benchmarking, il est recommandé d'utiliser une stratégie nationale si disponible. Swissnoso propose des modules de prévention des SSI et des CAUTI. D'autres modules seront disponibles à l'avenir. Les hôpitaux qui utilisent une stratégie développée en interne sont encouragés à partager leurs méthodes et leurs résultats avec d'autres hôpitaux. - Les hôpitaux sont libres de concevoir leur propre stratégie de prévention. Celle-ci doit alors respecter l'évidence publiée et inclure une stratégie de mise en œuvre.

Versions

Version 1.1, 29.09.26 : **ajout à la section 2.1.1, mis en évidence en gras**