



AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DES INFECTIONS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Manuel pratique provisoire d'orientation sur la mise en œuvre des Lignes directrices de l'OMS sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections



Organisation
mondiale de la Santé

© Organisation mondiale de la Santé, 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.10).

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3. 0 IGO (CC BY-NC-SA 3. 0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. Améliorer la lutte anti-infectieuse au niveau des établissements de santé: Manuel pratique provisoire qui complète la mise en œuvre des Lignes directrices de l'OMS sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.10). Licence : CC BY-NC-SA 3. 0 IGO.

Données de catalogage avant publication (CIP). Disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	4
SYMBOLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	5

PARTIE I. INTRODUCTION.....6

Objet du manuel.....	7
Qui doit utiliser le manuel ?.....	7
Comment utiliser le manuel ?.....	9
Pertinence du manuel pour les leaders ou les points focaux et les équipes en charge de la prévention et du contrôle des infections (PCI) dans différents environnements.....	11
Stratégie multimodale de l'OMS.....	12

PARTIE II. LES COMPOSANTES PRINCIPALES : QUOI, POURQUOI, QUAND, QUI, COMMENT ?.....14

PRÉSENTATION DES PRINCIPALES COMPOSANTES.....15

Composante principale 1 : Programme de lutte anti-infectieuse.....	16
Composante principale 2 : Lignes directrices relatives à la lutte anti-infectieuse.....	17
Composante principale 3 : Éducation et formation sur la PCI.....	18
Composante principale 4 : Surveillance des IAS.....	19
Composante principale 5 : Stratégies multimodales.....	21
Composante principale 6 : Suivi et/ou audit des pratiques liées à la lutte anti-infectieuse et retour d'information.....	22
Composante principale 7 : Charge de travail, ressources humaines et taux d'occupation des lits.....	24
Composante principale 8 : Environnement bâti, matériels et équipements destinés à la lutte anti-infectieuse.....	25

PARTIE III. MISE EN ŒUVRE.....27

ÉTAPE 1 PRÉPARATION À L'ACTION....28

Objectif de l'étape 1.....	29
Conseils pratiques, principaux éléments à prendre en considération et mesures requises.....	30
Obstacles à la mise en œuvre et solutions.....	34
Outils et ressources.....	37
Étape 1 Liste de contrôle.....	39

ÉTAPE 2 ÉVALUATIONS DE RÉFÉRENCE..40

L'importance de réaliser une évaluation de référence.....	41
Conseils pratiques, principaux éléments à prendre en considération et mesures requises.....	42
Surmonter les possibles obstacles et défis (étape 2).....	44

Outils et ressources.....	47
Étape 2 Liste de contrôle.....	48

ÉTAPE 3 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE D'UN PLAN D'ACTION.....49

Introduction à l'étape 3.....	50
Conseils pratiques, principaux éléments à prendre en considération et mesures requises.....	51

Composante principale 1 : Programme de lutte anti-infectieuse.....54

Spécimen de plan d'action.....	55
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	56
Outils et ressources.....	59

Composante principale 2 : Lignes directrices relatives à la lutte anti-infectieuse.....62

Spécimen de plan d'action.....	63
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	64
Outils et ressources.....	67

Composante principale 3 : Éducation et formation sur la PCI.....68

Spécimen de plan d'action.....	69
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	70
Outils et ressources.....	72

Composante principale 4 : Surveillance des IAS.....73

Spécimen de plan d'action.....	74
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	77
Outils et ressources.....	80

Composante principale 5 : Stratégies multimodales.....81

Spécimen de plan d'action.....	82
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	83
Outils et ressources.....	85

Composante principale 6 : Suivi et/ou audit des pratiques liées à la lutte anti-infectieuse et retour d'expériences..86

Spécimen de plan d'action.....	87
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	89
Outils et ressources.....	90

Composante principale 7 : Charge de travail, ressources humaines et taux d'occupation des lits.....91

Spécimen de plan d'action.....	92
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	93
Outils et ressources.....	94

Composante principale 8 : Bâtiments, matériel et équipements destinés à la lutte anti-infectieuse.....95

Spécimen de plan d'action.....	96
Obstacles éventuels à la mise en œuvre et solutions.....	98

Outils et ressources.....	99
Étape 3 Liste de contrôle.....	100

ÉTAPE 4. ÉVALUATIONS D'IMPACT.....101

Conseils pratiques, principaux éléments à prendre en considération et mesures requises.....	102
Mise à jour de votre plan d'action.....	104
Outils et ressources.....	104
Étape 4 Liste de contrôle.....	105

Étape 5. Consolidation du programme sur le long terme.....106

Conseils pratiques, principaux éléments à prendre en considération et mesures requises.....	107
Conseils pour surmonter les obstacles et défis.....	109
Outils et ressources.....	111
Étape 5 Liste de contrôle.....	112

ANNEXES.....113

1. La stratégie multimodale.....	113
2. Questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale.....	115
3. Organisation d'une réunion pour un plaidoyer en faveur de la lutte anti-infectieuse.....	116
4. Modèle de rapport sur les conclusions du cadre d'évaluation de la lutte anti-infectieuse.....	118
5. Modèles de plan d'action (annexe 5).....	120



REMERCIEMENTS

Le département Prestation de services et Sécurité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de ce manuel pratique.

Coordination générale, rédaction et conception du manuel pratique

Benedetta Allegranzi (Département Prestation de services et Sécurité, OMS) a coordonné l'élaboration du manuel pratique, notamment sa méthodologie, et contribué à la rédaction de ce dernier. Julie Storr (Département Prestation de service et Sécurité, OMS) a dirigé la rédaction du manuel pratique et a contribué à sa méthodologie ; Sara Tomczyk (Département Prestation de services et Sécurité, OMS) a grandement contribué à la collecte d'informations, à la conduite d'entretiens pour des exemples au niveau des établissements et à l'analyse des données et des informations recueillies. Rosemary Sudan a prêté une assistance professionnelle à la rédaction. Harri Aittasalo a prêté une assistance professionnelle à la conception graphique.

Contributions à l'élaboration du contenu du manuel pratique

Les consultations techniques ainsi qu'une enquête de suivi et/ou des entretiens ont été organisés par l'OMS pour l'élaboration du manuel et pour recueillir des informations sur son contenu, y compris les exemples au niveau des établissements utilisés, ce avec le concours des experts suivants :

Ashraful Alam (Institute of Epidemiology, Disease Control & Research, Bangladesh), April Baller (Bureau de pays de l'OMS au Libéria), An Caluwaerts (Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders), Catherine Cooper (Ministère de la Santé, Libéria), Ana Paula Coutinho Rehse (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Nizam Damani (Southern Health and Social Service Trust, Royaume-Uni), Carolina Giuffrè (Hospital Británico ; Association argentine des infirmières chargées de la lutte contre les infections, Argentine), Jonas Gonseth Garcia (Abel Gilbert Pontón Hospital, Équateur), Bruce Gordon (Eau, assainissement et hygiène, OMS), Neil Gupta (Centers for Disease Control and Prevention [CDC] International Infection Prevention and Control [IPC] Team, États-Unis), Yolande Hyjazi (Jhpiego, Guinée), Kushlani Jayatilleke (Sri Jayewardenapura General Hospital, Sri Lanka), Pierre Claver Kariyo (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), Rana Hajjeh El Kebbi (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale), Claire Kilpatrick (Département Prestation de services et Sécurité, OMS), Amy Kolwaite (CDC International IPC Team), Mondher Letaief (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale), Birgitta Lytsy (Baltic Antibiotic Resistance Collaborative Network ; Hôpital universitaire d'Uppsala, Suède), Alex McGee (Global Health eLearning Center, États-Unis), Kate Medicott (Eau, assainissement et hygiène, OMS), Shaheen Mehtar (Infection Control Africa Network, Afrique du Sud), Nadejda Morarescu (Centre national de santé publique, Moldavie), Babacar Ndoye (Infection Control Africa Network, Sénégal), Folasade Ogunsola (Faculté de médecine, Université de Lagos, Idi Araba, Nigeria), Fernando Otaíza (Ministère de la Santé, Chili), Maria Clara Padoveze (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brésil), Benjamin Park (CDC International IPC Team), Didier Pittet (Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse), Miriam Rabkin (ICAP, Université Columbia, USA), Valerie Robertson (Infection Control Association of Zimbabwe ; Université du Zimbabwe, Zimbabwe), Chandrakant Ruparelia (Jhpiego, USA), Julia Lynn Samuelson (Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise, OMS), Enrique Castro Sanchez (Imperial College London, Royaume-Uni), Mercedes Bonet Semenas (Santé et recherche génésiques, OMS), Valeska Stempliuk (Organisation panaméricaine de la santé [OPS]), Shams Syed (Département Prestation de services et Sécurité, OMS), Emesi Szilagyi (Ministère de la Santé, Hongrie), Maha Talaat (CDC Global Disease Detection Program/US Naval Medical Research Unit, Égypte), Elizabeth Tayler (Antimicrobial Resistance, OMS), David Tsereteli (National Center for Disease Control and Public Health, Géorgie), Anthony Twyman (Department of Service Delivery and Safety, OMS), Katie Wilson (CDC International IPC Team), et Walter Zingg (Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse).

Groupe consultatif d'experts

Les experts ci-après ont largement contribué à la révision du manuel ; Batyrbek Aslanov (North-Western State Medical University, Russie), Gertrude Avortri (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), Luci Correa (Universidade Federal de Sao Paulo, Brésil), Ana Paula Coutinho Rehse (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Arabella Hayter (Eau, assainissement et hygiène, OMS), Iman Heweiday (Ain Shams University Hospital, Égypte), Claire Kilpatrick (Département Prestation de services et Sécurité, OMS), Amy Kolwaite (CDC International IPC Team), Anna Lubimova (North-Western State Medical University, Russie), Nana

Mensah Abrampah (Département Prestation de services et Sécurité, OMS), Margaret Montgomery (Eau, assainissement et hygiène, OMS), Josephine Okine (Hôpital municipal de Winneba, Ghana), Paul Rogers (Département Prestation de services et Sécurité, OMS), Valeska Stempliuk (Organisation panaméricaine de la Santé [OPS]), Shams Syed (Département Prestation de services et Sécurité, OMS), Maha Talaat (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale), Anthony Twyman (Département Prestation de services et Sécurité, OMS), Akeau Unahalekhaka (Université de Chiang Mai, Thaïlande), Rossitza Vatcheva-Do-brevska, (Présidente de l'Association bulgare pour la prévention des infections nosocomiales [BulNoso]).

Contributions photos

Les photographies et les illustrations ont été gracieusement fournies par Adobe Stock, Jake Lyell/WaterAid/Alamy Stock Photo, Julie Storr, WaterAid.

Remerciements au titre du soutien financier

Ce manuel pratique a été élaboré principalement grâce au concours financier du CDC, en plus des fonds de base de l'OMS. Toutefois, les idées exprimées dans le présent manuel ne reflètent pas nécessairement les positions officielles du CDC.

ESPACE RÉSERVÉ AUX SYMBOLES

Élaboration d'un plan d'action

Activités pratiques ou de mise en œuvre

Accent sur la durabilité et l'amélioration à long terme Concepts clés – pourquoi, quand, qui et comment Plaidoyer pour le financement ou les ressources nécessaires

Évaluation ou appréciation nécessaire

Personnes clés à impliquer dans une activité

Étude de cas

Outil ou ressource essentiels pouvant servir de référence

Point d'attention supplémentaire (« NB »)

Témoignage sur l'expérience des pays

Vérifications de l'action



ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

RAM	Résistance aux antimicrobiens	EPI	Équipements de protection individuelle
APIC	Association des professionnels de l'épidémiologie et de la lutte contre les infections	PPS	Enquête de prévalence ponctuelle
APSI	Société Asie-Pacifique de lutte anti-infectieuse	PSCH	Climat de sécurité des patients dans les organisations de soins de santé
BSI	Infection(s) sanguine(s)	RNAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
CDC	Centres de Lutte contre la Maladie	SAQ	Questionnaire sur les attitudes de sécurité
CUSP	Programme global de sécurité des unités	SARA	Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services
ECDC	Centre européen pour le contrôle et la prévention des maladies.	ODD	Objectifs de développement durable
GLASS	Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens	SLMTA	Renforcement de la gestion des laboratoires en vue de leur accréditation
HAI	Infections associées aux soins	SMART	Précis, mesurable, réalisable, pertinent et limité dans le temps
HHSAF	Modèle d'auto-évaluation de l'hygiène des mains	SUSP	Programme de sécurité des unités chirurgicales
VIH	virus de l'immunodéficience humaine	TB	Tuberculose
HSC	Échelle du climat de sécurité de l'hôpital	CSU	Couverture sanitaire universelle
HSOPSC	Enquête hospitalière sur la culture d'enquête auprès des patients	USA	États-Unis d'Amérique
RSI	Règlement sanitaire international	WASH	Eau, assainissement et hygiène
ICAN	Réseau africain de lutte contre les infections	WASH FIT	Outil d'amélioration des installations
INICC	Consortium international de lutte contre les infections nosocomiales	WISN	Besoins en personnel au regard de l'indicateur de la charge de travail
PCI	Lutte anti-infectieuse/Prévention et contrôle des infections	OMS	Organisation mondiale de la Santé
MEPCI	Modèle d'évaluation de la prévention et du contrôle des infections		
JEE	Évaluations externes conjointes		
MDRO	Organisme(s) multirésistant(s)		
ONG	Organisation non gouvernementale		
NHSN	Réseau national de sécurité des soins de santé		
NNIS	Système national de surveillance des infections nosocomiales		
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé		

A young child with dark skin and short hair, wearing an orange t-shirt and green shorts, is sitting on a bed in a hospital ward. The child is looking towards the camera with a serious expression. The bed has a dark blue blanket and a green plastic bag. In the background, there are other beds with white linens and a white mosquito net. The walls are painted a light blue color.

PARTIE I INTRODUCTION

OBJET DU MANUEL

Le présent manuel pratique a pour objet d'aider les établissements de soins de santé à mettre en œuvre efficacement leurs programmes de lutte anti-infectieuse dans le respect des Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au titre de leurs efforts visant à améliorer la qualité et la sécurité de la prestation des services de santé et les critères de santé des personnes qui ont recours à ces services. Les principes et les orientations énoncés dans ce manuel sont applicables à tous les pays, avec toutefois un accent tout particulier sur les structures aux ressources limitées. Les lignes directrices portent sur huit domaines de la lutte anti-infectieuse (Encadré 1), et un résumé des recommandations figure dans la deuxième partie.

Les lignes directrices définissent ce qui est nécessaire (et donc proposent des recommandations) pour améliorer efficacement la lutte anti-infectieuse, selon la disponibilité de preuves scientifiques et l'existence d'un large consensus entre les experts concernés. Ce manuel propose des indications pratiques, des conseils, des ressources et des exemples recensés à travers le monde entier pour soutenir la mise en œuvre des lignes directrices. Il relève également l'importance d'élaborer, aux fins de la mise en œuvre des recommandations proposées, un plan d'action durable qui doit s'ancrer dans le contexte local. Enfin, le manuel met l'accent sur l'intégration et la prise en compte de la lutte anti-infectieuse dans la structure et les activités quotidiennes des établissements de santé.

Même si la mise en œuvre des lignes directrices peut bien se prêter à une diversité d'approches, le manuel s'appuie sur les données actuelles relatives à l'efficacité des interventions pour orienter ce processus. En outre, de nombreux professionnels de la lutte anti-infectieuse provenant d'un certain nombre de pays dans toutes les Régions ont été approchés pour obtenir leur contribution et porter un regard externe sur le contenu du manuel.

Le manuel propose :

- Une approche par étapes pour la mise en œuvre des principales composantes des programmes de lutte anti-infectieuse dans une perspective d'amélioration ;
- Un résumé clair des recommandations portant sur les principales composantes, à l'intention de la personne responsable de l'amélioration de la lutte anti-infectieuse dans un établissement de santé ;
- Un résumé des obstacles communs et des solutions pratiques pour faciliter le processus de mise en œuvre ;
- Des exemples de mise en œuvre provenant du monde entier ;
- Des outils pour faciliter la mise en œuvre à chaque étape, lorsqu'il en existe, notamment en ce qui concerne la planification des actions, le plaidoyer (élaborer un exposé de faits convaincant pour gagner les cœurs et les esprits), l'évaluation, l'élaboration de lignes directrices, la participation des parties prenantes, la formation et l'éducation et de nombreux autres aspects de la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse.

Encadré 1. Les huit principales composantes revêtant une pertinence pour les programmes de lutte anti-infectieuse au niveau des établissements.

1. Programme de lutte anti-infectieuse
2. Lignes directrices fondées sur des données factuelles
3. Éducation et formation
4. Surveillance des infections associées aux soins de santé (IAS)
5. Stratégies multimodales
6. Suivi et audit des pratiques liées à la lutte anti-infectieuse et rétroinformation
7. Charge de travail, dotation en personnel et taux d'occupation des lits
8. Cadre bâti, matériel et équipements destinés à la lutte anti-infectieuse.



1 <http://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.

2 Par « gagner les cœurs et les esprits » dans ce contexte, il faut comprendre la recherche de l'appui ou de l'engagement des principales parties prenantes dans le cadre du processus global visant à susciter un changement de comportement parmi les populations et les groupes.

GROUPE CIBLE

Les personnes chargées de la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse et ceux qui y sont associées dans un établissement de santé trouveront dans ce manuel des conseils pratiques quant à la manière d'apporter les améliorations requises pour garantir des soins de santé plus sûrs, plus efficaces et de meilleure qualité en réduisant le risque de transmission microbienne et d'infections associées aux soins de santé (IAS), y compris la propagation de la résistance aux antimicrobiens.

Le manuel ne se veut pas une liste normative de « choses à faire absolument ». Il expose plutôt une approche graduelle de mise en œuvre reposant sur les données factuelles et l'expérience liées aux activités qui ont été couronnées de succès dans un certain nombre de structures, et fournit des exemples et des idées provenant d'établissements de santé du monde entier dont pourraient s'inspirer les responsables/les points focaux et les équipes de lutte anti-infectieuse au sein des établissements de santé.

La présente version du manuel est encore provisoire. L'OMS recensera des exemples d'études de cas et les enseignements tirés par les établissements de santé dans la mise en œuvre des principales composantes, qui serviront à enrichir les versions ultérieures et à mettre au point d'autres documents et outils de mise en œuvre.

QUI DOIT UTILISER LE MANUEL ?

Constituent le groupe cible principal du manuel les responsables/les points focaux et les équipes chargées de la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de courte durée (qu'il s'agisse d'un établissement de soins tertiaires ou secondaires), en d'autres termes le personnel auquel incombe la mise en œuvre de cette lutte, les responsables des établissements de santé compris. À défaut, le manuel sera d'un grand intérêt pour le personnel infirmier et les autres personnes chargées d'assurer la propreté, la sûreté et la qualité des soins dans l'établissement de santé concerné. Il peut également être utile, moyennant certaines adaptations, aux établissements de santé communautaires, primaires et de longue durée dans le cadre de l'élaboration et de l'examen de leurs programmes de lutte anti-infectieuse.

Il est important de noter que la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse ne relève pas de la seule responsabilité des équipes de lutte anti-infectieuse. Les activités décrites dans ce manuel exigent une large palette de compétences qui ne peuvent être acquises qu'à travers la formation continue et la collaboration ainsi qu'à travers la coopération et le dialogue avec un éventail de parties prenantes. Dès lors, le manuel s'adresse également aux collègues dont relèvent l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients, l'accréditation/la réglementation des établissements de santé ainsi que la santé publique/la lutte contre la maladie, y compris ceux qui sont impliqués dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) et les évaluations connexes, les services liés à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH), la santé au travail, les programmes pour le bon usage des antimicrobiens, la microbiologie clinique et la santé environnementale. En outre, il peut avoir une utilité pour les agents à l'échelle du pays et du district et les partenaires de développement/les organisations non gouvernementales (ONG) intervenant dans les établissements de soins de santé.



COMMENT UTILISER LE MANUEL ?

La première partie du manuel présente brièvement son objectif, son groupe cible, sa pertinence pour les équipes dans différents contextes, explique comment l'utiliser, et décrit dans les grandes lignes la stratégie multimodale de l'OMS.

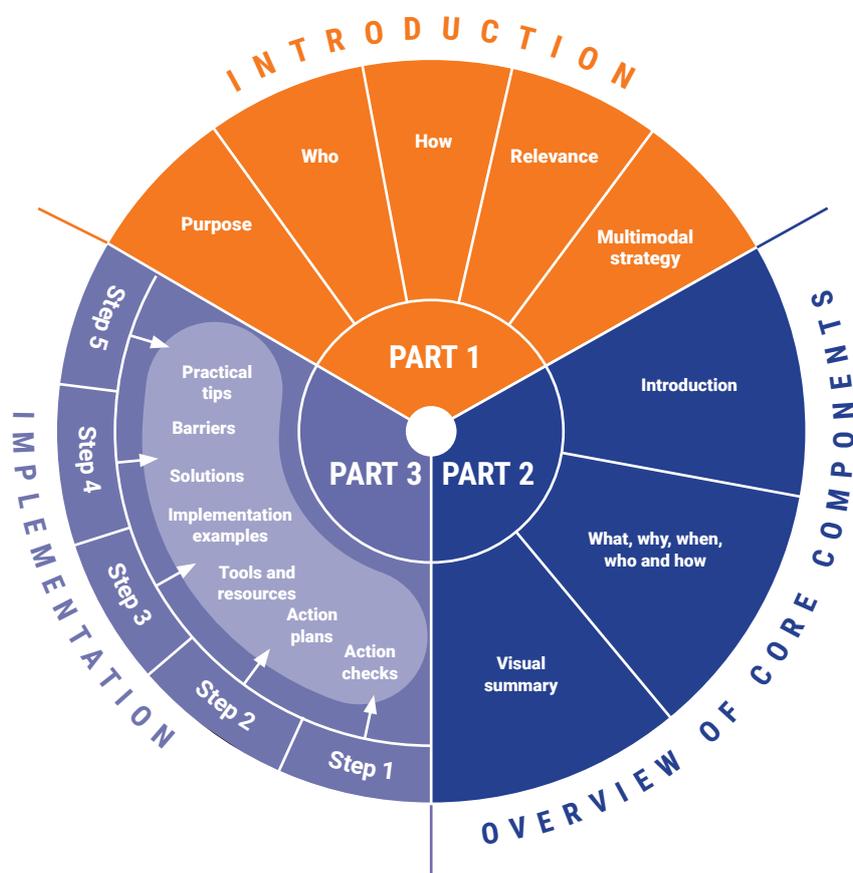
La deuxième partie reprend les éléments clés des huit principales composantes de la lutte anti-infectieuse, notamment **quoi, pourquoi, quand, qui et comment**, et se referme par une représentation visuelle de la manière

dont celles-ci sont interconnectées. Pour assurer une mise en œuvre réussie, il est indispensable de bien cerner chacune des principales composantes, en d'autres termes de comprendre le but de la recommandation, d'établir la raison de son importance, d'identifier les personnes à impliquer, de définir le moment propice à l'action et l'approche de mise en œuvre de ces composantes. Avant de passer à la troisième partie, il est fondamental de se familiariser avec la deuxième partie.

La troisième partie du manuel propose un cycle d'amélioration en cinq étapes pour faciliter la mise en œuvre des lignes directrices, et s'appuie, pour ce faire, sur les principes d'un changement et d'une amélioration réussis des soins de santé. La Figure 1 reprend la structure du manuel. Les cinq étapes sont résumées dans l'Encadré 2.

- 3 An introductory guide to implementation. Dublin: Centre for Effective Services; 2012 (<http://www.effectiveservices.org/implementation> consulté le 20 avril 2017).
- 4 Sur la base du Guide de mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains. Genève: OMS; 2009 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70478/WHO_I-ER_PSP_2009_02_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 19 décembre 2017 dans sa version anglaise).
- 5 Kotter JP. Leading change: why transformation efforts fail. Harvard Business Review: 2007; January 1. 2-9.
- 6 Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Overcoming challenges to improvement. London (UK): Health Foundation; 2011 (<http://www.health.org.uk/publications/overcoming-challenges-to-improving-quality/6>)

Figure 1 : Aperçu général du manuel



Encadré 2. L'approche en cinq étapes pour améliorer la lutte anti-infectieuse

Étape 1. Préparation de l'intervention : Cette étape consiste à s'assurer que toutes les conditions préalables nécessaires à la réussite de l'intervention sont mises en place, notamment en ce qui concerne les ressources (humaines et financières), les infrastructures, la planification et la coordination des activités et la définition des rôles et responsabilités (des principaux leaders d'opinion et chefs de file en particulier). La direction/les responsables de l'établissement de santé jouent un rôle essentiel à cette étape.

Étape 2. Évaluation de base : Il est fondamental de procéder dans une phase exploratoire à une évaluation de base de la situation en cours, notamment en identifiant les forces et les faiblesses existantes, afin d'élaborer un plan d'action adapté à l'établissement de santé concerné. Un outil d'évaluation prêt à l'emploi basé sur les principales composantes de la lutte anti-infectieuse de l'OMS est proposé à l'étape 2 (cadre d'évaluation de la lutte anti-infectieuse de l'OMS [IPCAF]). Il serait préférable d'utiliser également les autres outils d'évaluation de la lutte anti-infectieuse (tels que le cadre d'auto-évaluation de l'hygiène des mains [HHSAF] et/ou les outils basés sur l'observation pour l'évaluation des pratiques liées à la lutte anti-infectieuse).

Étape 3 : Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action : C'est à l'aune des résultats de l'évaluation de base que sera élaboré et mis en œuvre un plan d'action sur la base d'une stratégie multimodale d'amélioration.

Étape 4. Évaluation d'impact : Il est crucial de procéder à une évaluation de suivi en utilisant les mêmes outils qu'à l'étape 2 pour déterminer l'efficacité du plan. À cet égard, l'impact, l'acceptabilité et le rapport coût-efficacité constituent des aspects clés.

Étape 5. Pérennisation du programme dans la durée : Une étape importante du cycle d'amélioration consiste à élaborer un plan d'action et un calendrier de révision permanents pour appuyer les effets et les retombées à long terme du programme de lutte anti-infectieuse, de manière à renforcer son impact et sa durabilité d'ensemble.

La meilleure façon d'utiliser le manuel sera déterminée par le contexte local. Ainsi, certaines équipes de lutte anti-infectieuse pourraient choisir de commencer à l'étape 1 avant de passer aux autres étapes dans leur ordre séquentiel. Tandis que dans les établissements de santé où un programme de lutte anti-infectieuse est déjà en place, l'étape 3 du manuel peut être envisagé comme point de départ en passant en revue un échantillon de plans d'action pour chaque principale composante.

Chaque étape dévoile des conseils pratiques, les éléments clés à considérer et les actions à entreprendre, et, dans certains cas, donne un aperçu, sur la base des enseignements tirés par les collègues travaillant dans les établissements de santé, des obstacles communément rencontrés dans la mise en œuvre avec les solutions correspondantes. Le cas échéant, des exemples de mise en œuvre sont fournis de même que des outils et des ressources permettant de faciliter ce processus. Chaque étape se termine par une « liste-témoin », qui peut être complétée avant de passer à l'étape suivante.

Le contexte local et l'adaptation sont privilégiés à chaque étape.



PERTINENCE DU MANUEL POUR LES RESPONSABLES DE LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE/LES POINTS FOCaux ET LES ÉQUIPES DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES

Chaque étape revêt une pertinence pour le processus d'amélioration. Toutefois, en fonction de la situation sur place, certaines étapes peuvent déjà avoir été franchies, tandis que d'autres pourraient devoir nécessiter une élaboration graduelle ou un réexamen au cas où les recommandations de l'OMS relatives aux principales composantes de la lutte anti-infectieuse n'auraient pas été préalablement prises en compte. En outre, l'établissement de santé a peut-être dû faire face à de nouvelles difficultés ou à des mutations internes. L'encadré 3 illustre à travers quatre exemples comment le manuel peut être bénéfique pour les activités de lutte anti-infectieuse dans un éventail d'établissements de santé.



Encadré 3. Exemples d'utilisation du manuel

Exemple 1. Établissement de santé où il n'existe pas un programme officiel de lutte anti-infectieuse. Consulter le manuel du début à la fin. Tenir compte de l'étape 1 (troisième partie) afin d'établir une base solide pour la mise en œuvre du programme de lutte anti-infectieuse. Le recours à l'IPCAF à l'étape 2 permettra d'identifier les lacunes et les domaines à cibler à travers les plans d'action qui seront élaborés à l'étape 3.

Exemple 2. Établissement de santé disposant d'un programme de lutte anti-infectieuse, avec toutefois une mise en œuvre et un appui limités. L'établissement peut avoir intérêt à privilégier les étapes 1 et 2 dans un premier temps. L'étape 1 énumère un certain nombre de propositions visant à obtenir une plus forte adhésion de la direction et des responsables à la lutte anti-infectieuse, et fournit à cet effet des exemples utiles de mise en œuvre. L'étape 3 fournit des exemples de plans d'action permettant de renforcer la mise en œuvre et d'enregistrer de véritables progrès.

Exemple 3. Un établissement de santé disposant d'un programme de lutte anti-infectieuse bien avancé mais confronté à des difficultés en matière de durabilité. L'établissement de santé peut décider de sauter l'étape 1 pour passer directement à l'étape 2. Même là où il existe déjà un programme de lutte anti-infectieuse bien avancé, prendre du temps pour appliquer l'IPCAF de l'OMS (étape 2) a l'avantage de générer des données susceptibles de stimuler l'action et de susciter l'intérêt de la direction et des dirigeants de l'établissement. Il faudra ensuite prendre connaissance des modèles de plans d'action présentés à l'étape 3 et se focaliser sur les exemples et les solutions qu'il n'a pas encore testés. Cette approche pourrait non seulement permettre d'aplanir les difficultés rencontrées mais aussi de consolider l'objet du programme de lutte anti-infectieuse existant.

Exemple 4. Un établissement de santé où le programme de lutte anti-infectieuse est bien avancé et fonctionne bien. Même les établissements où les programmes de lutte anti-infectieuse sont couronnés de succès et fonctionnent bien devraient régulièrement procéder à une évaluation au niveau local à l'aide de l'IPCAF pour garantir une excellence durable dans cette lutte. Il est toujours utile de revoir les conseils pratiques, les éléments clés à considérer et les actions dont traitent les étapes 1, 3 et 5 de la troisième partie pour s'assurer que la lutte anti-infectieuse est toujours reconnue comme une priorité.

Il est important de parcourir tout le manuel pratique avant de décider de la meilleure façon de l'utiliser en fonction du contexte.

STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS

Présentation de la stratégie multimodale

La cinquième principale composante porte sur les stratégies multimodales et le rôle d'appui qu'elles jouent dans la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse à travers les établissements de santé (une recommandation forte). Elle

est essentielle à la mise en œuvre des programmes et des pratiques s'inscrivant dans cette lutte. C'est « le » moyen d'induire un changement de système, de climat et de comportement de nature à favoriser les progrès escomptés dans la lutte anti-infectieuse et, in fine, d'aboutir à un impact mesurable bénéfique pour les patients et les agents de santé. La composante en question repose sur des données factuelles concernant les meilleures approches qui s'offrent pour la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse (figure 2, deuxième partie). La stratégie multimodale de l'OMS est composée de cinq éléments communément dénommés : 1) changement de système ; 2) formation et éducation ; 3) suivi et rétroinformation ; 4) rappels et communications ; et 5) culture de la sécurité. En d'autres termes, la stratégie consiste à « mettre en place » le bon système, à « enseigner » les bonnes pratiques, à « vérifier » les bonnes pratiques, à « faire passer » les bons messages et, enfin, à « mener » la lutte anti-infectieuse à travers tout le système de santé (annexe 1). Les enseignements tirés de la science de la mise en œuvre laissent supposer qu'en ciblant seulement un de ces cinq éléments (c'est-à-dire en adoptant une stratégie « unimodale »), la probabilité est plus grande que les améliorations qui en découleront soient de courte durée et donc non durables.

Il importe de prendre en considération tous les cinq éléments et de mettre en place les mesures nécessaires, en tenant compte du contexte et de la situation sur place, lesquels sont déterminés par les évaluations périodiques. La nécessité d'adopter une approche multimodale visant à améliorer les pratiques de lutte anti-infectieuse et à réduire les IAS ainsi que la résistance aux antimicrobiens est constamment mise en évidence tout au long du manuel. De nombreux lecteurs savent sans doute comment utiliser une stratégie multimodale pour améliorer l'hygiène des mains. Cela dit, des données attestant du succès d'une telle stratégie face à un éventail de difficultés de mise en œuvre liées à la lutte anti-infectieuse sont quand même fournies (voir exemple à l'encadré 4), notamment en ce qui concerne la prévention des infections du site opératoire, les infections sanguines liées à un cathéter central, les pneumonies sous ventilation assistée et les infections causées par *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) et *Clostridium difficile*.

Comment la stratégie multimodale facilite-t-elle la mise en œuvre des principales composantes ?

La stratégie multimodale repose sur le postulat que toute activité destinée à améliorer la lutte anti-infectieuse doit tenir compte de chacun des cinq éléments afin d'en améliorer les résultats et de susciter ainsi un changement de comportement. La représentation visuelle des principales composantes (voir figure 2, deuxième partie) illustre comment les stratégies multimodales demeurent pertinentes pour toutes les autres composantes et décrit l'élément dynamique, à savoir la « progression » dans la lutte anti-infectieuse. Les responsables/les points focaux et les équipes en charge de la lutte anti-infectieuse doivent donc s'efforcer de devenir des « penseurs multimodaux » et envisager la mise en œuvre de chaque principale composante (y compris les défis et opportunités potentiels) à travers une approche multimodale.

Approche multimodale

Quelque soit l'aspect de la lutte anti-infectieuse, tel que l'élaboration d'un plan d'action pour améliorer la lutte anti-infectieuse ou pour combler une lacune identifiée, l'approche multimodale revient à s'interroger de manière systématique sur les questions suivantes (encadré 4) :



L'annexe 2 propose un modèle et une liste de questions indicatives multimodales à imprimer et à utiliser au niveau local dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie multimodale pour les activités liées à la lutte anti-infectieuse.

Encadré 4. Approche multimodale

1. Quels sont les ressources, les infrastructures ou les fournitures requises pour faciliter les pratiques ?

Cette réflexion porte notamment sur l'examen de la passation des marchés et l'accessibilité des fournitures, la disponibilité et la qualité de l'eau et les facteurs ergonomiques, tels que le flux opérationnel. Par exemple, la pose d'un set et d'un plateau de cathéter veineux central (changement de système/"à renforcer").

2. Qui a besoin d'une formation et/ou d'une éducation pour combler les lacunes identifiées – comment cela sera-t-il organisé et qui dispensera la formation/l'éducation ?

Sont notamment concernées les informations écrites et/ou les instructions orales et/ou l'apprentissage en ligne et les séances de formation pratiques et interactives, y compris la simulation et/ou la formation au chevet du patient. Il s'agit par exemple de former les médecins et le personnel infirmier en charge de la pose et de l'entretien des cathéters veineux centraux à la prévention des bactériémies, y compris en procédant à un résumé par catégorie des meilleures pratiques essentielles (éducation et formation/"à enseigner").

3. Comment la prise de conscience de la nécessité d'améliorer les pratiques s'est-elle opérée – comment savoir qu'une amélioration est intervenue ?

Cela requiert en général le suivi du respect des indicateurs de processus et de pratique, ainsi que des indicateurs de résultats. Par exemple, un audit de l'insertion et du maintien des cathéters et la restitution des résultats aux médecins et au personnel infirmier en temps utile et de manière directe (suivi et rétroinformation /"à vérifier").

4. Comment faire connaître les actions à entreprendre en vue de mesures spécifiques, et promouvoir les améliorations et les meilleures pratiques dans ce domaine ?

Il pourrait être nécessaire de recourir à des rappels, à des affiches ou à d'autres outils de plaidoyer/de sensibilisation, et d'identifier des pistes d'action pour promouvoir une intervention et des méthodes/initiatives visant à améliorer la communication entre les unités et les disciplines. Par exemple, des discussions sur la stratégie de prévention des bactériémies lors des réunions cliniques et l'utilisation de dépliants et d'affiches promotionnels pour renforcer les séries de bonnes pratiques (communication et rappels/« à faire accepter »).

5. Comment identifier et maintenir cet aspect comme une priorité pour un service de soins de santé et mobiliser la direction/les responsables/les chefs de file et les leaders d'opinion au fil du temps ?

Il s'agit de faire en sorte que la direction/les responsables manifestent un soutien concret et qu'ils jouent un rôle de chef de file et de modèle, notamment en prenant des décisions pertinentes, en promouvant une approche adaptative et en renforçant une culture propice à la lutte anti-infectieuse, à la sécurité des patients et à la qualité. En outre, les équipes et les individus sont dotés des moyens d'action nécessaires pour s'approprier l'intervention en question. Par exemple, des discussions sur les taux de bactériémie lors des réunions de direction de l'établissement de santé (climat de sécurité et culture de sécurité /« à assurer »).



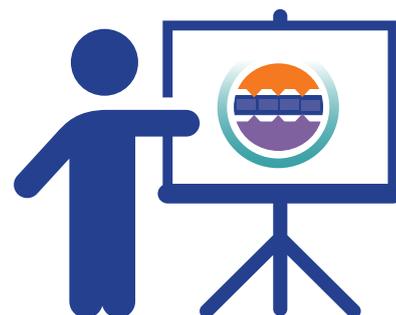
PARTIE II
PRINCIPALES COMPOSANTES
PRÉSENTATION, PERTINENCE ,
CALENDRIER, RESPONSABILITÉS
ET MARCHE À SUIVRE

PRÉSENTATION DES PRINCIPALES COMPOSANTES

La présente section fournit un résumé de chaque composante : présentation générale, raison d'être, calendrier, responsables et marche à suivre. Veuillez noter que les lignes directrices décrivent en détail les principales composantes.

Si votre équipe connaît déjà les lignes directrices, vous pouvez choisir de sauter cette étape et vous rendre directement à la troisième partie.

Suggestion d'action. En tant que responsable, votre rôle consiste à examiner, avec votre équipe et/ou le comité chargé(e/s) de la lutte anti-infectieuse, les sections « Présentation », « Raison d'être », « Calendrier », « Responsables » et « Marche à suivre » de chaque composante. Ces sections décrivent brièvement ce que doivent mettre en place les établissements de santé pour satisfaire aux recommandations concernant les composantes qui figurent dans les lignes directrices. Elles précisent en outre l'importance de cette démarche, qui doit y prendre part et à quel moment les actions doivent avoir lieu. Votre parcours d'amélioration de la lutte anti-infectieuse vise avant tout à mettre en œuvre les composantes dans leur intégralité et à les pérenniser. Veillez à toujours garder cet objectif final en tête. Il est possible que certains, voire la plupart, des éléments de la liste ne soient pas encore en place. L'objectif à ce stade est de vous familiariser avec les composantes et leurs exigences afin de vous aider à définir et à ancrer sur le long terme votre processus d'amélioration de la lutte anti-infectieuse.

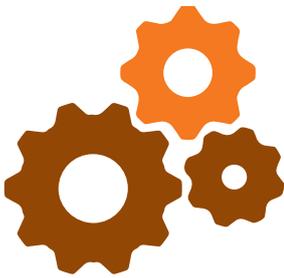


Composante principale 1 : programmes de lutte anti-infectieuse

PRÉSENTATION

- Un programme de lutte anti-infectieuse doté d'une équipe dédiée formée à la lutte anti-infectieuse (voir la section « Responsables ») doit être en place au sein de chaque établissement de soins aigus afin de prévenir les infections associées aux soins et de combattre la résistance aux antimicrobiens à travers la mise en œuvre de recommandations en matière de lutte anti-infectieuse.
- Le programme doit comprendre des objectifs clairement définis ainsi qu'un plan de travail annuel reposant sur l'épidémiologie et les priorités locales établies à partir des évaluations des risques. Un budget et des ressources spécifiques doivent être alloués au programme.
- Chaque établissement doit définir des objectifs, des critères de jugement mesurables et des buts en matière de lutte anti-infectieuse pour ses domaines critiques.

PERTINENCE



- La conception et la pérennisation d'un programme de lutte anti-infectieuse sont le point de départ indispensable à la mise en œuvre de toutes les autres composantes.
- La mise en place d'un programme de lutte anti-infectieuse permet de s'assurer que l'établissement dispose d'une direction et de compétences techniques adéquates pour soutenir l'ensemble des activités de lutte anti-infectieuse.
- Les programmes de lutte anti-infectieuse contribuent à la prévention d'infections évitables et sauvent des vies. Lorsqu'ils sont efficaces, ces programmes réduisent de plus de 30 % les taux d'infections associées aux soins. Ils préviennent également la morbidité et la mortalité ainsi que le développement et la transmission de la résistance aux antimicrobiens, et réduisent en outre les coûts des soins de santé.
- À terme, un programme de lutte anti-infectieuse solide, efficace et pérenne renforce les systèmes de santé et contribue à la mise en place de services de santé intégrés, centrés sur la personne et de grande qualité, une condition préalable à la protection des populations vulnérables, à l'instauration d'une couverture sanitaire universelle de qualité et à l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD).

CALENDRIER

- La mise en place d'un programme de lutte anti-infectieuse est primordiale. Il est cependant possible de réaliser des progrès en matière d'amélioration de la lutte anti-infectieuse même en l'absence d'un programme formel.
- Si l'établissement n'a pas encore mis en place de programme formel de lutte anti-infectieuse, il est possible que certaines fonctions d'un tel programme soient intégrées ou remplies par d'autres programmes déjà en place (ayant par exemple trait à la tuberculose [TB] ou au virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) et que certaines des composantes soient déjà en place (par exemple, une forme de surveillance des infections associées aux soins).

RESPONSABILITÉS

- Une personne référente pour la lutte anti-infectieuse ainsi qu'une équipe (composée de personnel médical et de soins infirmiers ayant suivi une formation certifiée en matière de lutte anti-infectieuse ou une formation équivalente, et comptant au moins un professionnel pour 250 lits) doivent être nommées pour mener à bien la lutte anti-infectieuse (prévention et surveillance des infections associées aux soins). Un comité multidisciplinaire de lutte anti-infectieuse regroupant les parties intéressées au sein de l'établissement devra soutenir l'équipe.
- Une personne médecin (spécialisée en microbiologie, en maladies infectieuses et parasitaires, en épidémiologie ou en santé publique) ou infirmière, disposant de compétences et d'une expérience avérée en matière de lutte anti-infectieuse, dirigera le programme.
- Le comité de lutte anti-infectieuse devra se composer : de hauts responsables de l'établissement ; de membres du personnel clinique de haut niveau ; de responsables d'autres domaines complémentaires pertinents (tels que la sécurité biologique, la pharmacie, la microbiologie ou les analyses de laboratoire, la gestion des déchets, les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, et la qualité et la sécurité) lorsqu'ils existent.

MARCHÉ À SUIVRE

- Mettre en place les fonctions et activités précises du programme de lutte anti-infectieuse en fonction de l'évaluation des risques et des besoins locaux.
- Obtenir l'appui de la direction nécessaire au programme et aux indicateurs (par exemple, dans le cadre des réunions au niveau exécutif, des phases exécutives, de la participation aux réunions de morbidité et de mortalité). L'appui de la direction doit se traduire par l'allocation d'un budget pour la lutte anti-infectieuse.
- Démontrer que la lutte anti-infectieuse renforce les efforts d'amélioration de la qualité et peut être utilisée comme un moyen pour améliorer l'ensemble des structures et des processus, y compris les compétences du personnel soignant.
- Rappel : veillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.

Composante principale 2 : lignes directrices relatives à la lutte anti-infectieuse

PRÉSENTATION

- Un programme de lutte anti-infectieuse doté d'une équipe dédiée formée à la lutte anti-infectieuse (voir la section « Responsables ») doit être en place au sein de chaque établissement de soins aigus afin de prévenir les infections associées aux soins et de combattre la résistance aux antimicrobiens à travers la mise en œuvre de recommandations en matière de lutte anti-infectieuse.
- Le programme doit comprendre des objectifs clairement définis ainsi qu'un plan de travail annuel reposant sur l'épidémiologie et les priorités locales établies à partir des évaluations des risques. Un budget et des ressources spécifiques doivent être alloués au programme.
- Chaque établissement doit définir des objectifs, des critères de jugement mesurables et des buts en matière de lutte anti-infectieuse pour ses domaines critiques.

PERTINENCE

- L'élaboration et/ou l'adaptation de lignes directrices, politiques, protocoles et modes opératoires normalisés et de stratégies de mise en œuvre s'y rapportant sont des fonctions essentielles d'un programme de lutte anti-infectieuse.
- Les lignes directrices techniques doivent orienter précisément les priorités en matière de lutte anti-infectieuse et fournir des normes claires reposant sur des bases factuelles et adaptées au contexte local. Associées efficacement à la sensibilisation et à la formation lors de leur mise en œuvre et de leur suivi, les lignes directrices permettent d'aboutir aux résultats souhaités et à l'amélioration de la qualité de la lutte anti-infectieuse. Elles permettent en outre de responsabiliser les établissements de soins et le personnel soignant.
- À savoir : la disponibilité de lignes directrices techniques et de pratiques clés pour l'organisation du programme de lutte anti-infectieuse est généralement une condition préalable à la mise en place d'actions de sensibilisation et de formation, ainsi que d'un suivi et d'une évaluation.

CALENDRIER

- L'élaboration et/ou l'adaptation de lignes directrices abordant les sujets importants font partie des priorités.
- Lorsque des lignes directrices et des modes opératoires existent déjà à l'échelle nationale, vous pouvez les utiliser au sein de votre établissement.
- Concernant les lignes directrices reposant sur des bases factuelles, la sensibilisation et la formation, le suivi, le contrôle, le retour d'information et la surveillance, le contexte local déterminera le calendrier de mise en œuvre des recommandations des composantes.

RESPONSABILITÉS

- L'équipe chargée de la lutte anti-infectieuse a pour rôle de rédiger et d'adapter les lignes directrices, de promouvoir leur adoption et de veiller à leur respect. Si les compétences de l'équipe sont limitées, il conviendra de faire appel à un appui extérieur.

MARCHE À SUIVRE

- Afin que les lignes directrices locales s'inspirent des lignes directrices et des normes nationales ou internationales reposant sur des bases factuelles, un programme de lutte anti-infectieuse fonctionnel et des compétences adéquates sont nécessaires à leur élaboration et mise en œuvre. L'adaptation aux conditions locales permettra une meilleure adoption et mise en œuvre.
- Les parties concernées (notamment les principaux médecins, le personnel infirmier, les responsables d'établissements de santé, les responsables qualité) doivent participer à l'élaboration et à l'adaptation des lignes directrices.
- Lors de la mise en œuvre des lignes directrices (planification et exécution), l'implication des agents de santé en première ligne doit être envisagée, en plus de celle des équipes chargées de la lutte anti-infectieuse.
- Des formations spécifiques doivent être mises en place pour le personnel soignant lorsque de nouvelles lignes directrices sont publiées.
- Un suivi régulier doit être instauré pour la mise en œuvre de certaines lignes directrices relatives à la lutte anti-infectieuse.
- Rappel : veillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.



Mesures de base ; hygiène des mains ; précautions de lutte contre la transmission ; prévention des infections du site opératoire ; prévention des infections sanguines associées à un cathéter vasculaire ; prévention de la pneumonie associée aux soins ; prévention des infections des voies urinaires associées à un cathéter ; prévention de la transmission de micro-organismes multirésistants ; désinfection et stérilisation ; protection et sécurité du personnel soignant ; sécurité des injections ; gestion des déchets ; gestion responsable des antibiotiques ; préparation et gestion des flambées épidémiques.

Les lignes directrices visent à améliorer le processus de décision en fournissant des conseils et recommandations à partir des meilleures données disponibles. Un mode opératoire normalisé regroupe un ensemble d'instructions étape par étape qu'un établissement fournit au personnel pour l'aider à réaliser les activités courantes le plus efficacement possible. Un protocole est un plan détaillé d'une expérience, d'un traitement ou d'une procédure médicale ou scientifique.

Composante principale 3 : sensibilisation et formation à la lutte anti-infectieuse

PRÉSENTATION

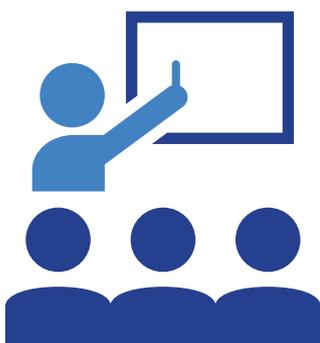
PERTINENCE

CALENDRIER

RESPONSABILITÉS

MARCHE À SUIVRE

- Afin de réduire les infections associées aux soins et la résistance aux antimicrobiens, tous les membres du personnel soignant doivent être formés à la lutte anti-infectieuse, à travers des stratégies d'équipe et des tâches participatives alliant simulations et exercices en conditions réelles.
- L'aide à la sensibilisation et à la formation est une fonction essentielle des programmes de lutte anti-infectieuse, dont l'objectif à long terme est de former un personnel de santé qualifié et compétent (notamment un personnel en première ligne disposant des compétences essentielles en matière de lutte anti-infectieuse) et de fournir aux spécialistes de la lutte anti-infectieuse une formation continue leur permettant de développer des connaissances avancées ainsi que des compétences de mentorat et de mise en œuvre.
- Maillon essentiel de la mise en œuvre réussie des lignes directrices dans le cadre de la lutte anti-infectieuse, la formation du personnel soignant contribue à la prévention des infections associées aux soins et de la résistance aux antimicrobiens, ainsi qu'à la fourniture de services de santé de grande qualité.
- L'élaboration de modules de sensibilisation et de formation doit être envisagée au moment de la mise en place d'un programme de lutte anti-infectieuse dans l'établissement.
- Concernant les lignes directrices reposant sur des bases factuelles, la sensibilisation et la formation, le suivi, le contrôle, le retour d'information et la surveillance, le contexte local déterminera le calendrier de mise en œuvre des recommandations des composantes.
- La formation à la lutte anti-infectieuse doit être menée par des personnes compétentes dans ce domaine. Du personnel non spécialiste ayant les compétences nécessaires peut également jouer le rôle de formateur ou de mentor (par exemple, en faisant collaborer personnel infirmier/praticiens ou champions et faiseurs d'opinion).
- Si votre établissement ne dispose pas encore des compétences requises pour mener à bien la formation, vous pouvez faire appel à des intervenants externes, exerçant par exemple à l'échelle régionale ou nationale.
- L'OMS a identifié au niveau des établissements trois catégories de personnel devant suivre une formation à la lutte anti-infectieuse (pour lesquelles des stratégies et un contenu distincts doivent être mis en œuvre) : 1) les spécialistes de la lutte anti-infectieuse, qui doivent mettre à jour leurs connaissances (médecins, personnel infirmier et autres professionnels membres des équipes techniques chargées du programme de lutte anti-infectieuse) ; 2) l'ensemble du personnel de santé chargé des prestations de services et des soins aux patients, qui doit suivre la formation de base en lutte anti-infectieuse ; et 3) les autres membres du personnel participant à la fourniture des soins de santé (personnel administratif et de gestion, personnel des services auxiliaires, personnel de nettoyage, etc.).
- La sensibilisation et la formation à la lutte anti-infectieuse doivent s'inscrire dans une stratégie globale de sensibilisation à l'échelle de l'établissement de santé et comprendre aussi bien la formation initiale des nouveaux employés que la formation continue du personnel en poste (au moins chaque année), indépendamment du niveau ou du poste (les cadres administratifs comme le personnel d'entretien sont concernés).
- Privilégiez un apprentissage mixte alliant des informations écrites, des instructions orales, un cyberapprentissage et/ou des sessions pratiques et interactives (dont des simulations et/ou des exercices en conditions réelles).
- Les mécanismes de supervision formative individuels, en binôme ou en équipe sont efficaces pour aider le personnel à s'améliorer. L'établissement doit les mettre en place et en assurer le suivi.
- Évaluez régulièrement (au moins chaque année) l'efficacité de la formation (par exemple, en procédant à des contrôles de l'hygiène des mains ou à d'autres contrôles des connaissances).
- Intégrez la formation à la lutte anti-infectieuse à la pratique clinique et à la formation des autres spécialistes (par exemple, des chirurgiens).
- Envisagez la mise en place d'un système de mentorat du personnel, en donnant par exemple au personnel infirmier ou aux praticiens spécialistes de la lutte anti-infectieuse le rôle de personnes-ressources ou de champions au sein des services.
- Une sensibilisation des patients ou membres de leur famille doit également être envisagée et adaptée à ce public afin de réduire le risque d'infections associées aux soins (par exemple, pour les patients immunodéprimés, ceux dotés d'un dispositif invasif ou sujets à des infections multirésistantes).
- Les spécialistes de la lutte anti-infectieuse doivent se former et perfectionner leurs connaissances, en général à l'échelle nationale ou internationale.
- Rappel : veillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.



Composante principale 4 : surveillance des infections associées aux soins

PRÉSENTATION

- Les établissements doivent mettre en place une surveillance des infections associées aux soins pour déterminer les infections les plus fréquentes et détecter les flambées, ainsi qu'une surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Les résultats de cette surveillance doivent être communiqués en temps voulu au personnel soignant et aux gestionnaires de santé, ainsi que via les réseaux nationaux, et doivent orienter les interventions de lutte anti-infectieuse.
- La surveillance doit être un aspect essentiel bien défini du programme de lutte anti-infectieuse.
- La surveillance requiert des capacités adaptées en matière de laboratoires de microbiologie.

PERTINENCE

- En fournissant des informations essentielles sur l'incidence et la prévalence des infections associées aux soins et de la résistance aux antimicrobiens (à travers un repérage des « problèmes »), la surveillance au sein des établissements de soins permet :
 - od'orienter les stratégies de lutte anti-infectieuse et d'évaluer l'efficacité et les effets des interventions ;
 - ode mettre en place une analyse comparative et d'évaluer les tendances au fil du temps ;
 - ode repérer les grappes de cas ou les flambées importantes et d'orienter plus largement la prise de décision et les actions en matière de santé publique ;
 - od'aider les décideurs nationaux et l'équipe nationale de lutte anti-infectieuse à définir les priorités en matière de lutte anti-infectieuse ; et od'élaborer des normes et politiques ciblées reposant sur des bases factuelles.
- Les données montrent une réduction significative des taux d'infections associées aux soins lorsque des programmes de surveillance comprenant des mécanismes de retour d'information en temps utile sont mis en place.

CALENDRIER

- Réfléchissez à la forme que prendra la surveillance des infections associées aux soins lors de la mise en place de votre programme de lutte anti-infectieuse. Toutefois, concernant les lignes directrices reposant sur des bases factuelles, la sensibilisation et la formation, le suivi, le contrôle, le retour d'information et la surveillance, le contexte local déterminera le calendrier de mise en œuvre des recommandations des composantes.
- Même si la surveillance des infections associées aux soins permet d'obtenir des informations essentielles sur l'ampleur du problème pour la sensibilisation et pourrait se révéler utile dès le début de la mise en œuvre, il convient de garder à l'esprit qu'elle nécessite des compétences, des capacités de laboratoires ainsi qu'un programme de lutte anti-infectieuse établi et que sa mise en place pourrait donc prendre du temps.

RESPONSABILITÉS

- Le comité et l'équipe chargés de la lutte anti-infectieuse sont en général responsables de la planification et de l'organisation de la surveillance, ainsi que de l'analyse, de l'interprétation et de la diffusion des données recueillies.
- La personne désignée responsable de la surveillance (habituellement la personne référente ou le responsable de la lutte anti-infectieuse) doit avoir suivi les formations de base en épidémiologie, surveillance et lutte anti-infectieuse.
- Les épidémiologistes, statisticiens, gestionnaires de données et experts en technologies de l'information en mesure de collecter, d'analyser et d'interpréter des données avec précision et efficacité au sein de l'établissement (ou, le cas échéant, au niveau du district) jouent également un rôle essentiel. L'établissement devrait disposer d'une partie au moins de ces compétences.
- En l'absence d'une équipe chargée de la lutte anti-infectieuse, il est possible d'affecter à la collecte des données du personnel ayant accès aux documents médicaux, aux dossiers des patients, aux résultats du laboratoire, aux résultats de virologie et de microbiologie ainsi qu'aux autres registres utiles. Les membres du personnel concernés devront toutefois suivre une formation spécifique.



MARCHE À SUIVRE

- Les établissements de santé doivent s'appuyer sur les recommandations et les définitions normalisées nationales pour mettre en place la surveillance, adapter celle-ci à leurs priorités, besoins et ressources disponibles, et en définir précisément les objectifs et les méthodes. En l'absence de recommandations et de définitions normalisées nationales, l'établissement doit se reporter aux recommandations et définitions internationales.
- L'établissement doit établir des priorités afin de déterminer sur quelles infections portera la surveillance au regard du contexte local. Voici des exemples d'infections pouvant faire l'objet d'une surveillance sanitaire :
 - les infections du site opératoire ;
 - les infections associées à un dispositif (par exemple, les infections des voies urinaires associées à un cathéter, les infections sanguines associées à un cathéter veineux central ou périphérique ou la pneumonie sous ventilation assistée) ;
 - les infections définies cliniquement (par exemple, en l'absence d'analyses microbiologiques) ;
 - la colonisation ou les infections causées par des micro-organismes multirésistants, en fonction de l'épidémiologie locale ;
 - les infections à tendance épidémique prioritaires au niveau local (par exemple, le norovirus, la grippe, la tuberculose, le syndrome respiratoire aigu sévère, Ebola ou la fièvre de Lassa) ;
 - les infections touchant des populations vulnérables (telles que les nouveau-nés, les patients en soins intensifs, les sujets immunodéprimés ou les grands brûlés) ;
 - les infections pouvant être contractées par les agents de santé exerçant en milieu clinique, en laboratoire ou dans d'autres types de structures (par exemple, l'hépatite B ou C, le VIH ou la grippe).
- La surveillance devra s'appuyer sur des définitions de cas fiables (c'est-à-dire, disposant d'un numérateur et d'un dénominateur définis à partir de définitions internationales [du Centers for Disease Control and Prevention ou du National Healthcare Safety Network aux États-Unis, ou du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies] ou à partir de définitions adaptées au contexte local grâce à un processus d'adaptation reposant sur des bases factuelles et à la consultation d'experts).
 - Une surveillance active doit être mise en place pour détecter les infections. Diverses stratégies peuvent être utilisées à cet effet, dont des enquêtes de prévalence ou d'incidence s'appuyant sur des formulaires de collecte de données clairs et ciblés.
- Les rapports sur la surveillance doivent être transmis en temps utile au personnel administratif et de gestion (décideurs) et au personnel du service (agents de santé en première ligne).
- Un soutien informatique doit être en place pour mener à bien la surveillance (notamment du matériel, des technologies mobiles ou des dossiers médicaux électroniques).
- Il est indispensable d'évaluer la qualité des données de surveillance (par exemple à travers l'évaluation des rapports de cas, l'examen des résultats de la microbiologie ou l'analyse du dénominateur). De plus, une évaluation régulière de la surveillance devra être réalisée en accord avec les besoins et priorités du moment.
- Rappel : veillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.

Composante principale 5 : stratégies multimodales

PRÉSENTATION

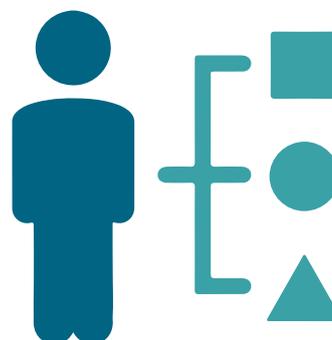
PERTINENCE

CALENDRIER

RESPONSABILITÉS

MARCHE À SUIVRE

- Des activités de lutte anti-infectieuse s'appuyant sur des stratégies multimodales et une approche multidisciplinaire (voir la première partie et l'annexe 2) doivent être mises en œuvre pour améliorer les pratiques et réduire les infections associées aux soins et la résistance aux antimicrobiens.
- Dans le contexte de la mise en œuvre des mesures de lutte anti-infectieuse, l'utilisation de stratégies multimodales est l'approche reposant basée sur des preuves scientifiques la plus efficace pour susciter un changement de comportement durable. Un grand nombre de données factuelles montrent par exemple le rôle joué par l'amélioration de l'hygiène des mains.
- Les stratégies multimodales soutiennent tous les aspects de la mise en œuvre des mesures de lutte anti-infectieuse, et toutes les recommandations concernant les composantes qui figurent dans les lignes directrices reposent sur ces stratégies.
- En adoptant une pensée multimodale, les praticiens spécialistes de la lutte anti-infectieuse ne se limitent pas à des stratégies isolées (par exemple, la formation et la sensibilisation) pour changer les pratiques, mais envisagent un ensemble de stratégies ciblant différents facteurs qui influencent le comportement humain, par exemple le suivi et le retour d'information, les infrastructures ou la culture organisationnelle.
- L'utilisation de stratégies multimodales doit être envisagée dès les prémices de la création du programme de lutte anti-infectieuse afin d'en soutenir la mise en œuvre.
- Lorsqu'un programme existe déjà, vous pouvez analyser dans quelle mesure il intègre des stratégies multimodales.
- L'équipe (responsable et membres), soutenue par le comité de lutte anti-infectieuse, est chargée d'utiliser une approche multimodale pour la mise en œuvre.
- La participation de champions ou de modèles fait partie des stratégies multimodales efficaces.
- Pour mettre en place et promouvoir des stratégies multimodales, il convient d'aborder le thème de la collaboration entre collègues à des fins d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.
- Veuillez-vous reporter aux questions d'orientation figurant dans l'encadré 4 et dans l'annexe 2.
- Les stratégies multimodales devront faire appel à des séries d'interventions ou à des listes de contrôle.
- Rappel : veuillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.



Composante principale 6 : suivi ou contrôle des pratiques de lutte anti-infectieuse et retour d'information sur ces pratiques

PRÉSENTATION

- Un suivi ou un contrôle régulier des pratiques de soins et autres indicateurs relatifs à la lutte anti-infectieuse, ainsi qu'un retour d'information en temps voulu, doivent être mis en place afin de prévenir et de contrôler les infections associées aux soins et la résistance aux antimicrobiens au sein des établissements. Le retour d'information devra être communiqué à l'ensemble des personnes et du personnel contrôlé.

PERTINENCE

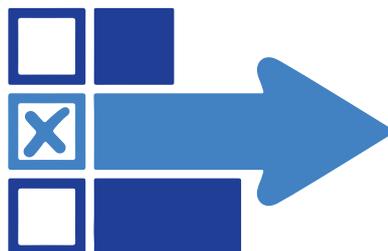
- Le principal objectif du suivi ou contrôle des pratiques et autres indicateurs et du retour d'information est de parvenir, dans le cadre d'une approche multimodale, à un changement de système ou de comportement qui améliore les pratiques et la qualité des soins, tout en réduisant le risque d'infections associées aux soins et la propagation de la résistance aux antimicrobiens.
- Il peut s'agir d'évaluer dans quelle mesure les normes sont respectées, les objectifs sont accomplis et les activités sont exécutées conformément aux exigences, ou de déterminer quels aspects pourraient nécessiter des améliorations. Cette démarche aide à créer une culture du suivi et de l'apprentissage permettant d'identifier les domaines à améliorer.
- L'hygiène des mains peut jouer le rôle d'indicateur clé, notamment le suivi du respect des règles d'hygiène des mains.
- Le suivi et le retour d'information visent également à mobiliser les parties prenantes, à travers la mise en place de partenariats et la création de groupes de travail et de réseaux.
- S'appuyer sur les domaines de l'amélioration de la qualité, du suivi, du contrôle et du retour d'information peut être un bon moyen de convaincre les personnes de l'existence d'un problème et du bien-fondé de la solution choisie. Il convient de procéder de façon non culpabilisante afin de promouvoir une culture non punitive au sein de l'établissement.
- Le temps consacré à la mobilisation des parties prenantes, la collecte de données, le suivi, les systèmes de contrôle et de retour d'information (notamment le retour d'information en temps voulu) sont des facteurs importants d'amélioration.

CALENDRIER

- Les activités de suivi, de contrôle et de retour d'information doivent être définies lors de la mise en place du programme de lutte anti-infectieuse, puis faire ensuite partie intégrante du processus de mise en œuvre.
- Concernant les lignes directrices reposant sur des preuves scientifiques, la sensibilisation et la formation, le suivi, le contrôle, le retour d'information et la surveillance, le contexte local déterminera le calendrier de mise en œuvre des recommandations des composantes.

RESPONSABILITÉS

- Le contrôle et le retour d'information font partie des principales activités de l'équipe de lutte anti-infectieuse (responsable et membres), qui bénéficie du soutien du comité. Ses membres doivent avoir été formés aux techniques de contrôle.



MARCHE À SUIVRE

- Il convient d'élaborer un plan de suivi détaillé, comprenant des buts et des objectifs clairs, des activités précises, ainsi que des outils permettant une collecte systématique des données.
- Un suivi ou contrôle doit être mené sur un ensemble de processus et d'indicateurs (voir l'encadré 5).
- Le modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains (HHSAF) et le modèle pour l'évaluation de la prévention et du contrôle des infections (MEPCI) de l'OMS sont des outils prêts à l'emploi permettant de contrôler l'amélioration de l'hygiène des mains en s'appuyant, d'une part, sur une stratégie multimodale et, de l'autre, sur la mise en œuvre des lignes directrices des principales composantes. Ces deux formulaires peuvent servir à contrôler les activités du programme au fil du temps.
- L'outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT) contribue à l'amélioration continue des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans le cadre d'une démarche plus globale d'amélioration de la qualité dans les établissements de soins.
- Mettez en place des mécanismes de retour d'information à destination de l'équipe chargée de la lutte anti-infectieuse, des responsables des services faisant l'objet des contrôles, des agents de santé en première ligne, du comité chargé de la lutte anti-infectieuse, de la qualité des soins ou autre équivalent, et de la direction de l'établissement. La diffusion des résultats de suivi et contrôle peut se faire sous forme de brochures, de communiqués, de bulletins d'information ou de revues.
- Définissez un rythme régulier (au moins semestriel) de publication de comptes rendus du suivi et envisagez le recours à des analyses de tendances (par exemple mensuelles, trimestrielles ou annuelles).
- Envisagez la mise en place d'apprentissages et de retours d'information bidirectionnels (par exemple, entre les agents de santé et les personnes leur fournissant un retour d'information) pour encourager une culture de l'apprentissage et une amélioration globale de la qualité.
- Envisagez l'utilisation d'enquêtes sur la culture de sécurité (telles que le Questionnaire Culture Sécurité, l'Hospital survey on patient safety culture [HSOPSC], le Safety attitudes questionnaire [SAQ], le Patient safety climate in healthcare organizations [PSCH] ou l'Hospital safety climate scale [HSC]).
- Rappel : veillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.

Encadré 5 – Recommandations de processus et d'indicateurs à suivre ou contrôler

1. Le respect des règles d'hygiène des mains (à l'aide de l'outil d'observation de l'OMS ou d'un outil équivalent)
2. Pose et/ou entretien de cathéter intravasculaire
3. Pose et/ou entretien de sonde urinaire
4. Principales mesures de prévention des infections du site opératoire
5. Précautions contre la transmission des micro-organismes multirésistants et des maladies infectieuses et parasitaires hautement transmissibles
6. Nettoyage du service
7. Désinfection et stérilisation du matériel et des instruments médicaux
8. Consommation ou utilisation de savon ou de solution hydroalcoolique
9. Consommation ou utilisation d'agents antimicrobiens
10. Gestion des déchets

Composante principale 7 : charge de travail, ressources humaines et taux d'occupation des lits

PRÉSENTATION

- Le taux d'occupation des lits ne doit pas dépasser la capacité d'accueil de l'établissement (soit un patient par lit et un espace d'au moins un mètre entre les lits des patients). Lorsqu'un établissement dépasse sa capacité en lits en raison de circonstances exceptionnelles, la direction doit prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que le niveau de personnel corresponde au nombre de patients et pour que la bonne distance entre les lits soit maintenue.
- L'affectation du personnel de santé doit se faire en fonction de la charge de travail liée au nombre de patients.

PERTINENCE

- Dans les établissements de soins aigus, un taux d'occupation des lits supérieur à la capacité d'accueil engendre un risque accru d'infections associées aux soins, de flambées nosocomiales et de propagation de la résistance aux antimicrobiens, en plus de provoquer une insuffisance d'effectifs du personnel soignant. Considérée comme un problème de santé publique, la surpopulation des établissements de soins peut en outre entraîner la transmission de maladies.

CALENDRIER

- Vous analyserez les questions en lien avec la charge de travail, les ressources humaines et le taux d'occupation des lits lors des discussions initiales qui auront lieu au début du processus d'amélioration (étape 1). Cette composante a une influence sur la mise en œuvre de toutes les autres. Toutefois, comme l'indiquent les lignes directrices, il convient de pondérer ces recommandations en fonction du besoin immédiat de fournir des soins au maximum de patients possible lors de circonstances particulières.

RESPONSABILITÉS

- Les décisions concernant la charge de travail, les ressources humaines et le taux d'occupation des lits ne dépendent pas directement du programme de lutte anti-infectieuse, mais sont plutôt aux mains des hauts responsables de l'établissement. Cependant, pour pouvoir être en mesure de convaincre et d'influencer les décideurs au sein de l'établissement et du ministère, l'équipe doit comprendre sur quelles données factuelles repose cette composante. Par conséquent, le développement de compétences de négociation et d'influence est un aspect important à envisager dans le cadre de la lutte anti-infectieuse.
- L'existence d'un plan national de développement des ressources humaines contribuera à la bonne mise en œuvre de cette composante.

MARCHE À SUIVRE

- En vous appuyant sur les recommandations nationales (lorsqu'elles existent), essayez de définir à l'échelle de l'établissement un ratio personnel/patients. La méthode « WISN – Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail », conçue par l'OMS, fournit aux gestionnaires de santé un outil pour déterminer de manière systématique le nombre d'agents de santé d'un certain type nécessaires pour faire face à la charge de travail d'un établissement de santé donné. Elle aide ainsi à la prise de décisions concernant la dotation en personnel et la répartition optimale des ressources humaines disponibles (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/205234>).
- Mettez en place un système pour évaluer et prendre les mesures nécessaires lorsque le niveau de dotation en personnel est considéré insuffisant.
- Prônez des stratégies efficaces de gestion des lits afin que chaque service applique la norme d'un patient par lit, une bonne orientation/localisation des patients et un espacement adéquat des lits.
- Mettez en place un système d'évaluation et d'action en cas de dépassement du taux d'occupation des lits.
- Rappel : veillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.



Composante principale 8 : environnement bâti, matériel et équipements destinés à la lutte anti-infectieuse

PRÉSENTATION

- Les activités de soins aux patients doivent être entreprises dans un environnement propre et/ou hygiénique qui favorise les pratiques liées à la lutte contre les infections associées aux soins et la résistance aux antimicrobiens. Cela concerne tous les éléments des services et infrastructures d'eau, d'assainissement et d'hygiène, ainsi que la disponibilité du matériel et des équipements destinés à la lutte anti-infectieuse (tels que les solutions hydroalcooliques, l'eau et le savon, les équipements de protection individuelle, les sondes urinaires, etc.).
- Le matériel et les équipements nécessaires à une hygiène des mains appropriée devraient être facilement accessibles sur le lieu de soins.
- Tous les établissements de soins doivent respecter les normes établies par l'OMS concernant : le nombre et l'emplacement des installations d'hygiène des mains ; les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène ; la gestion des déchets médicaux et l'hygiène de l'environnement ; et les pratiques de désinfection et de stérilisation (voir les outils et ressources, troisième partie, composante principale 8).

PERTINENCE

- L'efficacité d'un programme de lutte anti-infectieuse mené dans un établissement de soins dépendra avant tout de l'adéquation de ses locaux, de ses services d'eau, d'assainissement et d'hygiène et du matériel et des équipements dont il dispose à cette fin. Les infrastructures contribuent par ailleurs à la dignité et à la satisfaction des patients, ainsi qu'au moral du personnel.

CALENDRIER

- Vous analyserez les questions en lien avec les bâtiments et avec le matériel et les équipements destinés à la lutte anti-infectieuse lors des discussions initiales qui auront lieu au début du processus d'amélioration (étape 1). Cette composante a une influence sur la mise en œuvre de toutes les autres.

RESPONSABILITÉS

- C'est aux hauts responsables de l'établissement et aux autorités locales (et en dernier lieu nationales) qu'il incombe de fournir un environnement conforme aux critères d'hygiène et de propreté. Les décisions concernant les bâtiments, le matériel et les équipements destinés à la lutte anti-infectieuse ne dépendent pas uniquement du programme. Cependant, l'équipe doit pouvoir influencer les décideurs au sujet de cette composante. Par conséquent, le développement de compétences de négociation et d'influence est un aspect important à envisager dans le cadre de la lutte anti-infectieuse.

MARCHE À SUIVRE

- Collaborez avec les responsables de l'hygiène de l'environnement et des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, ainsi qu'avec le responsable d'établissement. Utilisez l'outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT) (voir les outils et ressources, troisième partie, composante principale 8) et, si elle existe, collaborez avec l'équipe WASH FIT.
- Lors de la construction et de la maintenance des bâtiments et des installations, préconisez le respect des recommandations en matière de lutte anti-infectieuse. Recherchez et appelez à privilégier des articles produits localement. Encouragez la consultation de l'équipe pour les modalités logistiques et pour l'achat de matériel destiné à la lutte anti-infectieuse. Créez et maintenez à jour une liste de suivi des modalités logistiques et du matériel destiné à la lutte anti-infectieuse.
- Rappel : veillez à utiliser la pensée multimodale. Pour en savoir plus sur les aspects pratiques de la mise en œuvre, vous pouvez consulter les questions d'orientation de la stratégie multimodale (encadré 4 et annexe 2) ainsi que la troisième partie.



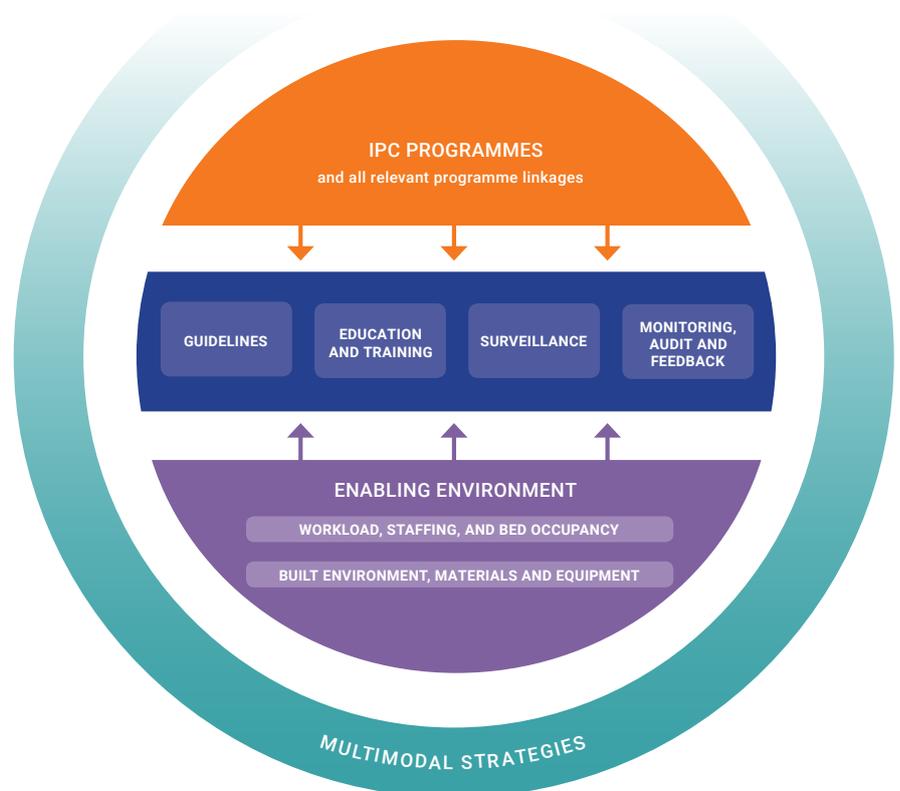
Maintenant que vous connaissez les principales composantes et leurs exigences, il est important que vous compreniez comment ces composantes s'articulent dans le cadre d'un programme complet de lutte anti-infectieuse (voir figure 2). Une approche globale et efficace de la lutte anti-infectieuse nécessite la mise en place de programmes ayant des liens étroits avec d'autres programmes, en particulier ceux traitant de la résistance aux antimicrobiens, des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, et de la qualité et de la sécurité. La présence d'un programme de lutte anti-infectieuse est une condition nécessaire, mais pas suffisante, pour obtenir des soins de santé sûrs et de qualité. En outre, un environnement bâti convenable (notamment les infrastructures, le matériel et les équipements nécessaires, un taux adéquat d'occupation des lits, des ressources humaines ou des effectifs et une charge de travail appropriés) constitue la base de la mise en œuvre de toutes les autres composantes et de pratiques sans danger. Ces deux conditions préalables, à savoir un programme de lutte anti-infectieuse établi et des infrastructures convenables, favorisent la mise en œuvre efficace des lignes directrices en matière de lutte anti-infectieuse, de la formation et de la sensibilisation, du suivi, du contrôle, du retour d'information et de la surveillance. Le succès de la mise en œuvre dans ces domaines dépend par ailleurs de l'adoption d'une approche et d'une pensée multimodales.

PRINCIPALES COMPOSANTES – UNE APPROCHE HOLISTIQUE DE L'AMÉLIORATION

La figure 2 est une représentation visuelle d'une page des huit principales composantes montrant comment les recommandations des lignes directrices s'articulent entre elles. Vous pourrez trouver utile de l'imprimer et de vous y reporter lors de la consultation des autres sections du manuel.

Remarque : vous trouverez dans la figure 3 (troisième partie) un exemple de texte qui aide à expliquer ces liens (ou relations).

Figure 2. Représentation visuelle des relations entre les principales composantes de la lutte anti-infectieuse



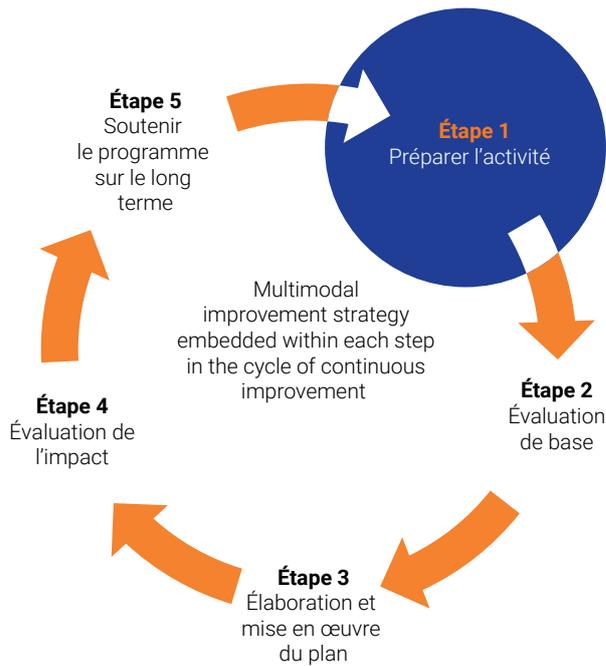


PARTIE III MISE EN ŒUVRE



ÉTAPE 1
PRÉPARER
L'ACTIVITÉ

ÉTAPE 1 PRÉPARER L'ACTIVITÉ



Objectif de l'étape 1

- Cette étape consiste à se préparer à évaluer et à améliorer la lutte anti-infectieuse dans votre établissement. Vous y jetez les bases de votre parcours d'amélioration.
- Dans la deuxième partie, vous vous êtes familiarisé avec le quoi, le pourquoi, le qui, le quand et le comment de chaque composante principale. Les connaissances acquises vous permettront de parler avec confiance des composantes principales aux administrateurs et aux dirigeants, dont le soutien est essentiel à la réussite.
- L'étape 1 concerne la planification et la mise en place de mesures qui favoriseront une mise en œuvre réussie, ainsi que la pérennité d'un programme efficace de lutte anti-infectieuse et de ses composantes respectives. Il s'agit notamment des ressources nécessaires (humaines et financières), des infrastructures adéquates, de la planification et de la coordination, ainsi que de l'identification et de la participation des principaux leaders (y compris les leaders d'opinion), des parties prenantes et des champions (voir encadré 6), et d'un responsable et d'une équipe (y compris un adjoint) pour le travail d'amélioration de la lutte anti-infectieuse.
- Une grande partie de l'étape 1 consistera à rencontrer et à parler aux parties prenantes. Bien que vous n'ayez pas encore entrepris l'évaluation de base, la communication et le plaidoyer sont importants pour préparer la voie aux quatre autres étapes.

Encadré 6. Impliquer et influencer les personnes clés - définitions opérationnelles

Responsable de l'établissement de soins de santé : aux fins du présent manuel, le responsable de l'établissement de soins de santé ou l'équipe de direction désigne l'administrateur/le chef de l'établissement ou le DG ou son équivalent.

Leader d'opinion : un individu ayant le pouvoir d'influencer l'opinion et le comportement des autres. Obtenir le soutien des leaders d'opinion locaux en faveur de la lutte anti-infectieuse sera une réalisation importante.

Partie prenante : personne, groupe ou organisation qui a un intérêt dans votre décision de mettre en œuvre une directive, y compris ceux qui seront directement ou indirectement touchés (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO] Best Practice Guidelines 2012). Voir le tableau 1A « Parties prenantes, communications et plaidoyer ».

Champion : un champion est une personne influente qui soutient activement une nouvelle « innovation » et dont l'influence est un facteur essentiel du succès de la mise en œuvre. Les champions locaux varient, mais dans le contexte de la lutte anti-infectieuse, il peut s'agir d'éminents professionnels, universitaires ou de responsables de groupes de patients ou de la société civile qui s'engagent à appuyer le travail d'amélioration de la lutte anti-infectieuse.

CONSEILS PRATIQUES, PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ET ACTIVITÉS



- Au cours de l'étape 1, concentrez-vous sur la réalisation du travail de base nécessaire pour soutenir les interventions futures.
- Veillez à bien comprendre les besoins probables en ressources humaines et financières nécessaires pour améliorer un ou plusieurs composants essentiels de la lutte anti-infectieuse dans votre établissement.
- En fonction de la situation actuelle dans votre établissement, l'étape 1 peut prendre plusieurs mois. Il est important que les activités quotidiennes visant à assurer la sécurité des personnes se poursuivent pendant cette étape préparatoire.
- Au cours de l'étape 1, il est probable que vous ne bénéficiez pas encore de toute l'attention et de l'engagement de la direction de votre établissement de soins de santé. Le tableau 1A décrit les éléments à prendre en compte et les

activités de base qui soutiendront l'élaboration de vos messages clés sur l'importance de l'amélioration de la lutte anti-infectieuse et les activités visant à convaincre les dirigeants de votre établissement. Vous vous appuyerez sur ce travail préparatoire au cours des étapes suivantes. N.B – nombre de ces éléments à prendre en compte et activités sont liées entre elles, par exemple, les interventions requises pour aborder les aspects liés à la communication et au plaidoyer peuvent également être utilisées pour obtenir le soutien des dirigeants.

Tableau 1A. Principaux éléments à prendre en considération et interventions requises (étape 1)

	Principaux éléments à prendre en considération	Interventions requises
Leadership	Le leadership national, régional et provincial peut influencer le degré de réceptivité des dirigeants des établissements de soins de santé à l'amélioration des programmes de lutte anti-infectieuse.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles activités ont été menées précédemment au niveau national, régional ou provincial ? Par exemple, une action nationale en matière de lutte anti-infectieuse a-t-elle eu lieu, et un programme de lutte anti-infectieuse existe-t-il ou est-il en cours d'élaboration ? • Une approche nationale ou infranationale de lutte anti-infectieuse apportera de la légitimité et un servira de feuille de route pour les plans au niveau des établissements et toute déclaration nationale portant spécifiquement sur la lutte anti-infectieuse ou s'y rapportant (par exemple, la résistance aux antimicrobiens) sera utile pour progresser dans ce domaine. • Vérifiez qu'un plan d'action national pour combattre la résistance aux antimicrobiens existe et cherchez à le connaître au bout des doigts.
Leadership	L'appui de la direction de l'établissement de soins de santé est nécessaire pour fournir un mandat officiel au programme de lutte anti-infectieuse, pour impulser cette culture et toutes les interventions qui en découlent, et pour garantir la disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires et durables, y compris le temps voulu pour entreprendre les activités de lutte anti-infectieuse.	<ul style="list-style-type: none"> • Rédigez un script qui décrit votre vision de la lutte anti-infectieuse et/ou de tout élément central spécifique en utilisant/adaptant le texte inclus dans la Figure 3. L'objectif est de vous aider à attirer et à obtenir un soutien pour la lutte anti-infectieuse dans vos interactions avec les principales parties prenantes, notamment les dirigeants et les administrateurs de l'établissement, et lors des réunions du Conseil d'administration/comité de l'établissement de soins ou d'autres réunions de la direction. • Cherchez à obtenir un appui écrit formel, par exemple une déclaration de soutien, une note de service ou une communication par courrier électronique, de la part de la direction de l'établissement aux cadres supérieurs et aux dirigeants (c'est-à-dire aux cliniciens et aux infirmières en chef) et aux parties prenantes que vous avez identifiées comme votre public cible (voir la section Parties prenantes ci-dessous). • Commencez à préparer le contenu des bulletins d'information, des réunions de routine des médecins, des infirmières et des autres agents de santé et les tableaux d'affichage. • Envisagez l'utilisation des médias sociaux (par exemple, Facebook ou d'autres réseaux sociaux utilisés dans votre pays) et de la radio locale pour diffuser des messages sur l'importance de la lutte anti-infectieuse.
Ressources humaines	Une équipe chargée de la lutte anti-infectieuse composée d'un responsable/un point focal est nécessaire pour faire avancer toutes les interventions avec l'appui d'un comité de lutte anti-infectieuse.	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiez au moins une personne compétente à désigner pour diriger le travail (peut être vous-même !) • Une équipe compétente pour appuyer le responsable de la lutte anti-infectieuse est nécessaire - pensez à qui pourrait remplir ce rôle (l'équipe sera composée du responsable de la lutte anti-infectieuse et d'autres membres du personnel). • Identifiez les personnes, les départements ou les organisations qui ont un intérêt direct dans l'amélioration des programmes de lutte anti-infectieuse, par exemple, les champions potentiels/les leaders d'opinion déjà évoqués plus haut, et aussi ceux qui travaillent sur la qualité, la résistance aux antimicrobiens, la santé au travail, l'éducation des agents de santé et l'amélioration des infrastructures d'eau et d'assainissement dans l'établissement et/ou la communauté. Dans de nombreux établissements, un comité actif de lutte anti-infectieuse apporte ce soutien.

Key considerations and actions (step 1) continued

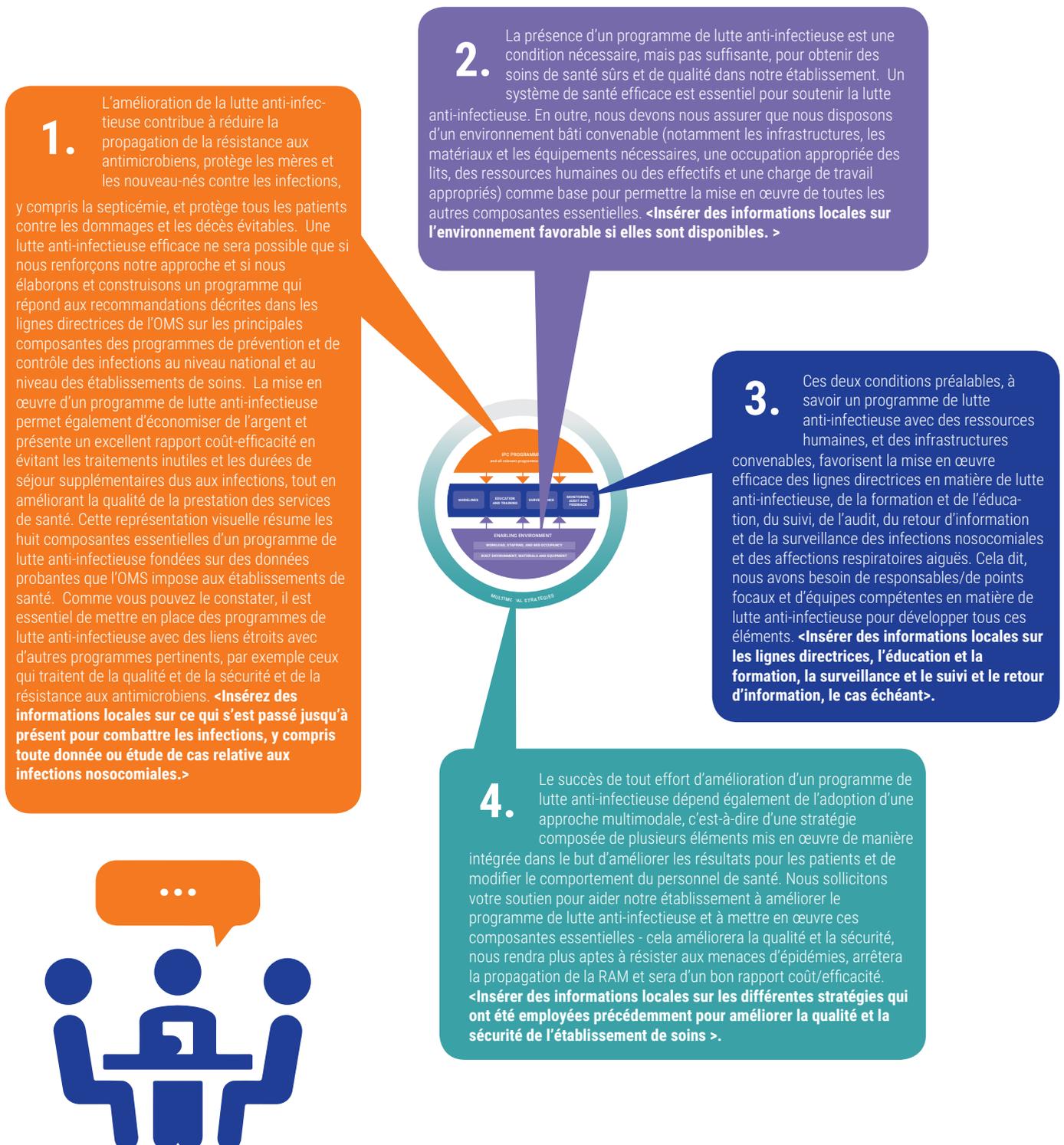
	Principaux éléments à prendre en considération	Interventions requises
<p>Parties prenantes, communication et plaidoyer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La participation des parties prenantes est une partie importante de la phase préparatoire. • Les principales parties prenantes (y compris les champions potentiels/les leaders d'opinion) doivent être convaincues que les infections nosocomiales sont un problème et que la mise en place d'un programme fonctionnel de lutte anti-infectieuse et/ou la mise en place/le renforcement de n'importe quelle partie de la directive sur les composantes de base offre une solution. Par conséquent, un narratif convaincant accompagné d'une série de messages et de matériels de plaidoyer est nécessaire pour « gagner les cœurs et les esprits » des personnes clés. • Rappelez-vous - la lutte anti-infectieuse (en particulier l'hygiène des mains) est connue pour être un sujet qui peut unir plusieurs disciplines et stimuler la discussion dans les réunions quotidiennes. Il s'agit d'un moyen tangible d'impliquer les parties prenantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiez les parties prenantes à tous les niveaux de l'établissement et dans certains cas au-delà, par exemple les groupes de patients et de la société civile. Veillez tout particulièrement à identifier les champions potentiels influents/les leaders d'opinion. Effectuez une analyse des parties prenantes (qui peut également être revue et corrigée tout au long du processus de mise en œuvre). • Rencontrez les parties prenantes dans des réunions individuelles ou des réunions de sensibilisation et de plaidoyer pour discuter de la nécessité de renforcer la lutte anti-infectieuse (voir l'exemple d'ordre du jour à l'annexe 3) - utilisez le texte préparé à l'avance. • Communiquez votre vision et vos objectifs en matière de lutte anti-infectieuse, basés sur les composantes essentielles, en utilisant les canaux appropriés à votre contexte. Expliquez ce que votre établissement doit mettre en place pour répondre aux recommandations des directives sur les composantes essentielles. • Expliquez comment la lutte anti-infectieuse répond à un problème réel (ou potentiel) de l'établissement, à savoir les infections nosocomiales, la durée du séjour, les résultats des patients, la qualité et la sécurité (des patients et du personnel de santé), la capacité de l'établissement à résister à des chocs tels que des épidémies de maladies hautement transmissibles. • Servez-vous des outils de plaidoyer énumérés à la fin de l'étape 1 lors vos réunions (en groupe et en tête-à-tête). • Pendant les réunions, discutez avec vos collègues de leur expérience antérieure en matière de lutte anti-infectieuse. Demandez à vos collègues s'ils ont connu des épidémies. Les expériences d'épidémies peuvent agir comme des catalyseurs de changement et attirer l'attention sur la valeur de la lutte anti-infectieuse comme moyen de combattre les épidémies - la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse aidera à arrêter les futures épidémies et à renforcer la résilience de l'établissement. • Obtenez du soutien et de l'engagement en utilisant le matériel de plaidoyer et les « textes » évoqués précédemment. L'objectif est de donner aux autres les moyens d'agir sur votre vision - soyez précis quant au type de soutien dont vous avez besoin, par exemple, un mandat d'action, un engagement à prendre en compte les besoins de financement, etc. • Prenez le temps d'expliquer pourquoi la lutte anti-infectieuse et ses composantes essentielles sont cruciales et bénéfiques - c'est-à-dire illustrez en utilisant à la fois des données factuelles et des exemples simples de pratiques locales qui ont pu changer pour obtenir des résultats visibles rapidement. • Découvrez quels groupes locaux de patients/groupes de la société civile (par exemple, les groupes axés sur la lutte contre la septicémie, le SARM, le VIH, l'hépatite B) sont liés à la lutte anti-infectieuse ; quand ils se réunissent et quels sont leurs stratégies et plans d'action. Réfléchissez à la manière dont la vision de la lutte anti-infectieuse peut être reliée à ces activités et établissez des relations là où elles n'existent pas encore.
<p>Ressources financières</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un budget sanctuarisé, dédié et adéquat est nécessaire pour financer et maintenir le programme de lutte anti-infectieuse. Le mécanisme d'affectation budgétaire aux établissements de soins de santé doit être examiné avec les parties prenantes au niveau du district et du pays, s'il n'est pas en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Commencez à réfléchir à la manière d'élaborer un dossier budgétaire à présenter aux responsables de l'établissement de soins de santé afin de mettre en œuvre et de maintenir les composantes essentielles - il s'agira d'une action clé de l'étape 3. • Déterminez s'il est nécessaire d'établir des liens avec les parties prenantes au niveau du district et du pays responsables de l'affectation du budget des établissements de soins, par exemple pour aborder les questions de WASH ou de ressources humaines et de financement sous les auspices de l'examen annuel du secteur de la santé. Leur implication et leur connaissance de vos projets en matière de lutte anti-infectieuse seront importantes. • Examinez si les ressources (y compris les ressources humaines) ou les infrastructures existantes peuvent être utilisées pour soutenir votre programme de lutte anti-infectieuse et présentez cette proposition aux dirigeants, le cas échéant (en tenant compte du fait que des ressources supplémentaires ne seront pas toujours disponibles). Par exemple, la lutte anti-infectieuse peut-elle être intégrée aux activités d'un certain nombre de programmes de santé (RAM, paludisme, vaccination, tuberculose/VIH, santé maternelle et infantile). Concentrez-vous sur la manière dont la lutte anti-infectieuse peut contribuer à la réalisation des objectifs du programme. Dans ce dernier exemple, même si le budget n'est pas directement affecté au programme de lutte anti-infectieuse, il peut être utilisé pour soutenir sa mise en œuvre. • Pensez à trouver des ressources auprès d'autres sources non traditionnelles, par exemple, les membres de la communauté/les organisations de la société civile, les politiciens locaux, le secteur commercial ou les ONG, en fonction de votre contexte local. • Commencez par envisager de petites activités qui ne nécessiteront pas beaucoup de ressources, puis partez de là pour renforcer votre argumentaire en faveur de financements qui conduiront à des améliorations plus importantes et à plus long terme. • Discutez de la manière dont le budget sera utilisé et fera l'objet d'un rapport, y compris la nécessité d'une affectation budgétaire permanente pour garantir que l'action de lutte anti-infectieuse puisse être maintenue et les infections réduites (avec les économies associées).

Key considerations and actions (step 1) continued

	Principaux éléments à prendre en considération	Interventions requises
Liens avec les autres programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Il convient d'établir ou de renforcer les liens avec les équipes et les programmes d'amélioration de la qualité et les équipes chargées de la RAM et du WASH. • Des liens avec les programmes d'accréditation et de réglementation devraient être établis ou renforcés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez votre texte préparé à l'avance lors de vos réunions avec d'autres programmes et concentrez-vous sur la démonstration de la pertinence de la lutte anti-infectieuse en vue de l'atteinte de ses objectifs et sur le renforcement du travail conjoint pour un bénéfice mutuel. • Examinez le rôle de la lutte anti-infectieuse dans le renforcement de l'accréditation. • Les changements nécessaires pour améliorer la lutte anti-infectieuse auront plus de chances de réussir si vous parvenez à réunir un groupe interdisciplinaire ayant le pouvoir et l'engagement nécessaires pour aider à diriger l'effort de changement.
Utilisation des données	<ul style="list-style-type: none"> • La lutte anti-infectieuse doit être considérée comme essentielle au succès des résultats sanitaires d'un établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les changements nécessaires pour améliorer la lutte anti-infectieuse ont plus de chances de réussir si vous pouvez établir un sentiment d'urgence - les données peuvent vous aider à le faire. • Déterminez si d'autres évaluations pertinentes en matière de lutte anti-infectieuse (par exemple, WASH, y compris WASH FIT, RAM ou les évaluations de la préparation aux épidémies) ont déjà eu lieu et discutez avec les dirigeants des informations qu'elles fournissent sur la l'état actuel de la lutte anti-infectieuse (ceci sera renforcé par la réalisation d'une évaluation de base ciblée de la lutte anti-infectieuse à l'étape 2). • Examinez la disponibilité de données nationales pour étayer la nécessité d'une action.

La figure 3 contient un exemple de texte qui peut être utilisé comme « modèle » pour orienter les discussions initiales de sensibilisation avec les administrateurs et les dirigeants de l'établissement et d'autres parties prenantes, ainsi que votre copie imprimée de la figure 2.

Figure 3. Exemple de texte pour les discussions initiales de sensibilisation avec les gestionnaires et les dirigeants de l'établissement



OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE ET SOLUTIONS



Plusieurs obstacles peuvent survenir au cours de l'étape 1. Au cours de vos réunions et discussions avec les principales parties prenantes, réfléchissez aux obstacles et aux facilitateurs potentiels qui pourraient être associés à la mise en œuvre de votre programme de lutte anti-infectieuse. Utilisez la ressource : Feuille de travail : questions pour orienter l'évaluation des facilitateurs et des obstacles (voir outils et ressources).

Le tableau 1B énumère les obstacles les plus courants à la mise en œuvre auxquels les responsables de lutte anti-infectieuse ont été confrontés, avec quelques solutions possibles et des exemples de mise en œuvre.

Tableau 1B. Surmonter les obstacles et les défis liés à la mise en œuvre (étape 1)

Obstacle potentiel	Solution/s éventuelle/s	Exemples de mise en œuvre
<p>La lutte anti-infectieuse n'est pas considérée comme une priorité dans votre établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> Partagez toutes les données disponibles sur les épidémies et la façon dont les faiblesses du programme de lutte anti-infectieuse ont contribué à l'épidémie. Utilisez les données pour documenter un problème que vous pensez être permanent (par exemple, la septicémie néonatale acquise dans le cadre des soins de santé) et pour convaincre les responsables de l'établissement. L'évaluation et le suivi seront abordés plus en détail à l'étape 2, mais si vous disposez déjà de données existantes à partager avec les responsables - utilisez-les ! Une communication et un plaidoyer réguliers en faveur du programme auprès de la direction et des administrateurs sont essentiels. Intégrez la lutte anti-infectieuse dans les réunions pertinentes et faites des présentations sur ce sujet, par exemple, lors des tournées des médecins des établissements ou lors des réunions de développement des infirmières. Mettez la direction et les administrateurs en copie des courriels et des mémos pertinents Commencez par un petit budget - voyez si une petite ligne budgétaire est possible - cela peut être symbolique et être la preuve d'un certain engagement (même petit) qui peut ensuite être développé, par exemple, un espace de bureau partagé, un bureau et un téléphone, un budget convenu pour de futurs supports de formation. 	<p>Faire de la lutte anti-infectieuse une priorité en utilisant des données de base « Pour obtenir l'appui en faveur du programme de lutte anti-infectieuse, nous avons d'abord besoin de données de base pour convaincre les dirigeants. Nous avons donc commencé par le suivi, l'audit et le retour d'information. Nous avons d'abord collecté les données manuellement et avons passé deux ans à discuter régulièrement des résultats et des besoins lors de rondes et de réunions. Au fur et à mesure que nous avons commencé à convaincre les dirigeants, nous avons commencé à envoyer des courriels aux administrateurs des hôpitaux sur les principales questions relatives au personnel et aux ressources afin de consolider davantage le soutien. Avec le temps, le programme de lutte anti-infectieuse s'est étendu à 10 infirmières et à un médecin spécialiste des maladies infectieuses. Nous avons été en mesure de créer un logiciel électronique déroulant pour une meilleure collecte des données, nous nous sommes impliqués dans un programme de surveillance régional qui nous a fourni un mentorat régulier, et nous avons connu un grand succès avec la mise en œuvre de l'ensemble des mesures axées sur la diminution des taux d'infection associée aux dispositifs. Nous avons mis l'accent sur une culture qui consiste à « mettre en pratique ce que l'on prêche ». Inde</p> <p>Faire de la lutte anti-infectieuse une priorité en tirant parti d'une épidémie « Une infirmière avait été responsable du programme de lutte anti-infectieuse, mais il n'a reçu que peu d'attention. Ce n'est que lorsque nous avons connu une épidémie de <i>Klebsiella pneumoniae</i> résistante aux carbapénèmes que nous avons pu convaincre la direction de l'importance de la lutte anti-infectieuse et du besoin de ressources pour développer notre programme à cet effet. Par ailleurs, le comité national de lutte anti-infectieuse, qui comprend à la fois le secteur public et le secteur privé, a contribué à faire avancer le programme de la lutte anti-infectieuse ». Barbade</p>

Overcoming barriers and challenges to implementation (step 1) continued

Obstacle potentiel	Solution/s éventuelle/s	Exemples de mise en œuvre
Le leadership en matière de lutte anti-infectieuse fait défaut	<ul style="list-style-type: none"> • Les établissements de soins qui n'avaient jamais mis en place de programmes de lutte anti-infectieuse ont trouvé utile de commencer à petite échelle, en désignant une équipe et en convainquant les responsables d'investir dans la lutte anti-infectieuse. • Il est essentiel de se concentrer sur l'identification des champions et des leaders d'opinion locaux. Y a-t-il une infirmière, un médecin ou un autre agent de santé de haut niveau convaincu de l'importance de la lutte anti-infectieuse dans son travail et pour la sécurité des patients en général, et qui peut être encouragé à parler de la nécessité d'améliorer la lutte anti-infectieuse ? On constate que ceux qui sont souvent les plus réticents au départ peuvent devenir les plus grands défenseurs une fois qu'ils sont convaincus et peuvent avoir une grande influence sur les autres ! • La collecte de données et l'exploitation des épidémies précédentes est un thème commun qui ressort des études de cas et est susceptible de faciliter l'adhésion des sceptiques. • Effet de levier de la communication publique - l'implication des patients ou des groupes de la société civile peut également constituer un fort levier d'action, par exemple en utilisant ces voix pour promouvoir la nécessité d'un meilleur programme de lutte anti-infectieuse, en se concentrant sur les préoccupations des patients (par exemple, des hôpitaux insalubres, des parents ayant souffert d'une infection nosocomiale ayant affecté leur qualité de vie) - positionner la lutte anti-infectieuse comme une obligation morale. • Établir des liens et promouvoir l'intégration, par exemple avec la RAM, avec d'autres directions (comme la direction des soins infirmiers), avec la sécurité des patients, la gestion de la qualité, les soins maternels et néonataux. • L'intégration est essentielle et peut être renforcée par une planification/budgétisation conjointe, des réunions d'examen conjointes, un suivi conjoint et un encadrement bienveillant. Commencez à réfléchir à la manière de lier les performances en matière de lutte anti-infectieuse à d'autres systèmes de gestion des performances de l'établissement de santé ou du personnel, par exemple l'évaluation. 	<p>Obtenir le soutien des dirigeants de manière progressive « Au début, il était difficile d'obtenir un appui pour le programme de lutte anti-infectieuse. Je voulais lancer un programme de lutte anti-infectieuse, mais je devais trouver un moyen de constituer une équipe, progressivement, au fil du temps. Finalement, j'ai retenu trois employés engagés et j'ai convaincu la direction de l'hôpital de soutenir ma formation APSIC (Asia-Pacific Society of Infection Control). J'ai ensuite travaillé avec une personne ayant une expérience en biostatistique pour commencer à recueillir des données et créer un système de surveillance, ainsi qu'avec un ingénieur en environnement pour soutenir davantage les activités de lutte anti-infectieuse. Pour conserver le soutien ferme du directeur de l'hôpital, nous avons dû montrer les données et ce dont nous avons besoin. Au début, il était difficile de recruter des infirmières spécialisées en lutte anti-infectieuse, cette dernière n'étant pas un domaine reconnu et les infirmières préféraient travailler à la clinique plutôt que cette unité (en partie aussi à cause des différences de salaire). Pendant deux ans, nous avons sensibilisé le personnel à la lutte anti-infectieuse, et avons régulièrement formé d'autres personnes. Nous disposons désormais d'un service de lutte anti-infectieuse dans un hôpital de 650 lits. Le service est dirigé par un médecin spécialisé dans les maladies infectieuses et soutenu par une équipe d'infirmières spécialisées en lutte anti-infectieuse. Notre service fait également partie du groupe consultatif sur la lutte anti-infectieuse du ministère de la Santé et du programme des hôpitaux modèles ». Vietnam</p> <p>Obtenir le soutien des dirigeants grâce aux données « Les responsables doivent comprendre l'importance de la lutte anti-infectieuse, sa capacité à améliorer la sécurité des patients et à accroître le rapport coût/efficacité, et cela passe par des données et des interventions reposant sur des bases factuelles. L'infirmier chargé de la lutte anti-infectieuse a continué à continuer à faire la promotion de cet aspect auprès des responsables lorsqu'il en avait l'occasion et, petit à petit, les gens l'ont remarqué. Cela a demandé beaucoup d'efforts et de persévérance. Nous organisons des réunions mensuelles autour de la question de la lutte anti-infectieuse auxquelles participent la direction de l'hôpital, le microbiologiste, les médecins spécialisés dans les maladies infectieuses et les infirmières pour examiner les données, et nous tenons la direction de l'hôpital informée par des courriels réguliers. Puis nous avons plaidé pour une petite ligne budgétaire. Il ne faut pas grand-chose pour démarrer un bon programme de lutte anti-infectieuse. Nous avons utilisé le cas de l'hygiène des mains pour plaider en faveur de l'importance de l'utilisation régulière de savon et d'eau et de ressources pour des stratégies multimodales visant à améliorer le changement de comportement ». Pakistan</p> <p>Obtenir le soutien des dirigeants en s'appuyant sur de petits projets de recherche « Nous avons participé à des recherches sur les infections du site opératoire, ce qui a contribué à sensibiliser à l'importance de la lutte anti-infectieuse. Nous avons organisé des réunions régulières sur la sécurité des patients avec les cadres supérieurs et avons discuté de l'importance de la lutte anti-infectieuse chaque fois que nous le pouvions. Grâce à cette participation à la recherche et aux efforts intensifs de sensibilisation, nous avons créé un comité de lutte anti-infectieuse qui a continué à promouvoir les interventions de l'étude et a travaillé sur des questions liées aux ressources telles que l'installation de distributeurs d'antiseptiques à base d'alcool dans tout l'hôpital et la formation du personnel hospitalier ». Kenya</p> <p>Obtenir le soutien des dirigeants en intégrant la lutte anti-infectieuse à la sécurité des patients « Notre hôpital a été le premier en Argentine à avoir un programme de lutte anti-infectieuse (depuis 1970). Nous avons fait valoir la nécessité d'un programme de lutte anti-infectieuse auprès de la direction comme la priorité numéro un en matière de sécurité des patients et une obligation morale importante. Tous les médecins spécialisés en maladies infectieuses ont des activités épidémiologiques de lutte anti-infectieuse, la gestion des antibiotiques et la surveillance des micro-organismes multirésistants. Nous avons deux infirmières certifiées en maladies infectieuses ainsi que cinq médecins responsables de la lutte anti-infectieuse et de l'épidémiologie ; notre chef est un médecin spécialisé dans les maladies infectieuses. Nos autorités ont appris que la sécurité est une priorité dans notre hôpital, c'est une obligation morale ». Argentine</p> <p>Obtenir le soutien des dirigeants en impliquant les groupes de patients « L'un des principaux défis est la communication et la volonté politique. Nous avons réussi à y remédier à travers les associations de patients qui ont entrepris des activités de sensibilisation et d'information des agents de santé sur la lutte anti-infectieuse ». Burkina Faso</p>

Obstacle potentiel	Solution/s éventuelle/s	Exemples de mise en œuvre
<p>Expertise en matière de lutte anti-infectieuse et de mise en œuvre disponible (quoique limitée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchissez à la manière de renforcer les capacités du point focal et de l'équipe chargée de la lutte anti-infectieuse en explorant les formations disponibles dans le pays ou au niveau international (des ressources en ligne peuvent être disponibles). • Adoptez une approche progressive. Obtenez des agents de santé qu'ils consacrent 1 à 2 jours à la lutte anti-infectieuse dans un premier temps, commencez avec un petit groupe de personnel engagé, puis développez et élargissez l'équipe. • Prenez contact avec les responsables du ministère de la Santé chargés de la lutte anti-infectieuse, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ; et de la résistance aux antimicrobiens, s'il en existe, ou de la santé publique, afin de déterminer s'il existe déjà des possibilités de formation ou de transfert de connaissances. • Envisagez le recours à des infirmières/praticiennes de liaison – commencez par un petit nombre et développez progressivement votre expertise. • Connectez-vous à la communauté nationale (si elle existe) ou internationale de lutte anti-infectieuse pour savoir si d'autres personnes dans une position similaire peuvent partager des idées et des leçons apprises. N'oubliez pas non plus de chercher à savoir si d'autres équipes de votre établissement ont déjà essayé de mettre en œuvre des directives ou des innovations - vous pourriez en tirer des leçons précieuses dans votre parcours de mise en œuvre de du programme de lutte anti-infectieuse. 	<p>Tirer parti de l'engagement politique pour répondre aux besoins en ressources humaines « Pour mettre en place un programme/du personnel dédié à la lutte anti-infectieuse, le ministère de la Santé a travaillé avec les établissements de soins pour convaincre les dirigeants de la nécessité de disposer de personnes de référence en matière de lutte anti-infectieuse dans chaque département qui pourraient y consacrer 1 à 2 jours par semaine ». Ghana</p> <p>Contact avec des collègues à un stade similaire de mise en œuvre à travers le monde Le module d'apprentissage IPC/WASH du Laboratoire mondial d'apprentissage de l'OMS permet d'entrer en contact avec des collègues se trouvant à un stade similaire de mise en œuvre et de partager des exemples de réussite dans la résolution des problèmes. Le module d'apprentissage IPC/WASH offre un espace sûr pour poser des questions et exploiter l'expertise existante (voir l'encadré 7 et les outils et ressources).</p>
<p>Ressources financières limitées/ infrastructure disponible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la mise en place initiale d'un programme de lutte anti-infectieuse, il faudra du temps pour obtenir le « matériel » nécessaire, tel qu'un bureau, un espace de travail et tout autre équipement nécessaire. Certains établissements ont résolu ce problème en partageant ces ressources avec des programmes spécialisés déjà établis. 	<p>Mesures provisoires pour remédier au manque d'équipement pour le programme de lutte anti-infectieuse</p> <p>« Dans certains hôpitaux, il n'est pas toujours facile de disposer d'un équipement spécifique pour des programmes particuliers. Nous avons du mal à trouver des bureaux et des ordinateurs pour que notre équipe en charge de la lutte anti-infectieuse puisse mener à bien ses activités. Nous avons essayé de partager l'espace avec l'unité d'éducation sanitaire et l'unité de diabétologie, mais cela reste limité (par exemple, un seul ordinateur partagé par les trois unités). Cependant, l'expansion des installations est prévue à l'avenir et davantage d'espace et d'équipement pourraient être disponibles ». Sri Lanka</p> <p>La production locale pour pallier le manque d'approvisionnement du programme de lutte anti-infectieuse</p> <p>« Notre service de chirurgie a décidé de mettre en place une stratégie multimodale pour réduire les infections du site opératoire car cela semblait être une complication postopératoire permanente. L'équipe locale a identifié la désinfection du site opératoire parmi les mesures de prévention prioritaires à améliorer. Le personnel a suivi un cours de recyclage sur les meilleures pratiques pour cette procédure, mais l'établissement utilisait un désinfectant (un produit iodé aqueux) qui n'était pas considéré comme d'une efficacité optimale pour cette procédure. La norme est une préparation à base de chlorhexidine et d'alcool, qui n'était pas disponible dans notre établissement et dont l'achat sur le marché était onéreux. Nous avons contacté le bureau de l'OMS pour savoir s'il aurait été possible de produire localement une préparation similaire à celle de l'OMS pour les désinfectants à base d'alcool pour l'hygiène des mains. On nous a donné une formule pour fabriquer localement une préparation de chlorhexidine à base d'alcool et notre pharmacie l'a produite à faible coût. Ainsi, nous avons pu améliorer la performance de la préparation du site opératoire selon les normes internationales, ainsi que d'autres mesures clés pour la prévention des infections sur le site opératoire ». Ouganda</p>

3. L'infirmière/praticienne de liaison est une ressource de l'unité ou du service qui assure la liaison avec l'équipe de lutte anti-infectieuse. Son rôle est de promouvoir la lutte anti-infectieuse, de sensibiliser au niveau de l'unité ou du service et de soutenir l'équipe chargée de la lutte anti-infectieuse dans ses activités visant à améliorer les pratiques.

Encadré 7. Le module d'apprentissage IPC et WASH de l'OMS

Le module d'apprentissage IPC et WASH de l'OMS est un forum pour le partage des expériences de première ligne dans le domaine de la lutte anti-infectieuse et des services WASH dans le contexte de l'amélioration de la qualité et de la couverture sanitaire universelle (CSU). Il est conçu pour soutenir et faciliter la mise en œuvre des lignes directrices, des recommandations, des normes et de la responsabilité en matière de lutte anti-infectieuse et de WASH en favorisant des discussions ciblées et un apprentissage qui soutient le changement. Le module permet des « plongées en profondeur » dans les questions relatives à la lutte anti-infectieuse et aux services WASH pour faciliter l'apprentissage. Il contribue à la prestation des services de santé nécessaires à une couverture sanitaire universelle de qualité. Le contenu du module IPC et WASH est piloté par les membres qui fixent l'ordre du jour des discussions et des activités qui s'y déroulent. Il abrite également des ressources qui ne sont pas actuellement disponibles ou accessibles via des sites web, notamment des directives nationales et des manuels de politique. Rejoignez le Laboratoire mondial d'apprentissage de l'OMS et accédez au module d'apprentissage IPC/WASH (disponible sur : <http://www.who.int/service-delivery-safety/areas/qhc/schematic-GLL.pdf?ua=1>).



OUTILS ET RESSOURCES

Plaidoyer :

- Infographie sur la lutte anti-infectieuse (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/HAI-Infographic.pdf?ua=1> consulté le 3 avril 2018)
- Infographie IPC/WASH/AMR (http://www.who.int/water_sanitation_health/facilities/amr-ipc-wash-flyer-nov16.pdf consulté le 3 avril 2018)
- Résumé visuel des composantes essentielles (http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/ipc-cc_visual.pdf?ua=1 consulté le 3 avril 2018)
- Résumé de deux pages des composantes essentielles (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-cc-summary.pdf?ua=1> consulté le 3 avril 2018)
- Ressources vidéo de l'OMS : Healthcare without avoidable infection – people's lives depend on it (<https://www.youtube.com/watch?v=K-2XWtEjfl8&app=desktop> consultée le 3 avril 2018)
- Vidéo de sensibilisation de l'OMS sur les principales composantes dans le cadre de la lutte anti-infectieuse (<https://www.youtube.com/watch?v=LZapz2L6J1Q&feature=youtu.be> (en anglais), consultée le 3 avril 2018)
- Vidéo de formation de l'OMS au leadership en matière de lutte anti-infectieuse (<https://www.youtube.com/watch?v=92bF-MeS35vA&feature=youtu.be> consultée le 3 avril 2018)
- Manuels de l'OMS : Health care without avoidable infections: the critical role of infection prevention and control: (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-role/en/> consulté le 3 avril 2018)
- Affiche sur la lutte anti-infectieuse/l'hygiène des mains et la RAM à l'intention des administrateurs principaux et administrateurs d'hôpitaux (<http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/poster-ceoLIC.pdf?ua=1> consulté le 3 avril 2018)
- Affiche sur la lutte anti-infectieuse/l'hygiène des mains et la RAM à l'intention des agents de santé (<http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/poster-ceoLIC.pdf?ua=1> consulté le 3 avril 2018)
- Stratégie d'amélioration multimodale de l'OMS (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-cc-mis.pdf?ua=1> consulté le 3 avril 2018)
- Mémoire sur la participation des décideurs nationaux (<http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/>

clean-hands/campaign_policymakers.pdf?ua=1 consulté le 3 avril 2018

- Se servir d'une épidémie pour susciter le changement : mettre en place un programme de lutte anti-infectieuse en partant de zéro (la Barbade) (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=41927&lang=en consulté le 3 avril 2018)
- Vies parallèles - accoucher sans WASH/IPC (<https://www.youtube.com/watch?v=pz84KiKAKPs> consulté le 3 avril 2018)
- Sauvez des vies : pratiquez l'hygiène des mains: Boîte à outils pour le plaidoyer de la campagne mondiale annuelle de l'OMS (http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5may_advocacy-toolkit.pdf?ua=1 consulté le 3 avril 2018)
- Vidéo de sensibilisation à l'hygiène des mains OMS. Sauvez des vies : pratiquez l'hygiène des mains 2015 <https://www.youtube.com/watch?v=u3ZyHczEQV8&feature=youtu.be>
- OMS Mains sûres en chirurgie : Le parcours d'un patient <https://www.youtube.com/watch?v=H1COK9QA3JY&feature=youtu.be>
- OMS. Lutte contre la résistance aux antibiotiques : c'est entre vos mains <https://www.youtube.com/watch?v=kwJDHw6gm8E&feature=youtu.be>
- Outils pour le climat de sécurité institutionnel (y compris des lettres types) http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/safety_climate/en/

Argumentaire d'investissement

- Simulateur de coûts des infections nosocomiales de l'Association des professionnels de la lutte contre les infections et de l'épidémiologie (APIC) - (<http://www.apic.org/Resources/Cost-calculators> consulté le 3 avril 2018)
- Combien les superbactéries coûtent-elles aux hôpitaux australiens ? Un outil en libre accès fondé sur des données probantes (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468045117302274> consulté le 3 avril 2018)
- Modèle de plan de lutte contre les infections associées aux soins de santé des États – CDC (<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/stateplans/ga.pdf> consulté le 3 avril 2018)
- Exemple de plan de lutte anti-infectieuse (Montana State Hospital, États-Unis d'Amérique [E-U]) (<https://dphhs.mt.gov/Portals/85/amdd/documents/MSH/volume1/infectioncontrol/InfectionPreventionAndControlPlan.pdf> consulté le 3 avril 2018)

- oRoyal College of Nursing (Royaume-Uni) (2012) Le rôle de l'infirmière de liaison dans la lutte anti-infectieuse (IPC) : élaboration d'un cadre pour l'infirmière de liaison (<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-004310> consulté le 3 avril 2018)

Facilitateurs et obstacles

- Feuille de travail : Questions pour guider l'évaluation des facilitateurs et des obstacles dans la boîte à outils RNAO : mise en œuvre des directives de meilleures pratiques Deuxième édition 2012 (<http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition> consulté le 3 avril 2018)
- Outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT) : Guide pratique d'amélioration de la qualité des soins grâce aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en/ consulté le 3 avril 2018)
- Plans d'action nationaux sur la RAM (<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/national-action-plans/en/> consulté le 3 avril 2018)

Direction de la lutte anti-infectieuse

- Formation de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse. Module sur les compétences de direction (comprenant les compétences de direction proprement dites, la mise en œuvre et l'amélioration de la qualité, les composantes essentielles et les stratégies multimodales, la gestion de projet et la gestion des conflits, l'apprentissage des adultes) (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> consulté le 3 avril 2018)
- Modules d'apprentissage en ligne de l'OMS sur les compétences de direction, la mise en œuvre et l'amélioration de la qualité, les composantes essentielles et les stratégies multimodales, la gestion de projet et la gestion des conflits, l'apprentissage des adultes. (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> consulté le 3 avril 2018)
- Un leader mondial parle des infections du site chirurgical et de la RAM (<https://youtu.be/wf6MY15IKPg> consulté le 3 avril 2018)

Soutien par les pairs

- Global Learning Laboratory for UHC – IPC/WASH Learning Pod (<https://extranet.who.int/dataform/848962?lang=en> consulté le 7 avril 2018)

Parties prenantes

- Outil de cartographie des parties prenantes (<https://www.k4health.org/toolkits/research-utilization/fhi-360-stakeholder-analysis-tool> consulté le 3 avril 2018)
- Feuille de travail du scénario sur les parties prenantes dans la boîte à outils RNAO : mise en œuvre des lignes directrices sur les meilleures pratiques. Deuxième édition 2012 (<http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition> consulté le 20 avril 2018)
- Alliance internationale des organisations de patients (<https://www.iapo.org.uk/> consulté le 3 avril 2018)

ÉTAPE 1 LISTE DE CONTRÔLE

À la fin de l'étape 1, vous devrez avoir réalisé les points suivants :

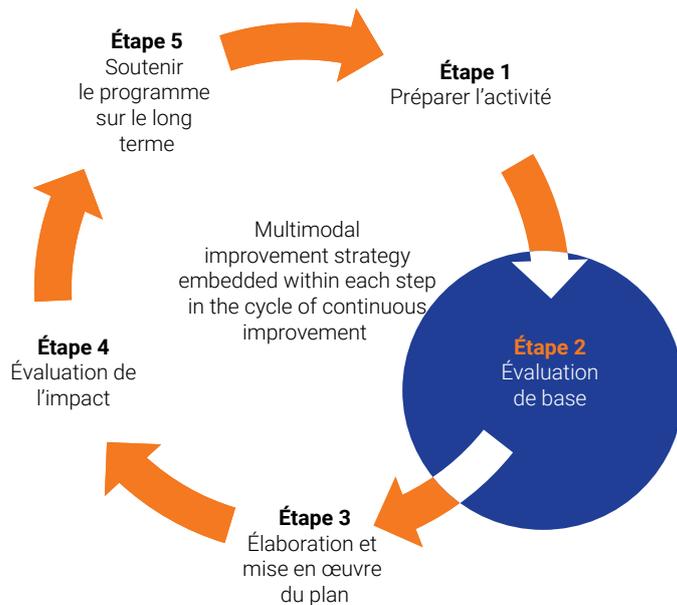


1.	Familiarisez-vous avec les recommandations de la ligne directrice sur les principales composantes	<input type="checkbox"/>
2.	Préparez un « texte » ou des points clés pour guider les discussions avec la direction (en utilisant les figures 2 et 3).	<input type="checkbox"/>
3.	Dressez une liste précise des principales parties prenantes qui seront concernées, en fonction du contexte local	<input type="checkbox"/>
4.	Collecte de toutes les évaluations/rapports et données antérieures qui traitent de la lutte anti-infectieuse	<input type="checkbox"/>
5.	Recherche de toute possibilité d'intégration de la lutte anti-infectieuse aux activités en cours de l'établissement de soins, par exemple à la RAM, etc.	<input type="checkbox"/>
6.	Liste de tous les groupes de patients ou de la société civile qui existent et qui pourraient soutenir le plaidoyer en faveur de la lutte anti-infectieuse.	<input type="checkbox"/>
7.	Tenue d'une série de réunions de plaidoyer avec les dirigeants, les principales parties prenantes et les champions/les leaders d'opinion en utilisant le scénario type (Figure 3).	<input type="checkbox"/>
8.	Obtenir le soutien verbal et écrit de la direction en faveur de la lutte anti-infectieuse	<input type="checkbox"/>
9.	Identification d'un responsable/point focal et d'une équipe chargée de la lutte anti-infectieuse, avec l'appui des responsables des établissements de soins	<input type="checkbox"/>
10.	Identification des ressources humaines et financières possibles pour soutenir et pérenniser l'activité (si nécessaire).	<input type="checkbox"/>



ÉTAPE 2
ÉVALUATION
DE BASE

ÉTAPE 2 ÉVALUATION DE BASE



L'importance de mener une évaluation de base

- Dans cette étape, il s'agit de mener une évaluation de base pour mieux comprendre la situation de la lutte anti-infectieuse actuelle dans votre établissement, en identifiant notamment les forces et faiblesses existantes. Afin d'améliorer continuellement la qualité, il est essentiel de mener une évaluation de base (et de renouveler régulièrement cette évaluation).
- L'évaluation aide à créer un sentiment d'urgence pour apporter les changements nécessaires à

l'amélioration de la lutte anti-infectieuse, en prenant en compte les risques du moment, les besoins réels et les ressources disponibles.

- L'évaluation permet aussi d'identifier les forces existantes et de faire le point sur les accomplissements réalisés jusqu'à présent pour convaincre les preneurs de décision qu'il est possible de réussir et d'évoluer.
- En utilisant un outil validé (MEPCI de l'OMS), vous vous assurez que les informations réunies sont cohérentes et viendront soutenir l'amélioration. Le MEPCI a été mis au point notamment dans l'objectif

de mesurer la situation des établissements de santé par rapport aux recommandations des lignes directrices sur les principales composantes.

- Outre le MEPCI, il serait idéal de mener des évaluations supplémentaires sur la lutte anti-infectieuse en utilisant d'autres outils fiables (par exemple, le HHSAF de l'OMS et/ou les outils d'observation des pratiques de la lutte anti-infectieuse énumérés dans la section des outils et ressources.) Il est important d'utiliser toutes les données pertinentes disponibles (par exemple, les données réunies en utilisant l'outil WASH FIT ou pendant une flambée épidémique).
- L'outil WASH FIT complète le MEPCI et fournit des informations plus précises sur l'espace bâti.
- WASH FIT est une démarche axée sur les risques dont l'objectif est d'améliorer et d'appuyer l'outil WASH, l'infrastructure de la gestion des déchets sanitaires et les services dans les installations des pays à revenu faible ou moyen.
- WASH FIT est un outil d'amélioration devant être utilisé de manière continue et régulière pour aider le personnel et les administrateurs des établissements de santé à donner la priorité aux services, à les améliorer et à fournir des informations aux efforts plus larges menés aux niveaux des quartiers, régional et national pour améliorer la qualité des soins de santé. Le guide WASH FIT contient des orientations pratiques indiquées étape par étape et des outils pour évaluer et améliorer les services (voir les outils et ressources).
- Le processus à proprement parler qui consiste à mener une évaluation initiale, comme, par exemple, en rencontrant des responsables de services d'hospitalisation et de services pour échanger sur l'évaluation et en répondant aux questions, facilite également les actions de sensibilisation et est l'occasion de renforcer l'implication des partenaires clés.

CONSEILS PRATIQUES, PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ET ACTIONS



À propos du MEPCI

- Le MEPCI est un outil d'évaluation structuré, fermé et pourvu d'un système de notation qui lui est associé.
- Il s'agit d'un outil de diagnostic servant à évaluer vos activités/ressources existantes dans le cadre de la lutte anti-infectieuse et à identifier les forces et lacunes qui éclaireront l'étape 3 et aideront à établir des priorités.
- Il comprend huit sections reflétant les huit principales composantes et répond à un total de 81 indicateurs structurés sous la forme de questions avec des réponses définies et un score correspondant.
- En fonction du score général obtenu dans les huit sections, l'un des quatre niveaux de promotion et de mise en pratique de la lutte anti-infectieuse est attribué à l'établissement (encadré 8).
- L'outil peut être soit auto-géré au niveau de l'établissement, c'est-à-dire rempli par le point focal/responsable de la lutte anti-infectieuse et l'équipe, ou avec l'aide de collègues du ministère de la Santé et/ou des organisations partenaires.
- La valeur du MEPCI est qu'il a été mis au point en particulier pour évaluer la mise en œuvre de ce qui est considéré comme étant les principales composantes des programmes efficaces de lutte anti-infectieuse selon les recommandations internationales. Toutefois, il existe des outils supplémentaires, qualitatifs et quantitatifs qui peuvent être utilisés pour fournir des informations précieuses sur les pratiques de lutte anti-infectieuse (par exemple, l'hygiène des mains, les précautions standards, les précautions contre la transmission, les ensembles de prévention des infections nosocomiales, la désinfection et la stérilisation), notamment par le biais de l'observation directe.
- Le suivi des pratiques d'hygiène des mains et des infrastructures (dont le suivi de la conformité et la disponibilité des équipements adéquats pour l'hygiène des mains dans le lieu de soins) est aussi considéré comme étant un indicateur clé de la lutte anti-infectieuse (et une forte recommandation sur les lignes directrices des principales composantes) qui devrait être ordonné au niveau national puisqu'il peut indiquer le degré de performance d'un service pour ce qui est de la mise en œuvre de la lutte anti-infectieuse.
- Le MEPCI a été mis à l'essai dans un échantillon de 181 établissements de santé actifs dans 46 pays du monde entier (avec à la fois des ressources faibles et élevées). L'utilisabilité, la fiabilité et la validité de l'attribut ont été évaluées en demandant à deux professionnels de remplir l'outil indépendamment dans chaque service. De nombreux commentaires sur la pertinence et la facilité de compréhension des questions et réponses, ainsi que sur l'outil en général, ont été intégrés dans la version finale.

Avant de vous lancer dans le MEPCI, examinez le tableau contenant les principaux éléments à prendre en considération et les actions requises (tableau 2A).

Tableau 2A Principaux éléments à prendre en considération et actions requises (étape 2)

Principaux éléments à prendre en considération	Mesures clés
Connaître le MEPCI	<ul style="list-style-type: none"> Imprimez le MEPCI (voir les outils et ressources) et consacrez du temps à vous familiariser à son contenu, en particulier, la manière dont l'évaluation est structurée, le système de notation et la signification des indicateurs proposés (encadré 8).
Recommander et promouvoir la valeur du MEPCI	<ul style="list-style-type: none"> Partagez le MEPCI avec l'équipe, le comité de lutte anti-infectieuse et les responsables et dirigeants (par exemple, lors de réunions deux par deux ou en groupe), utilisez l'exemple de script (encadré 9). Si le MEPCI est mené comme une auto-évaluation, mettez en avant que son utilité dépend de s'il a été rempli aussi objectivement et précisément que possible. Expliquez clairement que l'objectif est d'apporter des améliorations et de ne formuler aucun jugement négatif. Par conséquent, l'identification des forces et réussites existantes aidera à instaurer la confiance et à convaincre les preneurs de décision que la réussite et l'évolution sont possibles. Reconnaître de façon honnête les lacunes aidera à créer un sentiment d'urgence pour effectuer les changements nécessaires afin d'améliorer la lutte anti-infectieuse. C'est pourquoi il est important de définir le score qui est correct pour chaque section. Expliquez que le MEPCI sera proposé tous les ans pour vérifier les évolutions réalisées et que, par conséquent, il n'est pas souhaitable d'avoir un score surévalué lors de la phase préliminaire.
Se préparer à remplir le MEPCI : convenir de rôles et de responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> Le MEPCI devrait être rempli par le responsable du modèle en accord avec l'équipe et/ou le comité de la lutte anti-infectieuse. Si une position dirigeante de la lutte anti-infectieuse n'est pas encore établie, une personne avec des compétences en mises en pratique de la lutte anti-infectieuse du ministère de la Santé (au niveau national ou municipal) devrait être consultée pour aider à remplir le modèle avec, si possible, des responsables seniors de l'établissement. Demandez-vous s'il est utile de coordonner l'exécution du MEPCI avec d'autres services pertinents (par exemple, la qualité et la sécurité, WASH, la résistance aux antimicrobiens), cela permettra aussi de s'assurer d'obtenir leur appui dans les travaux d'amélioration généraux dans le cadre la lutte anti-infectieuse. Pensez à vous entourer d'une personne dotée des compétences en informatique pour aider, le cas échéant, à la saisie, l'analyse et la présentation des données. Dans le cas contraire, le cadre d'exécution et le calcul du score peuvent aussi être facilement faits manuellement sur papier. Convenez de la manière et du moment où les résultats seront retransmis et décrivez qui sera le plus en mesure de le faire, en fonction aussi du public cible.
Calendrier de l'exécution	<ul style="list-style-type: none"> Durant les réunions, décidez d'un programme et d'un calendrier pour l'exécution (peut-être un calendrier annuel).
Faciliter la tâche	<ul style="list-style-type: none"> Réunissez toutes les informations nécessaires et identifiez qui a besoin d'être contacté pour aider à remplir les différentes sections. Assurez-vous que toutes les personnes impliquées comprennent en amont les conditions liées au MEPCI ; pour cela, il faut comprendre les principales composantes de la lutte anti-infectieuse de l'OMS. Pensez à rencontrer les infirmières seniors de chaque service (ou leur représentant nommé) pour réaliser ensemble l'évaluation. De cette manière, il peut être possible d'arriver à un consensus sur les réponses apportées aux questions MEPCI et d'obtenir un appui pour la mise au point d'un plan d'action à l'étape 3. Réunissez toutes les évaluations antérieures qui ont été menées et qui sont pertinentes à la lutte anti-infectieuse ; par exemple, les résultats concernant la conformité en termes d'hygiène de mains, la disponibilité des services, l'évaluation de l'état de préparation ou équivalent (SARA), les rapports d'évaluation externe conjointe, les évaluations liées à la résistance aux antimicrobiens, les évaluations WASH et d'autres résultats de suivi des infrastructures.
Finaliser le MEPCI	<ul style="list-style-type: none"> Utilisez le MEPCI imprimé pour réunir vos données et échanger sur les réponses qui conviennent le mieux à votre service pour chacune des huit sections. Choisissez la ou les réponse(s) qui décrivent le plus précisément la situation dans votre service et n'oubliez pas d'être utile et constructif (cette étape fait partie du programme d'amélioration de la lutte anti-infectieuse). Les réponses doivent être aussi précises que possible.
Analyser les résultats	<ul style="list-style-type: none"> En utilisant le tableau de notes, remplissez les notes pour chaque section et calculez votre note générale.
Présenter les résultats	<ul style="list-style-type: none"> Programmez une série de réunions pour fournir des commentaires aux groupes suivants portant sur les résultats en soulignant les forces et les domaines d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> comité de la lutte anti-infectieuse ; cadres supérieurs ; responsables des services cliniques de l'installation ; d'autres services pertinents, par exemple, la qualité et la sécurité, la résistance aux antimicrobiens, WASH. Utilisez l'exemple de présentation (lien disponible dans la section des outils et des ressources). Préparez un rapport court résumant les réalisations et lacunes (voir modèle, annexe 4). Partagez le rapport avec des responsables et dirigeants seniors, des services qui ont participé à l'évaluation et avec d'autres services pertinents.

Table 2A. Key considerations and actions (Step 2) continued

Principaux éléments à prendre en considération	Mesures clés
Commencer à identifier des principales composantes qui ont besoin d'être améliorés	<ul style="list-style-type: none"> • Tout en présentant les résultats, commencez à identifier les principales composantes qui présentent des lacunes (en échange avec le comité de la lutte anti-infectieuse) ; choisissez un élément ou plus à l'étape 3 qui est considéré comme étant urgent à traiter. • Parallèlement, pensez aux ressources et compétences disponibles, aux problèmes urgents devant être traités (par exemple, un type spécifique d'infection devant être traité en raison de sa charge au niveau local), aux possibilités disponibles (par exemple, l'intérêt des partenaires pour soutenir des projets pertinents spécifiques). • Vous pouvez aussi identifier des principales composantes qui sont déjà partiellement mises en œuvre, mais pour lesquelles le score pourrait être amélioré dans des domaines spécifiques.

Encadré 8. Interprétation des scores MEPCI

Note		Interprétation
0-200	Inadéquat	La mise en œuvre des principales composantes de la lutte anti-infectieuse est déficiente. Des améliorations substantielles sont nécessaires.
201-400	Basique	Certains aspects des principales composantes de la lutte anti-infectieuse sont en place, mais ne sont pas suffisamment mis en œuvre. Des améliorations sont encore requises.
401-600	Intermédiaire	La plupart des principales composantes de la lutte anti-infectieuse ont été mis en place de façon adéquate. Il est nécessaire de continuer à améliorer la portée et la qualité de la mise en œuvre et l'approche sur la mise au point de plans sur le long terme pour soutenir et promouvoir encore davantage le programme de lutte anti-infectieuse existant.
601-800	Avancé	Les principales composantes de la lutte anti-infectieuse sont entièrement mises en place conformément aux recommandations de l'OMS et répondent aux besoins de votre établissement.



Plusieurs obstacles peuvent survenir au cours de l'étape 2. Le tableau 2B énumère les obstacles les plus courants auxquels les responsables de lutte anti-infectieuse ont été confrontés lors de la mise en œuvre, et propose quelques solutions possibles. Si ces obstacles et solutions s'appliquent à tous les établissements, les exemples de mise en œuvre fournis se concentrent (mais pas exclusivement) sur les configurations à faibles ressources.

Tableau 2B. Surmonter les possibles obstacles et défis (étape 2)

Obstacle potentiel	Solution éventuelle	Exemples de mise en œuvre
Difficultés pour obtenir un appui dans le cadre du processus du MEPCI	<ul style="list-style-type: none"> Certains responsables devront être convaincus que le MEPCI sera utilisé dans une démarche d'amélioration pour générer des résultats concrets. Il est important que le MEPCI soit positionné en tant qu'outil de diagnostic essentiel qui facilitera la mise au point d'un plan d'action clair. Utilisez le script (encadré 9) pour a) guider les discussions initiales avec les responsables de l'établissement ou b) mettre au point des e-mails ou autres communications écrites sur le MEPCI. Modifiez le script en fonction de votre situation locale. Pensez à utiliser des exemples d'évaluations réussies pour mettre en avant leur valeur en tant que moteur d'amélioration, comme par exemple, le HHSAF de l'OMS. 	<p>Se baser sur des réussites précédentes d'évaluation : le modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains (HHSAF)</p> <p>« Le HHSAF a su guider la sensibilisation sur l'importance de l'amélioration de l'hygiène des mains et le besoin d'agir. Les résultats ont débouché sur une démarche multimodale devant être mise en œuvre et se concentrant au départ sur la prise en main des infrastructures dans les domaines clés, puis suivie par la mise au point d'un programme de formation. » Mozambique</p>
“Fatigue de l'évaluation”	<ul style="list-style-type: none"> Présenter l'évaluation comme une façon d'atteindre d'autres objectifs, par exemple, la résistance aux antimicrobiens, WASH, etc., et chercher à la mener avec d'autres exercices d'évaluation. Utiliser votre « script » de la vision de la lutte anti-infectieuse pour mettre en avant le degré d'importance de cette évaluation pour ce qui est de la sécurité des patients, la santé publique, etc. 	<p>Le rôle des infirmières de liaison pour dépasser la fatigue liée à la campagne et à l'évaluation</p> <p>« La fatigue liée à la campagne, dont le suivi de la conformité des règles de l'hygiène des mains dans tout l'établissement, surveillé par les infirmières de lutte anti-infectieuse, était évidente dans un hôpital de Hong Kong après quatre ans d'activités de promotion intenses et variées. Une nouvelle stratégie innovante a été mise au point et implique directement les infirmières cliniques de chaque service qui ont été recrutées pour établir des contacts avec l'équipe de lutte anti-infectieuse (contrôle de l'infection par les infirmières de liaison). Les infirmières de liaison ont joué un rôle majeur pour promouvoir et suivre les pratiques d'hygiène des mains (notamment en utilisant une liste de contrôle pour vérifier la conformité à l'hygiène des mains durant leur routine quotidienne) au niveau des services. La nouvelle stratégie a réussi à accroître de manière générale la conformité à l'hygiène des mains de 50 % à 83 %. » Hong Kong, région administrative spéciale, Chine</p>
Manque de compétences disponibles en matière de lutte anti-infectieuse au niveau national pour les méthodes d'évaluation et d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les responsables potentiels en matière de lutte anti-infectieuse des établissements de santé et développer leurs compétences par le biais d'une formation systématique et d'un programme de renforcement des compétences en utilisant un mélange de modules de formation de l'OMS et de contenus d'apprentissage électronique ou d'autres programmes agréés pour la lutte anti-infectieuse. Les jumelages sont aussi une solution aux compétences limitées qui existent dans certains établissements de santé. 	<p>Soutien national pour un groupe de praticiens avancés en matière de lutte anti-infectieuse basés en établissement</p> <p>« Dans plusieurs pays, les connaissances locales en lutte anti-infectieuse dans les établissements et spécialisées dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité ont été réunies par le biais d'un appui à une démarche au niveau national pour l'amélioration de la lutte anti-infectieuse. » Libéria, Sénégal</p> <p>Recours aux jumelages entre hôpitaux pour appuyer l'évaluation et l'amélioration</p> <p>« Une évaluation situationnelle a été mise en œuvre pour fournir des informations sur la planification stratégique d'un nouveau jumelage entre un hôpital au Libéria et un autre au Japon afin de mener des travaux d'amélioration. L'évaluation a permis aux partenaires d'acquiescer des connaissances plus approfondies sur les facteurs influençant la qualité et la sécurité de la lutte anti-infectieuse, ce qui a constitué un aspect déterminant de l'évaluation. Une démarche de partenariat qui a été entreprise a aussi permis de partager le savoir-faire et de co-développer des solutions. » Libéria-Japon</p>
Défis dans l'adaptation locale	<ul style="list-style-type: none"> Commencer à petite échelle : faire fond sur les principes de recueil de données existants et introduire progressivement le concept d'audit et de formulation de retours. 	<p>Intégrer l'audit et les retours dans les routines quotidiennes</p> <p>« L'adaptation locale fera toujours preuve de lacunes. Les agents de santé ne sont pas habitués au climat d'audit et de retours. Ils ont le sentiment qu'il s'agit d'actions punitives (c'est-à-dire à la recherche de coupables), et ont résisté à sa mise en œuvre. Nous avons essayé d'adapter cette intervention à notre contexte local en commençant par le suivi des données (le point problématique) et à sensibiliser lentement au besoin d'audit et de retours. » Sri Lanka</p>

EXEMPLE DE SCRIPT POUR ORIENTER LES DISCUSSIONS SUR LE MEPCI

Le script de l'encadré 9 fournit un ensemble de points d'échange possibles pouvant être modifiés selon vos circonstances locales.

Encadré 9. Exemple d'échantillon pour introduire le MEPCI

- Comme vous le savez, notre établissement de santé (insérer le nom) vient de lancer un programme au sujet de l'amélioration continue de la lutte anti-infectieuse.
- Je tiens à vous remercier personnellement de l'engagement dont vous avez fait preuve jusqu'à présent envers ces travaux. Notre leadership (insérer le nom) de l'installation de soins de santé appuie vivement l'amélioration de la lutte anti-infectieuse, et le comité/l'équipe de lutte anti-infectieuse et moi-même sommes très engagés et motivés pour mener et contribuer à la réussite de cet effort.
- Les mois derniers, nous avons travaillé sur l'ensemble des spécialités pour préparer les bases de cette amélioration et sommes maintenant à l'étape visant à entreprendre une évaluation de référence de notre établissement pour obtenir une idée précise de la situation en matière de la lutte anti-infectieuse dans notre hôpital.
- Nous utiliserons l'outil MEPCI validé par l'OMS pour cette évaluation et nous pourrions aussi formuler des observations directes sur l'hygiène des mains et d'autres pratiques menées dans le cadre de la lutte anti-infectieuse.
- L'outil MEPCI a été mis au point avec des données apportées par des experts du monde entier et a été largement testé dans de nombreux pays.
- Ayant revu l'outil (le joindre à cet e-mail/note OU fournir un exemplaire imprimé si en présentiel), j'ai entièrement confiance en ce que l'information fournie nous aidera à renforcer tous les aspects de la lutte anti-infectieuse et nous guidera dans la mise au point d'un plan d'action ciblé et durable. Il nous aidera aussi à mettre en avant que nous sommes un établissement de santé fournissant des soins de qualité, ce qui pourra aider à obtenir la certification.
- Il est facile à remplir. Toutefois, pour réunir des données précises, je pourrais devoir échanger sur certaines sections avec des collègues de l'établissement. Veuillez noter que ces informations sont à des fins d'usage interne, et non à des fins de suivi par le gouvernement ou l'OMS, mais nous pourrions saisir cette occasion pour présenter notre évolution lors de réunions à venir se tenant en dehors de notre établissement.
- Nous commencerons les évaluations au mois de (insérer le mois). J'attends votre coopération et appui.
- Merci encore pour votre appui dans le cadre de la lutte anti-infectieuse, nous vous maintiendrons informés et partagerons les résultats de cette évaluation importante.

OUTILS ET RESSOURCES PROPOSÉS

Sensibiliser

- Vidéo de sensibilisation de l'OMS sur les principales composantes dans le cadre de la lutte anti-infectieuse (<https://www.youtube.com/watch?v=LZapz2L6J1Q&feature=youtu.be> (en anglais), dernier accès le 3 avril 2018)
- Le HHSAF de l'OMS mis au point par le Professeur Didier Pittet (https://www.youtube.com/watch?v=wEpX_V3bBF0 (en anglais), dernier accès le 3 avril 2018)

Évaluation

- Le MEPCI de l'OMS (inclut tous les documents dont il est fait référence dans le MEPCI) (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> (en anglais), dernier accès le 2 mai 2018)
- Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins de l'OMS. https://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_modele_feb11_fr.pdf, dernier accès le 3 avril 2018)
- Outils de l'OMS pour évaluer et obtenir des retours sur l'hygiène des mains (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene-evaluation_feedback/en/, dernier accès le 4 avril 2018)
- SARA (http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/, dernier accès le 4 avril 2018)
- Outil d'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé (WASH FIT). https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en/ – en anglais –, dernier accès le 3 avril 2018)
- L'initiative WASH dans les établissements de santé, questions et indicateurs de suivi essentiels (<https://www.washin-hcf.org/documents/161125-FINAL-WASH-in-HCF-Core-Questions.pdf>, dernier accès le 3 avril 2018)
- Outils de sécurité des injections pour obtenir des évaluations et des retours (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene-evaluation_feedback/en/ – en anglais –, dernier accès le 3 avril 2018)

- Manuel de l'évaluation de la sécurité des patients dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS (http://applications.emro.who.int/dsaf/emro-pub_2011_1243.pdf?ua=1 – en anglais –, dernier accès le 3 avril 2018)

Orientations, politiques/normes sélectionnées

- Lignes directrices de l'OMS sur les principales composantes des programmes de lutte anti-infectieuse au niveau national et des établissements de soins de courte durée (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/> – en anglais –, dernier accès le 3 avril 2018)
- Lignes directrices sur l'hygiène des mains dans les soins de santé (http://www.who.int/infection-prevention/publications/hh_evidence/en/ – en anglais –, dernier accès le 4 avril 2018)
- Directives mondiales sur la prévention des infections liées au site opératoire. <https://www.who.int/infection-prevention/publications/ssi-guidelines/en/> – en anglais –, dernier accès le 3 avril 2018)
- Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes, *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa*, dans les installations de soins de santé (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/3-eng.pdf?sequence=2018> – en anglais –)
 - o Preuves, lignes directrices et publications sur la sécurité des injections (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/injection-safety/en/> – en anglais –, dernier accès le 4 avril 2018)
 - o Décontamination et retraitement par l'OMS des appareils médicaux pour les installations de soins de santé (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/> – en anglais –, dernier accès le 4 avril 2018)

Présentation des données

- Modèle des diapositives de la présentation des exemples de résultats du MEPCI (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> – en anglais –, dernier accès le 2 mai 2018)
- Rapport du modèle (annexe 4)

Partenariats

- Jumelages pour l'amélioration (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/twinning-partnerships/en/> – en anglais –, dernier accès le 3 avril 2018)
- Partenariats pour une prestation plus sûre des services de santé : évaluation des partenariats africains de l'OMS pour

la sécurité des patients 2009 – 2014 (<http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/evaluation-report.pdf> – en anglais –, dernier accès le 4 avril 2018)

Publications sélectionnées

- Stewardson AJ, Allegranzi B, Perneger TV, Attar H, Pittet D. Testing the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework for usability and reliability. *J Hosp Infect.* 2013;83: 30–5.
- Situational assessment report: quality improvement and patient safety – Tellewoyan Memorial Hospital and Lofa County Health System. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253523/1/9789241511872-eng.pdf?ua=1> accessed 4 April 2018). oWHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework global survey summary report (2012) (http://www.who.int/gpsc/5may/-summary_report_HHSAF_global_survey_May12.pdf?ua=1 accessed 3 April 2018)
- oWHO Summary report: Hand Hygiene Self-Assessment Framework survey 2015/2016 (<http://www.who.int/gpsc/5-may/hand-hygiene-report.pdf> accessed 3 April 2018)



LISTE DE POINTS À VÉRIFIER, ÉTAPE 2

À la fin de l'étape 2, vous devrez avoir réalisé les points suivants :

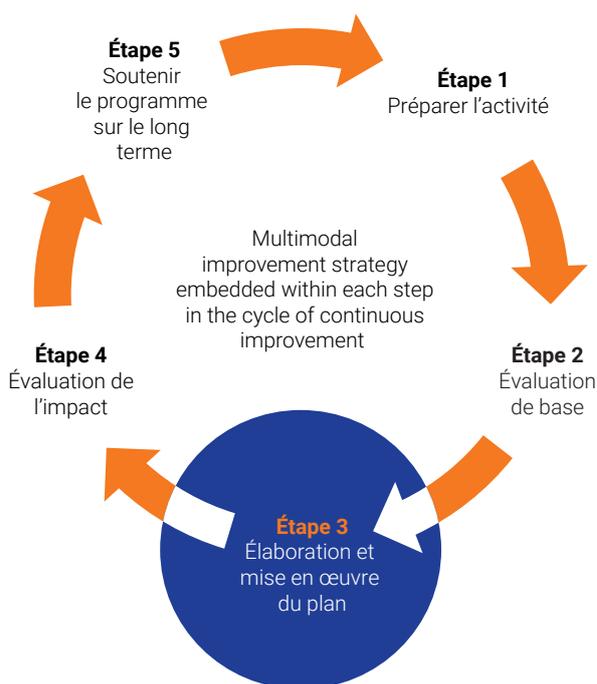


1. Vous être familiarisé, ainsi que votre équipe, au MEPCI.
2. Avoir communiqué avec les parties prenantes et leaders clés sur le plan à mettre en place pour entreprendre le MEPCI.
3. Avoir décidé qui réunira les données ainsi qu'une date de fin d'exécution.
4. Avoir réuni les informations et finalisé le MEPCI pour tous les domaines évalués.
5. Analysé les résultats de MEPCI.
6. Avoir présenté les conclusions aux leaders et autres parties prenantes.
7. Avoir convenu une fréquence pour réaliser régulièrement le MEPCI (et d'autres évaluations), au moins annuellement.
8. Avoir préparé et présenté un rapport à des responsables et dirigeants seniors, à des services qui ont participé à l'évaluation et à d'autres services pertinents.



ETAPE 3
ÉLABORATION
ET MISE EN ŒUVRE
DU PLAN

ÉTAPE 3 – ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN



Introduction à l'étape 3

- L'étape 3 est sous-tendue par les résultats de votre évaluation de base.
- Les résultats du modèle pour l'évaluation de la prévention et du contrôle des infections (MEPCI), ainsi que d'autres évaluations et observations de la prévention et du contrôle des infections (PCI) vous permettent d'identifier les domaines d'action prioritaires, d'obtenir un consensus autour de l'approche pour traiter ces priorités et de tirer le meilleur parti des points forts identifiés.
- La stratégie multimodale et les questions d'orientation associées (voir annexes 1 et 2) vous aideront à élaborer votre plan d'action.

- Il importe, au départ, de se concentrer sur la réalisation de gains à court terme - commencez modestement et voyez grand ! Un plan réaliste, axé sur les priorités et tenant compte de votre contexte local, revêt un caractère essentiel.
- En outre, il est bon de rappeler qu'il est également important de disposer d'un plan stratégique à plus long terme pour évaluer l'impact global du programme de PCI (par exemple, une stratégie quinquennale) et les plans d'action présentés à l'étape 3 peuvent être intégrés à ce plan.

CONSEILS PRATIQUES, CONSIDÉRATIONS ET ACTIONS CLÉS

L'étape 3 a pour objectif de dresser une liste des actions, des attributions, des délais, des budgets et des expertises nécessaires, ainsi que des dates de révision pour chaque principale composante à mettre en œuvre à l'aune des résultats du MEPCI et en fonction des besoins de votre établissement.

Passez en revue les résultats du MEPCI pour chaque principale composante avec l'équipe et le comité de PCI. Vous pouvez, aux fins de l'action initiale, décider de mettre l'accent sur une seule ou davantage de composante(s). Votre décision dépendra des résultats de votre MEPCI, de votre contexte local (par exemple, les ressources et l'expertise disponibles) et des discussions avec les responsables et les administrateurs. Vous pouvez également prendre en compte les problèmes qu'il importe de résoudre de toute urgence (par exemple, un type d'infection spécifique à réduire du fait de sa morbidité au niveau local) et les possibilités disponibles (par exemple, l'intérêt des partenaires à apporter un appui à des projets spécifiques pertinents). Vous pouvez également identifier les principales composantes déjà partiellement mises en œuvre, mais dont la note pourrait être améliorée dans des domaines spécifiques. Quelles que soient les principales composantes retenues, un plan d'action complet doit être élaboré et présenté à l'encadrement et aux hauts responsables de l'établissement de santé pour approbation.

Dans la présente section, vous trouverez des informations sur la planification des actions suggérées pour chaque composante. Commencez par prendre connaissance du tableau des considérations et actions clés générales pour garantir l'élaboration et la mise en œuvre réussies du plan (Tableau 3A).

Tableau 3A. Considérations et actions clés (étape 3)

Considérations clés	Actions clés
Création d'une dynamique d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> • Se référer constamment aux résultats du MEPCI ou d'autres évaluations pour renforcer votre vision de la PCI et susciter le sentiment d'urgence nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan. • Continuer à communiquer votre vision et votre perception de la PCI lors de réunions régulières avec les responsables et les administrateurs des établissements de soins de santé à mesure que vous élaborer votre plan. • Penser à participer à d'autres activités à visée d'amélioration au sein de l'établissement pour présenter la manière dont votre plan d'action de PCI enrichira in fine les indicateurs et les rapports généraux relatifs à la qualité.
Mise en place d'un plan et cibler les processus pour lesquels il faudra utiliser une stratégie multimodale	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec l'équipe ou le comité de PCI et examiner le score total partiel de chaque principale composante. Y a-t-il une principale composante évidente dont le score est très bas ou nul ? Vous pouvez choisir de mettre l'accent sur les scores faibles ou nuls si vous ne pouvez pas travailler sur toutes les principales composantes – ces scores constitueront probablement vos priorités d'action immédiate. • Se référer à la Figure 2 pendant que l'on procède à l'examen - il importe que chacun ait conscience des liens et des synergies entre les différentes principales composantes. • Discuter avec l'équipe ou le comité de la ou des composante(s) principale(s) qui devraient constituer le domaine d'intérêt initial pour un examen et une discussion ultérieurs plus approfondis ; dresser une liste des domaines cibles convenus pour chaque action en tenant compte de la facilité de mise en œuvre, du délai requis, du coût, de l'impact et de l'urgence perçue de l'action. • Utiliser les questions d'orientation multimodales (annexe 2) pour vous aider à préciser les actions spécifiques qui devront être abordées dans votre plan d'action. • Tenir compte de l'expertise, des ressources et des délais existants et disponibles en matière de PCI dans vos discussions avec les responsables et les administrateurs (bien que cela ait fait partie de l'étape 1, il importe de discuter des détails à ce stade pour soutenir la dynamique) pour chaque domaine qui nécessite une amélioration. • L'expertise et les ressources nécessaires sont-elles disponibles ? Si l'on dénombre de nombreuses lacunes, il est préférable de commencer par les éléments qu'il est possible d'améliorer plus facilement et plus rapidement afin de garantir un soutien continu. • S'appuyer sur les résultats de toute autre évaluation entreprise, par exemple sur les pratiques, les connaissances ou les processus liés à la PCI, pour mieux éclairer la mise en œuvre du centre d'intérêt de la principale composante. En sus des résultats du MEPCI, ils permettront de mettre en évidence les domaines nécessitant une action urgente. • Examiner le type de soutien disponible au niveau national (par exemple, l'existence de lignes directrices ou de modes opératoires normalisés qui n'ont pas encore été mis en œuvre au sein de votre établissement) ou chercher à vérifier si d'autres établissements de votre région accordent déjà la priorité à des composantes ou actions spécifiques qui peuvent vous aider à décider de l'orientation de votre principale composante, car il pourrait y avoir des possibilités de soutien ou de partage d'expériences ou de ressources.
Obtention de soutien et de l'approbation du plan d'action – révision de votre liste des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer qui doit être impliqué dans l'élaboration et l'approbation du plan d'action - contacter les départements ou programmes concernés pour garantir la réalisation du plus grand impact possible par les actions proposées. • Il sera utile de revoir la liste des parties prenantes dressée à l'étape 1. À mesure que vos plans deviendront plus ciblés, sous-tendus par les résultats du MEPCI, vous devrez peut-être réviser votre liste de parties prenantes à la lumière des lacunes et des priorités identifiées. Il sera utile d'envisager d'élaborer une nouvelle liste pour chaque principale composante à laquelle vous déciderez d'accorder la priorité. • Dresser une liste de ce qui doit être fait pour guider les discussions et faciliter l'élaboration de vos plans d'action. • Pour toutes les principales composantes que vous vous attacherez à améliorer, il est impératif que le directeur et les chefs de services de l'établissement de santé soient étroitement impliqués et acceptent les actions proposées ainsi que les besoins en ressources associés. Vous pouvez y parvenir en vous référant constamment aux résultats du MEPCI et en utilisant les « scripts » et les ressources que vous avez préparés à l'étape 1 lors des réunions qui devront être fixées dès le départ (recommandé à l'étape 1). • Partager le projet de plan avec des collègues identifiés pour obtenir leur soutien (par exemple, les collègues en charge de la sécurité des patients, de l'amélioration de la qualité, de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM), de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène [WASH]). • Organiser une réunion avec le directeur et les hauts cadres de l'établissement de santé pour présenter le projet final de plan et obtenir leur approbation, en veillant à leur donner une date limite pour l'obtention de cette approbation - l'approbation des responsables est importante pour le succès final. • Lors de l'élaboration du plan, ne pas garder le plan « secret » si cela intéresse d'autres personnes car il est important que chacun se sente impliqué dans la suite des événements.
Obtention des ressources nécessaires pour combler les lacunes identifiées par le MEPCI	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer si la mise en œuvre d'une principale composante spécifique implique des ressources spécifiques (humaines ou financières) qui n'ont pas déjà été prises en compte à l'étape 1. Noter que toutes les améliorations ne nécessitent pas de ressources - dans certains cas, il est possible d'apporter rapidement des améliorations peu ou pas coûteuses. • Relever clairement les ressources supplémentaires nécessaires (aussi minimales soient-elles), tant verbalement que par écrit, aux responsables et aux administrateurs de l'établissement avant l'approbation du plan d'action. • Si nécessaire, s'employer à savoir si un partenaire ou une organisation non-gouvernementale (ONG) extérieur(e) peut aider à soutenir le plan.

Table 3A. Key considerations and actions (step 3) continued

Considérations clés	Actions clés
Utilisation d'une approche systématique	<ul style="list-style-type: none"> • Dans l'ensemble, l'objectif de l'élaboration et de l'évaluation de votre plan est d'aborder de façon systématique les « problèmes » ou les lacunes identifiés dans le MEPCI, d'esquisser une réponse à ceux-ci, puis d'évaluer l'efficacité de la réponse mise en œuvre – cette démarche est au cœur de votre planification d'action : <ul style="list-style-type: none"> o traduire les conclusions du MEPCI en un plan axé sur l'action et l'impact en tenant compte du contexte local ; o s'assurer que le plan d'action écrit (voir les modèles de plan d'action à l'annexe 5 et les questions d'orientation multimodales à l'annexe 2) est disponible et approuvé avant d'aller plus loin ; o essayer d'élaborer des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps (SMART) pour guider l'élaboration de votre plan (voir les exemples de plans d'action ci-dessous pour chaque principale composante) ; o convenir d'un calendrier de présentation de rapports aux responsables et aux administrateurs pour évaluer les progrès ; o mettre le plan en action et procéder au suivi des progrès réalisés lors de réunions opérationnelles régulières ; et o communiquer et organiser des réunions avec les principales parties prenantes à intervalles réguliers afin d'examiner l'état d'avancement des actions et d'identifier les obstacles au progrès - bien que des obstacles communs aient été décrits dans le présent document, des obstacles locaux se présenteront et l'on devra les lever pour garantir l'engagement du personnel.

La section suivante fournit des informations détaillées visant à vous aider à élaborer, à finaliser et à évaluer votre plan d'action pour chaque principale composante, notamment :

- un récapitulatif rapide de la principale composante ;
- un exemple de plan d'action ;
- des conseils pour surmonter les barrières et relever les défis ainsi que des exemples de mise en œuvre ; et
- une liste d'outils et de ressources.

- L'exemple de plan d'action vous aidera à élaborer votre propre plan SMART en fonction des besoins et des priorités de votre établissement.
- Pour guider la planification, une estimation des besoins probables en termes de budget ou de ressources pour chaque action (de niveaux faible, modéré et élevé) a été fournie.
- Les délais, les personnes responsables et les membres de l'équipe, le budget ou les ressources et les dates d'examen et d'achèvement sont des estimations et devront faire l'objet d'un examen minutieux en fonction de votre situation.
- Les exemples de mise en œuvre fournis sont parfois pertinents pour plusieurs principales composantes et peuvent donc être répétés.
- Les outils et ressources énumérés sont censés être utilisés pour élaborer et mettre en œuvre votre plan d'action.
- Les ressources sont diverses et couvrent, mais sans s'y limiter, le plaidoyer, les aspects commerciaux ou financiers, les orientations ou les politiques ou encore les normes, les modèles, les boîtes à outils et une sélection de publications universitaires.
- Les ressources sont incluses après un examen minutieux des documents de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC), d'un échantillon d'organisations internationales impliquées dans la PCI et de la contribution de collègues basés dans la région et au sein des établissements intervenant dans les domaines de la PCI, de la qualité et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.
- L'inclusion d'une ressource est fonction de la perception qu'on a sur son utilité et de sa disponibilité .
- Il est possible de consulter les ressources qui ne sont pas aisément accessibles via les liens du site web le module d'apprentissage sur la PCI et le domaine WASH (Encadré 7).
- L'inclusion d'une ressource n'implique que l'OMS approuve une organisation spécifique associée à cette ressource.



Le diagramme ci-dessous vous aidera à passer à la section suivante.

	Récapitulatif rapide	Exemple de plan d'action	Barrières et solutions potentielles	Outils et ressources
Principale composante 1 : Programmes de prévention et de contrôle des infections (PCI)	Page 54	Page 55	Page 56	Page 59
Principale composante 2 : Lignes directrices sur la PCI	Page 62	Page 63	Page 64	Page 67
Principale composante 3 : Éducation et formation sur la PCI	Page 68	Page 69	Page 70	Page 72
Principale composante 4 : Surveillance des infections liées aux soins de santé	Page 73	Page 74	Page 77	Page 80
Principale composante 5 : Stratégies multimodales	Page 81	Page 82	Page 83	Page 85
Principale composante 6 : Suivi et restitution des audits de pratiques de PCI	Page 86	Page 87	Page 89	Page 90
Principale composante 7 : Charge de travail, dotation en personnel et occupation des lits	Page 91	Page 92	Page 93	Page 94
Principale composante 8 : Environnement bâti, matériel et équipement pour la PCI	Page 95	Page 96	Page 98	Page 99

PRINCIPALE COMPOSANTE 1.

PROGRAMME DE PCI – *Récapitulatif Rapide*

L'existence d'un programme de PCI disposant d'un responsable ou d'une personne contact et d'une équipe dédiée à la prévention des infections, doté d'un mandat clair, d'un budget dédié et soutenu par un comité de PCI, constitue une première étape essentielle permettant de faciliter la mise en œuvre de toutes les principales composantes, de hiérarchiser et d'exécuter d'autres principales composantes en fonction du contexte local, ainsi que des évaluations de base et des évaluations régulières. Il est important que le directeur de l'établissement de santé et les hauts responsables ou les administrateurs soient étroitement impliqués et acceptent les actions proposées ainsi que les besoins en ressources allant de pair avec celles-ci afin de mettre en place un programme de PCI – appuyez-vous sur tout le travail que vous avez entrepris jusqu'au point où vous êtes et maintenez des canaux de communication réguliers.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : PROGRAMME DE PCI

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Absence de responsable de la PCI, d'équipe ou de personnel spécialisé en la matière ou existence d'un responsable de la PCI mais aux qualifications insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une analyse de rentabilité du personnel chargé de la PCI (modifier les analyses de rentabilité existant au sein de l'établissement, le cas échéant), par exemple un spécialiste de PCI ou des maladies infectieuses, un microbiologiste ou un autre médecin spécialisé motivé pour améliorer la PCI, y compris un infirmier spécialisé en PCI. 	<ul style="list-style-type: none"> Directeur général Cadre supérieur Chef du département des ressources humaines 	3 mois	Faible
Inexistence de description(s) de poste pour les professionnels de la PCI	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une description de poste pour la PCI en s'inspirant du Tableau 3C. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Hauts responsables Chef du département des ressources humaines 	3 mois	Non applicable
Attributions de l'équipe de PCI non définies	<ul style="list-style-type: none"> Examiner et adapter les exemples de rôles et d'attributions énumérés dans le Tableau 3C. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Hauts responsables Chef du département des ressources humaines 	3 mois	Non applicable
Programme de PCI non défini et ne disposant pas d'un plan de travail ou d'activité annuel consigné par écrit	<ul style="list-style-type: none"> Examiner le MEPCI et les autres évaluations, y compris les résultats de la surveillance en cas de disponibilité, et élaborer un plan d'activité écrit pour une période définie (par exemple, un plan de travail annuel) à la lumière des priorités identifiées. S'appuyer sur les questions d'orientation multimodales à l'annexe 2 pour guider l'élaboration du plan. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal et équipe de la PCI Microbiologiste ou spécialiste des maladies infectieuses (si différent du responsable) Responsables de départements associés tels que la direction de l'établissement ou le secteur WASH 	3 mois	Faible
Inexistence de comité de PCI	<ul style="list-style-type: none"> Créer un comité, définir un calendrier de réunions et un mandat ou faire le lien avec un comité existant, par exemple, le comité WASH ou sur la qualité. Utiliser l'exemple de la constitution et des rôles et attributions du comité de PCI énoncés dans le Tableau 3C. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal et équipe de la PCI Microbiologiste ou spécialiste des maladies infectieuses (si différent du responsable), hauts responsables 	3 mois	Faible
Non allocation de budget au Programme de PCI	<ul style="list-style-type: none"> Présenter le « scénario » assorti de la vision et du plan de travail de PCI (y compris les données si elles sont disponibles) pour souligner que la PCI constitue une priorité (en s'appuyant sur les succès antérieurs en cas de disponibilité d'exemples). Calculer un budget prévisionnel pour l'équipement de bureau, y compris l'ordinateur et l'imprimante, le téléphone, l'Internet et les activités prévues. Par exemple, il est possible de calculer le coût d'une formation en PCI en fonction du nombre prévisionnel de participants, de la durée de la formation, des besoins d'impression, des frais de déplacement et des honoraires d'intervenants externes, le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Haute direction ou directeur général 	6 mois	Haut
Inexistence de soutien ou faiblesse démontrable du soutien pour les activités de PCI au sein de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des discussions avec les hauts responsables ou l'encadrement, notamment avec d'autres programmes pertinents tels que le programme d'assurance qualité, le programme de salubrité de l'environnement et de santé au travail, les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, les soins complets et le contrôle des maladies transmissibles. Examiner leurs objectifs et leurs plans et mettre en évidence la manière dont la PCI peut contribuer à leur réalisation ; en discuter avec vos collègues. Utiliser toutes les informations et les possibilités disponibles afin de permettre aux champions de promouvoir la PCI à travers des discussions à des moments clés – se concentrer sur les solutions lors des discussions - la PCI constitue la solution au problème que sont les infections associées aux soins de santé (IAS) et le soutien des champions contribuera à réduire les dommages. Utiliser un script standard pour faire rapport sur la PCI lors des tournées, des réunions, etc. et en discuter. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI et autres membres de l'équipe, y compris les médecins 	3 mois	Faible

Le Tableau 3B énumère certaines des barrières courantes à la mise en œuvre d'un programme de PCI que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. Les exemples de mise en œuvre fournis sont axés sur les milieux disposant de peu de ressources (mais non de façon exclusive).

Tableau 3B. Barrières et solutions potentielles (principale composante 1)

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
<p>Encadrement non encore convaincu qu'un programme de PCI constitue une priorité pour assurer la qualité et la sécurité des soins dans un établissement de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les données jouent un rôle essentiel pour convaincre les responsables d'agir : « pas de données, pas de problème ». Vous disposez à présent de données substantielles tirées des résultats du MEPCI – les utiliser pour obtenir le soutien nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'un programme de PCI. • Mettre l'accent sur les mesures portant sur les structures à mettre en place et les processus. • Commencer modestement – réunir une équipe, communiquer votre vision de la PCI et se servir de toutes les données disponibles pour démontrer qu'un programme de PCI est essentiel. • Élaborer un argumentaire solide en faveur du changement en vous appuyant sur les données en votre possession. • Au-delà de votre établissement, tournez-vous vers le niveau régional et national - le gouvernement soutient-il la PCI ? Existe-t-il des organisations ayant des programmes en place permettant d'améliorer la PCI et qui peuvent être utiles à votre établissement ? • Souligner l'importance de la PCI en tant que norme de base reconnue partout dans le monde par les principaux organismes d'accréditation. • Les groupes communautaires et la société civile peuvent jouer un rôle en faisant pression en faveur d'un programme de PCI et de son amélioration - promouvoir la PCI comme une obligation morale. 	<p>Communiquer le rôle essentiel de la PCI dans la qualité des soins et la sécurité des patients</p> <p>« Les responsables doivent percevoir l'importance de la PCI, sa capacité à améliorer la sécurité des patients et à accroître le rapport coût-efficacité, et cela passe par des données et des actions fondées sur des données probantes. L'infirmier spécialisé en PCI a continué à frapper aux portes des responsables chaque fois qu'il en a eu l'occasion et, petit à petit, les gens lui ont prêté attention. Cela a nécessité beaucoup de persistance dans l'effort. Nous avons organisé des réunions mensuelles sur la PCI, impliquant l'encadrement de l'hôpital, des microbiologistes, ainsi que des médecins et des infirmiers spécialistes des maladies infectieuses pour examiner les données et nous envoyons régulièrement des courriels à la haute direction de l'hôpital. Nous avons ensuite fait du plaidoyer pour obtenir une petite ligne budgétaire. Il ne faut pas grand-chose pour lancer un bon programme de PCI. Nous avons utilisé le cas de l'hygiène des mains pour plaider en faveur de l'importance d'utiliser régulièrement du savon et de l'eau ainsi que des ressources pour les stratégies multimodales afin d'améliorer le changement de comportement. » Pakistan</p> <p>Sensibilisation par le biais de petits projets</p> <p>« Nous avons commencé à nous impliquer dans la PCI par le biais de recherches sur les infections du site opératoire, qui ont contribué à la sensibilisation à l'importance de la PCI. Nous avons organisé des réunions régulières sur la sécurité des patients avec les hauts responsables et discuté de l'importance de la PCI chaque fois que nous avons pu. Suite à cette implication dans la recherche et à des efforts intenses de plaidoyer, nous avons créé un comité de PCI au sein de notre établissement qui a continué à promouvoir les interventions de l'étude et a travaillé sur les questions de ressources telles que l'installation de distributeurs de désinfectants à base d'alcool dans tout l'hôpital et la formation du personnel hospitalier. » Kenya</p> <p>Élaborer un message de plaidoyer fort en faveur de la PCI</p> <p>« Le principal écueil à l'élaboration des programmes de PCI tient à la volonté politique. Pour résoudre ce problème, la première étape consiste en une bonne formation des professionnels de la PCI de manière à les aider à faire du plaidoyer et à mieux comprendre le sens de la situation épidémiologique. » Organisation panaméricaine de la Santé</p> <p>Tirer parti du pouvoir et du soutien des agences des Nations Unies et des ONG locales et internationales</p> <p>« Nous avons lancé notre programme en nous basant sur une combinaison de collaborations diverses. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et les centres de contrôle des maladies (CDC) ont apporté un soutien technique initial au Centre national de contrôle des maladies et de la santé publique pour élaborer le programme de PCI. D'autres hôpitaux ont commencé de leur propre chef et ont ensuite bénéficié du soutien du Centre national de contrôle des maladies et de santé publique. » Géorgie</p> <p>Promouvoir la PCI comme obligation morale</p> <p>« Notre hôpital a été le premier en Argentine à disposer d'un programme de PCI (et ce, depuis 1970). Nous avons fait valoir la nécessité d'un programme de PCI auprès de la direction comme priorité absolue en matière de sécurité des patients et comme obligation morale primordiale. Tous les médecins spécialistes des maladies infectieuses mènent un certain nombre d'activités épidémiologiques pour la PCI, la gestion des antibiotiques et la surveillance des micro-organismes multirésistants (MDRO). Nous avons deux infirmiers certifiés en lutte anti-infectieuse ainsi que cinq médecins responsables de la PCI et de l'épidémiologie ; notre premier responsable est un médecin spécialiste des maladies infectieuses. Nos autorités ont su que la sécurité constitue une priorité dans notre hôpital : c'est une obligation morale. » Argentine</p>

Table 3B. Potential barriers and solutions (core component 1) continued

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
<p>Programme de PCI non valorisé à tous les niveaux des soins de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Étudier la possibilité de recruter un responsable de haut niveau et respecté pour faire office de champion du programme de PCI. Explorer l'existence d'organismes, de sociétés ou d'organisations professionnelles nationales de PCI et leur rôle potentiel dans l'appui aux programmes locaux de PCI en fournissant, par exemple, des exemples de documents et des liens avec ceux qui ont déjà connu un certain succès. Explorer l'existence d'organismes, de sociétés ou d'organisations professionnelles nationales de PCI et leur rôle potentiel dans l'appui aux programmes locaux de PCI en fournissant, par exemple, des exemples de documents et des liens avec ceux qui ont déjà connu un certain succès. 	<p>Obtenir que les hauts responsables se fassent les champions de la PCI</p> <p>« La mise à disposition d'un directeur adjoint des soins infirmiers chargé de la PCI, basé au sein de l'équipe en charge de l'assurance qualité, a permis un leadership fort pour la PCI, initialement axée sur l'amélioration de l'hygiène des mains - plaidant pour une amélioration à l'échelle de l'établissement. Le directeur adjoint des soins infirmiers était très visible dans les zones cliniques. » Ghana (Programme OMS des Partenariats africains pour la sécurité des patients)</p> <p>Travailler à l'ensemble des trois niveaux des soins de santé</p> <p>« Nous avons un système de santé décentralisé, il est dès lors important de travailler sur le plaidoyer à l'ensemble des trois niveaux de soins. Nous avons d'abord créé une association nationale pour la PCI et réuni les parties prenantes issues du monde universitaire, de l'industrie et d'autres agents de santé. Nous avons commencé par organiser des conférences annuelles auxquelles nous avons convié des responsables gouvernementaux, ce qui a contribué au plaidoyer et suscité la volonté politique. Nous avons également mis l'accent sur les agents de santé et le dialogue en explorant des solutions d'adaptation locales (par exemple, en remplaçant les morceaux carrés de calicot d'un pied par des mouchoirs jetables (Baft) ou les seaux et les cuvettes par des fûts munis de robinets). » Nigéria</p> <p>La lutte anti-infectieuse est l'affaire de tous</p> <p>Nous sommes l'un des plus grands hôpitaux de soins tertiaires du pays et nous sommes considérés comme l'un des tout premiers hôpitaux à avoir mis en œuvre la PCI. Au début, il était difficile d'obtenir un soutien pour la PCI. Nous avons démarré avec une petite équipe composée de quatre membres du personnel médical dédié, d'un infirmier et d'une secrétaire. À cette époque, notre ligne directrice nationale n'avait même pas encore été publiée, mais nous avons démarré nos activités en utilisant les outils publiés par le CDC et l'OMS, les avons adaptés à notre situation, les avons traduits, avons commencé à recueillir des données et à créer un système de surveillance rudimentaire pour soutenir les activités de PCI. Au début, il était difficile de recruter des infirmiers spécialisés en PCI, car la PCI n'était pas un domaine reconnu. Pendant trois ans, nous avons œuvré à la sensibilisation à la PCI et l'avons régulièrement enseignée aux autres. Nous avons sélectionné des infirmiers dans chaque service comme infirmiers de liaison. Nous avons instauré des concours entre eux en les encourageant par des certificats et en sélectionnant les meilleurs d'entre eux chaque mois. Finalement, après n'avoir été qu'au nombre de cinq au départ, nous avons créé un service comptant plus de 15 personnes, soutenu par un centre de formation à la lutte anti-infectieuse et un laboratoire environnemental très spécifique comptant plus de 150 infirmiers de liaison et médecins dans tout l'hôpital. Le véritable soutien dont nous avons bénéficié s'est traduit par la publication de la première ligne directrice nationale égyptienne en 2004 et l'adoption de certaines lois par le gouvernement, notamment celle interdisant l'octroi d'une licence à tout établissement de soins de santé ne mettant pas en œuvre un programme de lutte anti-infectieuse. » Égypte</p> <p>Mettre à profit le pouvoir des groupes communautaires et de la société civile pour plaider en faveur du changement</p> <p>« L'un des principaux écueils tient à la communication et à la volonté politique. Nous avons réussi à y remédier grâce aux associations de patients qui ont mené des activités de sensibilisation et d'information à la PCI auprès des agents de santé. » Burkina Faso</p>
<p>Manque d'expertise en matière de PCI pour mettre en œuvre un programme de PCI</p>	<p>Commencer modestement - identifier au moins une personne (par exemple, un infirmier) pour élaborer, exécuter et piloter le programme de PCI et recourir à la formation sur le tas et élaborer une description de poste comme première étape.</p>	<p>Élaborer un programme étape par étape</p> <p>« Au début, il était difficile d'obtenir un soutien en faveur de la PCI. Je voulais lancer un programme de PCI, mais je devais trouver un moyen de constituer une équipe, étape par étape et au fil du temps. Finalement, j'ai identifié trois employés engagés et convaincu la direction de l'hôpital de soutenir ma formation dispensée par l'Association d'Asie Pacifique pour le contrôle des infections (APSIC). J'ai ensuite travaillé avec une personne expérimentée en biostatistique pour commencer à collecter des données et mettre en place un système de surveillance, ainsi qu'avec un ingénieur environnementaliste, pour apporter un soutien accru aux activités de PCI. Pour conserver le soutien ferme du directeur de l'hôpital, nous avons dû montrer les données et indiquer ce dont nous avions besoin. Au début, il était difficile de recruter des infirmiers spécialisés en PCI, car la PCI n'était pas un domaine reconnu et les infirmiers préféraient travailler à la clinique plutôt que pour la PCI (en partie aussi à cause des différences salariales). Pendant deux ans, nous avons sensibilisé le personnel à la PCI et avons régulièrement formé d'autres personnes. Nous disposons à présent d'un service de PCI dans un hôpital comptant 650 lits. Ce service est dirigé par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et soutenu par une équipe d'infirmiers de liaison en PCI. Notre service fait également partie du groupe consultatif du Ministère de la santé sur la PCI et du programme des hôpitaux modèles. » Vietnam</p> <p>Recours à la formation sur le tas</p> <p>« L'approche que nous avons adoptée dans les pays a consisté d'abord à désigner un infirmier professionnel et enthousiaste comme infirmier spécialisé en PCI, même s'il n'a pas été formé, puis à accorder la priorité à la formation sur le tas. Nous avons également envoyé cet infirmier spécialisé en PCI en formation à l'extérieur du pays. Nous avons réussi à convaincre la direction de l'hôpital de la nécessité de l'équipe de PCI en élaborant, pour commencer, une description de poste détaillée et des mesures de processus prioritaires pour briser le cycle « pas de données, pas de problème ». Médecins Sans Frontières</p>

Table 3B. Potential barriers and solutions (core component 1) continued

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
<p>Manque de fonds et d'infrastructures pour les activités du programme de PCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penser à utiliser les fonds provenant d'un éventail de départements et de services pour financer les activités de PCI. • Utiliser votre descriptif ou « script » pour souligner l'importance d'un programme de PCI et pourquoi l'on devrait le financer, en revenant toujours aux résultats du MEPCI. • Mettre l'accent sur les changements à petite échelle et les gains rapides. Par exemple, l'installation de stations de lavage des mains et d'eau potable constitue la première étape d'une amélioration à plus long terme qui comprendrait l'installation d'eau courante dans chaque salle où sont dispensés des soins. • Chercher à savoir si un partenaire externe ou une ONG s'intéresse à la PCI ou dispose d'expertise en la matière et pourrait contribuer à soutenir le plan. Examiner également toute possibilité de partenariat avec un autre établissement de soins de santé bien doté en ressources. 	<p>Redéfinir les priorités en matière de dépenses « Deux hôpitaux ont réussi à instituer un budget de PCI en redéfinissant les priorités de dépenses (non par le truchement de nouvelles sources de financement) afin que l'équipe de PCI sache qu'elle dispose d'un budget mensuel pour les principaux consommables de PCI. Nous avons donc essayé de tirer parti de ces cas à succès et d'encourager d'autres responsables à mettre en place ce type de budget. » Zimbabwe</p> <p>Partage de bureaux et d'équipements de bureau « Dans certains hôpitaux, il n'est pas toujours aisé de disposer d'équipements spécifiques pour les programmes au niveau de l'établissement. Nous avons du mal à trouver des bureaux et des ordinateurs pour permettre à notre équipe de PCI de mener à bien son travail. Nous avons essayé de partager l'espace avec l'unité d'éducation sanitaire et l'unité de diabétologie, mais cette option reste limitée (par exemple, un seul ordinateur partagé par les trois unités). Cependant, il est prévu d'étendre les installations à l'avenir et davantage d'espace et d'équipements pourraient être disponibles. » Sri Lanka</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Argumentaire/dossier financier

- Calculateur de coûts des infections liées aux soins de santé de l'Association des professionnels de la lutte contre les infections et de l'épidémiologie (<http://www.apic.org/Resources/Cost-calculators> consulté le 4 avril 2018).
- Combien les superbactéries coûtent-elles aux hôpitaux australiens ? Outil basé sur des données probantes en libre accès (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468045117302274> consulté le 4 avril 2018).

Outils de planification

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questions d'orientation de la stratégie multimodale (annexe 2)
- Exemple de rôles et d'attributions de l'équipe de PCI nécessaires pour élaborer et exécuter un plan de programme d'amélioration de la PCI (Tableau 3C)
- Outils OMS pour l'hygiène des mains en vue d'un changement de système (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/system_change/en/ consulté le 16 avril 2018).
- Exemple de constitution, de rôles et d'attributions du comité de PCI (Tableau 3D)
- Boîte à outils pour la sécurité des patients du Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'OMS (2015) (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRO-PUB_2015_EN_1856.pdf consulté le 4 avril 2018).

Sélection d'orientations, de politiques et de normes

oLigne directrice nationale égyptienne sur le contrôle des infections, 2016 (https://www.moh.gov.eg/content/moh_web/home/Publications/guidelines/infection_control_guidelines/national-infection-control-guidelines--2016-draft-for-consultati/_jcr_content/entryContent/download/file.res/National%20Infection%20Control%20Guidelines%20-%202016%20Draft%20for%20Consultation.pdf consulté le 4 avril 2018)

oManuel de prévention et de contrôle des infections du Conseil de coopération du Golfe, 2e édition (2013) (<http://ictraining.net/index.php/policy/gulf-cooperation-council> consulté le 4 avril 2018)

- Plan stratégique d'assurance qualité pour les services de santé du Ghana 2007-2011 (<http://www.moh.gov.gh/wp-content/uploads/2016/02/GHS-Quality-Assurance-Strategic-Plan-FINAL.pdf> consulté le 4 avril 2018)

Formation

- Modules de formation avancée de l'OMS en matière de PCI liés aux différents aspects d'un programme de PCI (leadership, infection du site opératoire, bactériémies, infections urinaires liées aux cathéters, sécurité des injections, décontamination, surveillance, résistance aux antimicrobiens (RAM), infections des voies respiratoires, épidémies) (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> consulté le 4 avril 2018).

Sélection de publications

- Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol.* 1985;121:182-205.
- Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, et al. 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.



RÔLES ET ATTRIBUTIONS DE L'ÉQUIPE DE PCI

Le Tableau 3C présente une liste type des rôles et attributions de l'équipe de PCI. Il est cependant possible de modifier cette liste en fonction du développement de votre propre équipe.

Tableau 3C. Exemple des rôles et attributions de l'équipe de PCI

Rôles de l'équipe de PCI

1. Élaborer et mettre en œuvre le programme de PCI, notamment en fixant des objectifs et en élaborant des plans officiels, en définissant un cycle de révision et en créant un groupe ou un comité officiel de PCI.
2. Élaborer ou adapter et diffuser des lignes directrices et soutenir la mise en œuvre.
3. Élaborer et coordonner un programme d'éducation et de formation continue.
4. Développer et coordonner des systèmes de surveillance des infections liées aux soins de santé, y compris un système d'alerte pour la détection des épidémies et le suivi, l'audit de la PCI et les commentaires sur les indicateurs y relatifs.
5. Faciliter l'accès aux infrastructures, aux matériels et aux équipements essentiels nécessaires à des pratiques sûres de PCI, y compris les problèmes d'achat et d'entretien continu. Favoriser et promouvoir des charges de travail, des effectifs et des niveaux d'occupation des lits adéquats (c'est-à-dire un environnement favorable).
6. Nouer de bons liens avec les programmes connexes.
7. Promouvoir, diriger et soutenir la mise en œuvre de stratégies multimodales dans le but d'améliorer la PCI.

Attributions de l'équipe de PCI

1. Programme, objectifs et plans de PCI

- a. Formuler des objectifs clairs pour la prévention et le contrôle des infections endémiques et épidémiques.
- b. Préparer des plans de prévention des infections liées aux soins de santé alignés sur le Règlement sanitaire international (RSI) (2005) et les programmes de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, en impliquant les principaux acteurs et partenaires.
- c. Assurer le suivi et l'évaluation du programme et diffuser les commentaires sur les résultats.
- d. Créer un groupe ou un comité multidisciplinaire officiel de PCI ou une structure équivalente pour soutenir l'intégration de la PCI dans tous les départements (Tableau 3D).
- e. S'assurer qu'un plan de prévention des épidémies est en place.

2. Lignes directrices

- a. Élaborer ou renforcer les politiques et les normes de pratique (y compris les lignes directrices techniques, fondées sur des données probantes, pour la prévention des risques pertinents, sous-tendues par l'évaluation des risques locaux ou adaptées aux conditions locales) concernant les activités de PCI au sein de l'établissement de soins.
- b. Préparer des plans de diffusion et un programme de soutien pour la mise en œuvre locale.
- c. S'assurer qu'un système est en place pour la documentation et la diffusion des initiatives locales ou nationales réussies afin de mettre en évidence les exemples d'interventions efficaces et leur mise en œuvre.

3. Éducation et formation continues

- a. Soutenir l'élaboration et l'amélioration des programmes éducatifs sur la PCI.

4. Surveillance, suivi, audit et commentaires

- a. Formuler des processus pour assurer le suivi de la mise en œuvre des politiques et des normes et de la conformité à celles-ci et mettre en place des mécanismes de retour d'information.
- b. Mettre en place un système de surveillance des infections liées aux soins de santé et de la résistance aux antimicrobiens (intégrant les définitions et la méthodologie), y compris la détection précoce des épidémies et la diffusion connexe des données.
- c. Lancer et mener des enquêtes épidémiologiques relatives aux événements ou incidents indésirables liés aux infections, y compris dans le cadre de la santé au travail.

5. Environnement favorable

- a. Assurer l'approvisionnement continu d'une sélection appropriée de fournitures adéquates et pertinentes pour les pratiques de PCI, par exemple, les équipements de protection individuelle (EPI), les produits d'hygiène des mains, les désinfectants, etc.
- b. Garantir une gestion efficace des déchets et un accès adéquat à l'eau potable, à l'assainissement et au nettoyage de l'environnement partout dans les établissements de soins de santé.

6. Liens entre les programmes

- a. Veiller à ce que des relations efficaces soient nouées avec les équipes, les programmes et les départements connexes, par exemple, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la résistance aux antimicrobiens, la qualité des soins et la sécurité, les laboratoires, la salubrité de l'environnement, l'ingénierie biomédicale, la santé au travail, les associations de patients ou les organismes de la société civile.

7. Stratégies multimodales

- a. Assurer la coordination et le soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies multimodales alignées sur d'autres programmes d'amélioration de la qualité ou sur les organismes d'accréditation des établissements de santé, notamment en fournissant un soutien et les ressources, les politiques, les réglementations et les outils nécessaires.

CONSTITUTION, RÔLES ET ATTRIBUTIONS DU COMITÉ DE PCI

Le Tableau 3D présente une liste de membres potentiels du comité de PCI et leurs rôles et attributions. Il est cependant possible de modifier cette liste en fonction de votre propre contexte.

Tableau 3D. Exemple de constitution, de rôles et attributions du comité de PCI

Comité de PCI	
<p>Composition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le directeur médical ou le premier responsable de l'établissement de soins de santé ou son représentant ; • le responsable des soins infirmiers ; • les responsables représentatifs des départements spécialisés (en fonction du contexte local) ; • le responsable de la PCI ; • un infirmier spécialisé en PCI ; • le responsable de la qualité ; • le responsable de la sécurité des patients ; • le praticien de la santé publique ou l'agent en charge de la lutte contre les maladies ; • le pharmacien en chef ; • l'ingénieur biomédical ou le technicien des équipements ou encore l'expert biomédical ; • le responsable de la salubrité de l'environnement ; • le responsable des services de restauration ; • le responsable du service WASH ; et • d'autres membres peuvent être cooptés si nécessaire, par exemple, des coordinateurs de la lutte contre le VIH ou la tuberculose. 	<p>Rôles et attributions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrôler, superviser et évaluer toutes les activités de PCI sur la base des huit principales composantes, y compris élaborer des plans annuels et un mécanisme d'établissement de rapports annuels ; • superviser la mise en œuvre du programme et des plans de PCI ; • faire rapport à d'autres comités connexes, notamment ceux en charge de la qualité et de la sécurité, de la gestion des risques et de la résistance aux antimicrobiens ; • prodiguer des conseils sur la PCI et les questions connexes ; • donner des avis sur l'acquisition d'équipements et de consommables pour la PCI ; • assurer la liaison avec les coordinateurs de la formation en cours d'emploi sur le(s) programme(s) de formation sur la PCI au sein de l'établissement ; • diffuser les informations et les rapports sur la PCI aux hauts responsables et aux responsables cliniques concernés au sein de l'établissement ; • jouer un rôle de premier plan dans le plaidoyer et la mobilisation des ressources aux fins des activités de PCI, y compris l'obtention d'un budget annuel pour la PCI ; et • assumer toute autre fonction liée à la PCI.



PRINCIPALE COMPOSANTE 2

LIGNES DIRECTRICES SUR LA PCI – *Récapitulatif Rapide*

L'élaboration de lignes directrices est un exercice complexe et requiert de l'expertise. Cependant, il existe un nombre croissant de lignes directrices internationales (par exemple, celles de l'OMS et des CDC) qu'il est possible d'adapter à votre situation locale. En outre, sur la base des normes internationales, de nombreux pays ont élaboré ou sont en train d'élaborer leurs propres lignes directrices nationales sur la PCI qui peuvent être adaptées au niveau des établissements de santé. Ce n'est pas en général au niveau de l'établissement que les lignes directrices devraient être élaborées, mais il est plutôt le lieu où les lignes directrices internationales ou nationales sont mises en œuvre. Existe-t-il des exemples d'autres programmes ou initiatives qui ont élaboré ou diffusé avec succès des lignes directrices dont vous pourriez tirer des enseignements ? De nombreux établissements ont lié l'élaboration de lignes directrices aux modes opératoires normalisés existantes ou en ont créé de nouvelles pour faciliter le processus de mise en œuvre. En outre, de nombreux établissements commencent à intégrer les lignes directrices sur la PCI dans d'autres programmes plutôt que de s'appuyer uniquement sur des lignes directrices sur la PCI autonomes (par exemple, la tuberculose, la santé maternelle et infantile et le VIH). Enfin, le format et la disponibilité des lignes directrices sont essentiels, les lignes directrices ne se mettent pas en œuvre toutes seules – veillez à ce qu'elles soient appliquées plutôt qu'elles restent dans un dossier sur une étagère et pensez aux formats électroniques pour les rendre plus facilement accessibles.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : LIGNES DIRECTRICES SUR LA PCI

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Inexistence de lignes directrices sur la PCI (fondées sur des données probantes, cohérentes) disponibles (et aucun engagement des autres cliniciens et administrateurs dans ce processus)	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher des lignes directrices nationales, régionales ou internationales fondées sur des données probantes ou des sources des lignes directrices élaborées et approuvées au sein d'autres établissements similaires. Adapter le contenu des autres lignes directrices aux besoins de l'établissement, si nécessaire. Consulter l'échantillon de lignes directrices nationales dans la section Outils et ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Microbiologiste ou spécialiste des maladies infectieuses (s'il est différent du responsable) Experts en santé publique Autres personnes jouissant d'expérience en matière de rédaction de lignes directrices Échantillon de cliniciens et d'administrateurs d'établissements de santé 	6 mois	Faible
Inexistence d'expertise disponible pour élaborer ou adapter les lignes directrices sur la PCI	<ul style="list-style-type: none"> Contacteur les experts nationaux en PCI, le cas échéant, ou les sociétés ou organismes professionnels de PCI pour demander s'ils disposent de l'expertise nécessaire pour aider l'établissement à élaborer et adapter des lignes directrices, par exemple, par le biais d'un mentorat à distance, d'appels téléphoniques réguliers, etc. Rechercher et demander l'autorisation pour solliciter l'expertise de ceux qui ont déjà rédigé ou adapté d'autres lignes directrices (non liées à la PCI), par exemple un consultant (cela facilite le processus d'élaboration des lignes directrices, mais ne saurait remplacer l'expertise en PCI nécessaire pour élaborer ou adapter les lignes directrices). 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Hauts responsables 	3 mois	Modéré à élevé
Non intégration des lignes directrices sur la PCI dans d'autres programmes	<ul style="list-style-type: none"> Fixer des dates de réunion avec d'autres responsables de programmes et examiner ensemble leurs lignes directrices disponibles afin d'identifier les domaines dans lesquels la PCI est pertinente. Fournir la formulation de la PCI {résumé} à inclure dans d'autres lignes directrices. Envisager d'élaborer et de fournir des modes opératoires normalisés en matière de PCI à ajouter à d'autres lignes directrices, par exemple : 1) comment utiliser l'hygiène des mains et la technique aseptique pour la prise en charge des plaies dans une ligne directrice chirurgicale ; 2) les lignes directrices sur la PCI intégrées aux normes des organismes d'accréditation en vue de l'accréditation générale des soins de santé ; 3) l'hygiène des mains et d'autres précautions intégrées dans les lignes directrices de gestion des micro-organismes multirésistants (https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/index.html consulté le 4 avril 2018). 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Autres membres de l'équipe de PCI Hauts responsables (pour la validation et l'approbation de l'approche) 	1 mois	Faible
Inexistence d'approche planifiée pour la mise en œuvre des lignes directrices	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan de travail annuel de diffusion et de mise en œuvre en utilisant une réflexion multimodale (voir l'annexe 2) décrivant notamment : comment traiter de la question des ressources et des infrastructures nécessaires ; comment former le personnel ; comment assurer le suivi des progrès et faire un retour d'information, par exemple, l'évaluation des connaissances, des pratiques et des comportements du personnel ; comment communiquer sur les lignes directrices ; et comment trouver des modèles et des champions des lignes directrices. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI 	4 mois	Faible

Le Tableau 3E énumère certains des barrières courantes liées à l'élaboration et à la mise en œuvre des lignes directrices sur la PCI que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. La dernière colonne renvoie le lecteur à des exemples de mise en œuvre associés, axés sur les milieux à faibles ressources (mais non de façon exclusive).

Tableau 3E. Barrières et solutions potentielles (principale composante 2)

Barrière potentielle	Solution potentielle	Exemples de mise en œuvre
<p>Accès limité aux lignes directrices sur la PCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner la disponibilité de lignes directrices ou politiques nationales auprès du Ministère de la santé, si nécessaire - s'il en existe, les adapter aux besoins de votre établissement. • Examiner la disponibilité de lignes directrices élaborées par des organisations internationales, par exemple l'OMS, les CDC, le Centre européens de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). • Chercher à savoir si d'autres établissements plus avancés ont produit des lignes directrices fondées sur des données probantes. • S'il existe un organisme ou une société de PCI, contactez-le/la pour lui demander s'il/si elle a des exemples de ressources à partager. 	<p>Adapter les lignes directrices internationales</p> <p>« Pour élaborer des lignes directrices aux fins de notre programme de PCI, nous avons pour commencer pris les lignes directrices du CDC et de l'ECDC et les avons adaptées à notre établissement. En 2012, le Ministère de la santé a publié des lignes directrices sur la sécurité des injections, les précautions universelles, la pneumonie associée aux soins de santé, l'infection des sites opératoires, les bactériémies liées au cathéter et la stérilisation et nous les avons adaptées à notre établissement. Cependant, certains éléments de ces lignes directrices sont à présent dépassés et nous devons donc y prêter attention. Nous attendons du Ministère de la santé qu'il élabore d'autres lignes directrices sur des sujets tels que la surveillance et la PCI en chirurgie. Le groupe consultatif sur la PCI du Ministère de la santé et son programme d'hôpitaux modèles soutient l'élaboration de ces lignes directrices par ledit ministère. » Vietnam</p> <p>Adapter les lignes directrices nationales</p> <p>« Il nous a fallu un an pour formuler notre propre politique de PCI. Nous avons adapté les lignes directrices publiées par le Ministère de la santé sur la PCI en fonction de nos besoins et du service que nous offrons. Nous avons utilisé le modèle fourni par notre service qualité. Une équipe multidisciplinaire comprenant les utilisateurs finaux des politiques a révisé tout ce qui concerne la formulation, la séquence des procédures, les termes et données scientifiques, etc. Après avoir assuré leur diffusion dans tous les services concernés, nous avons lancé un programme intensif de formation et d'éducation pour chaque catégorie de personnel, suivi d'un contrôle continu de leurs pratiques conformément à la politique et, au bout de deux ans, notre établissement a obtenu le niveau d'accréditation décerné par la fondation nationale ! » Égypte</p>
<p>Veiller à ce que les lignes directrices restent actualisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier régulièrement auprès du Ministère de la santé si des lignes directrices pertinentes ou des mises à jour de données probantes sont disponibles. • Organiser régulièrement des réunions ou des ateliers au cours desquels les équipes multidisciplinaires examinent les données probantes les plus récentes pour sous-tendre les recommandations en matière de soins intensifs au fil de leur évolution - à noter que les données probantes pour les recommandations en matière de soins intensifs ne changent pas très souvent. • Vérifier régulièrement les examens systématiques de la PCI produits au niveau national, régional ou international, ainsi que toute nouvelle ligne directrice de l'OMS pour apporter des modifications aux lignes directrices de votre établissement. 	<p>Veiller à ce que les lignes directrices restent actualisées grâce à des ateliers de collaboration</p> <p>« Il est difficile de les mettre à jour régulièrement, c'est pourquoi nous avons décidé de fixer un calendrier régulier pour les ateliers de PCI où nous pourrions discuter des données probantes actuelles et de tout besoin d'actualisation des lignes directrices. » Pakistan</p>

Table 3E. Potential barriers and solutions (core component 2) continued

Barrière potentielle	Solution potentielle	Exemples de mise en œuvre
<p>Expertise limitée en matière d'élaboration de lignes directrices</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans de nombreux pays, les lignes directrices nationales sont de façon générale mises en œuvre dans les établissements de soins de santé mais n'y sont pas élaborées. Toutefois, s'il n'existe pas de lignes directrices nationales, on peut confier à un groupe de travail composé de membres internes et externes le soin de rédiger des lignes directrices sur la PCI. Ce groupe de travail procédera à une analyse documentaire approfondie et envisagera d'adapter des lignes directrices émanant d'autres sources, par exemple des lignes directrices internationales lorsqu'elles existent. • Il est recommandé de procéder à un examen généralisé par les parties prenantes, notamment les responsables de l'établissement et les différentes catégories de professionnels de la santé, afin de dégager un consensus ou valider le contenu et de déterminer sa faisabilité dans le contexte local. Une attention particulière devrait être accordée à la simplicité du langage et à la facilité d'utilisation. • Dans certains cas, il sera judicieux d'explorer les sources de soutien technique externe et de chercher à savoir si d'autres établissements de votre pays ont élaboré des lignes directrices - cela peut contribuer à éviter de « réinventer la roue ». Contactez votre responsable national de la PCI pour savoir s'il existe des établissements modèles dans votre pays. • Le type de soutien nécessaire à l'élaboration des lignes directrices consiste à trouver des personnes expérimentées en matière de rédaction et de référencement et également capable de critiquer la littérature ou les autres lignes directrices. En outre, une expérience préalable en matière de rédaction de lignes directrices sera utile. 	<p>Utilisation de l'expertise externe en matière de PCI comme catalyseur d'action</p> <p>« Les deux exigences tiennent également aux ressources humaines qualifiées et à l'intégration. L'établissement a besoin d'une personne spécialisée et qualifiée en PCI pour travailler sur ce point. Un modèle similaire pourrait permettre de bénéficier d'un soutien technique externe pour rédiger le document (si le pays n'en dispose pas) et l'établissement doit ensuite l'adapter selon son contexte local. » Organisation panaméricaine de la Santé</p> <p>Adapter pour adopter</p> <p>« Nous avons utilisé les lignes directrices du Réseau national de sécurité sanitaire des soins de santé (NHSN) du CDC et de l'OMS, puis nous avons essayé de les adapter à notre établissement. » Pakistan</p>
<p>Opérationnalisation (diffusion et mise en œuvre) des lignes directrices</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parallèlement à l'élaboration des lignes directrices, réfléchir à la manière dont vous allez les diffuser, les promouvoir et les mettre en œuvre, notamment par le biais d'une série de communications et de plans d'amélioration ciblés. • Tirer des enseignements d'autres établissements ou de la littérature sur « comment » mettre en œuvre les lignes directrices. • Utiliser une stratégie multimodale pour mettre en œuvre les recommandations des lignes directrices. • Utiliser ou élaborer des modes opératoires normalisés (MON) pour aider à rendre opérationnelles les recommandations découlant des lignes directrices pour l'établissement, y compris les services ou unités spécifiques en fonction des risques et des besoins. 	<p>Établir un plan de diffusion</p> <p>« Le principal défi consiste à rendre les lignes directrices opérationnelles. On dénombre deux solutions qui ont permis d'assurer la mise en œuvre des lignes directrices et elles consistent à établir un plan explicite sur la manière dont lesdites lignes seront diffusées, utilisées et suivies pendant la phase de préparation avant l'élaboration proprement dite des lignes directrices. » Afrique de l'Est</p> <p>Apprendre auprès des autres établissements</p> <p>« Pour l'opérationnalisation des lignes directrices, nous avons lancé un journal au niveau de l'établissement avec une série de « comment faire », qui a été partagée par plusieurs établissements. Pour promouvoir l'adaptation des lignes directrices internationales, nous avons trouvé plus facile de nous y atteler en tenant compte des modes opératoires normalisés. » Nigéria</p> <p>Utiliser une approche multimodale</p> <p>« La formation est venue en premier. Une fois que nous avons mis en place des responsables formés à la PCI, ils ont pu élaborer la ligne directrice, y former d'autres personnes et en évaluer la mise en œuvre. Les responsables de chaque discipline ont également été chargés de la mise en œuvre de la ligne directrice de sorte que tous les agents de santé responsables de la sûreté de la PCI travaillent sans que nous ne soyons en permanence présents au sein de l'unité. Le contrôle des processus est un élément clé. Régulièrement, l'équipe de PCI partage la littérature clé avec les agents de santé et les responsables concernés (autrement dit elle discute d'une étude lors d'une réunion d'équipe) et discute de la nécessité de mettre à jour les lignes directrices à la lumière des données probantes. Ce processus s'est avéré efficace pour l'unité de soins intensifs et nous a permis de mettre en œuvre des interventions groupées. » Argentine</p>

Table 3E. Potential barriers and solutions (core component 2) continued

Potential barrier	Potential solution(s)	Implementation examples
Intégration des lignes directrices sur la PCI à d'autres programmes	<p>Communiquer avec les parties prenantes et les principaux services de l'établissement au début du processus d'élaboration ou d'adoption de vos lignes directrices, en vous appuyant sur les relations établies au cours des étapes 1 et 2, pour comprendre la manière dont les lignes directrices sur la PCI peuvent inclure des références à d'autres priorités de l'établissement et faire en sorte que toutes les autres lignes directrices fassent correctement référence à la PCI - cela peut améliorer la probabilité d'adoption et de succès.</p>	<p>Assurer l'intégration des lignes directrices</p> <p>« En outre, les lignes directrices sur la PCI doivent être intégrées à d'autres lignes directrices de programme telles que le planning familial, le VIH (par exemple, la circoncision masculine volontaire médicalisée), les services de santé maternelle et infantile, la prestation de services de prévention du cancer du col de l'utérus, etc. de sorte que des discussions précoces entre les départements aient également lieu pendant la phase de préparation, avant l'élaboration effective des lignes directrices. » Afrique de l'Est</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Orientations, politiques et normes

- Conseil national de la santé et de la recherche médicale. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1999 (<https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp30> consulté le 4 avril 2018)
- Developing and implementing guidelines for health policy and clinical practice in Estonia: interim appraisal of progress September 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/estonia/publications/developing-and-implementing-guidelines-for-health-policy-and-clinical-practice-in-estonia-interim-appraisal-of-progress-2015> consulté le 4 avril 2018)
- Institut pour la qualité de la Société américaine d'oncologie clinique. Processus d'élaboration des lignes directrices. (<https://www.instituteforquality.org/guideline-development-process> consulté le 4 avril 2018)
- Association pour la conformité des soins de santé. Do's and don'ts of policy writing (<https://www.hcca-info.org/Portals/0/PDFs/Resources/library/DOs%20and%20DONTs%20of%20Policy%20Writing.pdf> consulté le 4 avril 2018).
- Comment rédiger un manuel de politique générale (<http://www.template-zone.com/download-free-ebook/office-policy-manual-reference-guide.pdf> consulté le 4 avril 2018).
- Lignes directrices sur l'hygiène des mains dans les soins de santé (http://www.who.int/infection-prevention/publications/hh_evidence/en/ consulté le 4 avril 2018).
- Lignes directrices mondiales sur la prévention des infections du site opératoire (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/s-si-guidelines/en/> consulté le 4 avril 2018).
- Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des entérobactéries, Acinetobacter baumannii et Pseudomonas aeruginosa résistants aux carbapénèmes dans les établissements de santé (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/focus-amr/en/> consulté le 4 avril 2018).
- Preuves, lignes directrices et publications sur la sécurité des injections (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/injection-safety/en/> consulté le 4 avril 2018).
- OMS Décontamination et retraitement des

- dispositifs médicaux pour les établissements de santé (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/> consulté le 4 avril 2018).
- Lignes directrices nationales de PCI de la Sierra Leone (<http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/ipcguide.pdf> consulté le 4 avril 2018).
 - Politiques et lignes directrices sur la PCI de Trinité-et-Tobago pour les services de soins de santé (juin 2011) (<http://www.health.gov.tt/downloads/DownloadDetails.aspx?id=245> consulté le 4 avril 2018).
 - Politique et lignes directrices nationales du ministère de la Santé du Ghana pour la PCI dans les établissements de soins de santé (https://www.ghanhealthservice.org/downloads/National_Policy_and_Guidelines%20for_Infection_Prevention_and_Control_in_Health_Care_Settings_2015.pdf consulté le 4 avril 2018).
 - Manuel national de PCI du NHS d'Écosse (<http://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/> consulté le 4 avril 2018)
 - Affaires sanitaires de la Garde nationale, Manuel de PCI du Conseil de coopération du Golfe, deuxième édition, 2013 (<https://www.moh.gov.sa/CCC/Documents/GCC%20Infection%20control%20manual%202013%20revisedOPT.pdf> consulté le 4 avril 2018).
 - Lignes directrices nationales sur la PCI dans les établissements de soins aigus (https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/guidelines/infection_control_guidelines/national-infection-prevention-and-control-guidelines-for-acute-h.html consulté le 4 avril 2018).
 - Bibliothèque de lignes directrices sur la PCI du CDC (<https://www.cdc.gov/infection-control/guidelines/index.html> consulté le 4 avril 2018).
 - Association des professionnels de la lutte anti-infectieuse et de l'épidémiologie : liste des lignes directrices sur la PCI (<https://apic.org/Professional-Practice-Scientific-guidelines> consulté le 4 avril 2018).
 - Lignes directrices sur la PCI de la Société d'Asie-Pacifique pour le contrôle des infections (<http://apsic-apac.org/guidelines-and-resources/apsic-guidelines/> consulté le 4 avril 2018).

Planification

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questions d'orientation de la stratégie multimodale (annexe 2)

Sélection de publications

- Larson EL, Quiros D, Lin SX. Dissemination of the CDC's hand hygiene guideline and impact on infection rates. *Am J Infect Control*. 2007 h 35666-75 h 30
- Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Effect of education and performance feedback on rates of catheter-associated urinary tract infection in intensive care units in Argentina. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004 h 25-47 h 50
- Quiros D, Lin S, Larson EL. Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: a cross-sectional anonymous survey. *Heart Lung*. 2007;36:287-97



PRINCIPALE COMPOSANTE 3

ÉDUCATION ET FORMATION SUR LA PCI

– *Récapitulatif Rapide*

Il est important d'établir un lien entre l'éducation, la formation et vos lignes directrices locales fondées sur des données probantes et d'aligner les initiatives d'éducation et de formation sur d'autres politiques et programmes pertinents. L'établissement devrait assurer une formation de tous les nouveaux employés à la PCI, ainsi qu'une formation continue comportant des mises à jour au moins une fois par an. La formation et l'éducation devraient également être liées aux profils et compétences professionnels et une formation de base sur la PCI devrait être disponible pour tous les agents de santé impliqués dans la prestation de services et les soins aux patients, ainsi que pour d'autres personnels (par exemple, le personnel administratif et de gestion, le personnel des services auxiliaires, les nettoyeurs). Lors de l'élaboration de votre plan d'action, posez-vous les questions ci-après : 1) comment la formation sera-t-elle suivie et évaluée ? 2) comment saurez-vous que les connaissances et les comportements également se sont améliorés ?

Envisagez d'organiser des sessions de formation axées sur les tâches et des conférences pour renforcer la motivation des apprenants, en ayant recours à des modules d'apprentissage en ligne, à une formation par simulation, à une formation au chevet du patient par des équipes dédiées ou des infirmiers ou praticiens de liaison en PCI, ou à des sessions de groupe comportant des modules et des conférences en ligne dans le cadre de vos plans de formation et d'éducation. En outre, lors de l'élaboration de votre plan d'action, réfléchissez à la manière dont un appui sera apporté au responsable ou point focal de la PCI pour parfaire continuellement ses connaissances et ses compétences. Enfin, envisagez de proposer une formation sur les mesures d'hygiène de base aux patients et à leurs familles.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : FORMATION ET ÉDUCATION SUR LA PCI

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Inexistence d'expertise en méthodes d'élaboration et d'exécution d'une formation efficace sur la PCI	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher des compétences pour la formation sur la PCI et les faire correspondre au personnel disponible. Élaborer et soumettre aux hauts responsables un rapport sur l'état des compétences du personnel disponible, en soulignant les lacunes et la nécessité de renforcer les capacités par la formation et le mentorat. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI 	3 mois	Faible
Inexistence de programme régulier de formation sur la PCI	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un programme de formation sur la PCI en utilisant les modules de formation de l'OMS (voir outils et ressources). 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI 	3 mois	Modéré
Inexistence de fonds pour financer la formation	<ul style="list-style-type: none"> Voir le modèle de plan d'action de la principale composante 1 concernant le budget de la PCI. 	<ul style="list-style-type: none"> Voir le modèle de plan d'action de la principale composante 1 concernant le budget de la PCI. 		Voir la principale composante 1
Non intégration systématique de la formation sur la PCI à la formation à la pratique clinique des autres spécialités	<ul style="list-style-type: none"> Travailler avec les équipes cliniques pour créer un plan d'intégration de la PCI à la formation à la pratique clinique (par exemple, les pratiques d'hygiène des mains selon les cinq moments de l'OMS, les plateformes de formation pour l'insertion de dispositifs invasifs, les infections du site opératoire, la RAM, etc.). Décrire le plan d'évaluation pour évaluer le succès de l'intégration de la PCI à d'autres formations. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Membres de l'équipe de PCI Hauts responsables (pour solliciter et obtenir le soutien à cette approche) 	6 mois	Faible
Inexistence de formation systématique sur la PCI proposée aux patients ou aux membres des familles	<ul style="list-style-type: none"> Créer un plan pour proposer une formation aux patients ou aux membres des familles (sous différents formats) - envisagez de cibler les zones à haut risque, par exemple l'unité de soins intensifs, en utilisant une combinaison de méthodes (dépliants, affiches, informations et conseils verbaux). L'hygiène des mains peut constituer un point de départ utile pour la formation des patients et des familles. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Membres de l'équipe de PCI Experts en communication Groupes de patients ou services de liaison 	3 mois (et continu)	Faible
Inexistence ou faiblesse des programmes de perfectionnement continu destinés au personnel de PCI	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan de perfectionnement professionnel continu destiné au personnel chargé de la PCI, en tenant compte des déficits de compétences (liées au programme de PCI). Étudier les possibilités de stages dans d'autres établissements où la mise en œuvre de la PCI pourrait être plus avancée ou dans lesquels des projets spécifiques ont été mis en œuvre avec succès. Identifier les conférences ou ateliers éducatifs nationaux ou internationaux. Dans certains pays, le perfectionnement professionnel disponible comprend des cours de formation de brève durée pour les nouveaux praticiens de la PCI (par exemple, un cours de base d'une durée de deux semaines pour les débutants), un cours de formation avancée (par exemple, un cours d'une durée de quatre mois), un programme de maîtrise pour les praticiens de la PCI (pouvant aller jusqu'à deux ans), ainsi que des séminaires et conférences nationaux annuels. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI Hauts responsables Responsable de la qualité 	3 mois et continu	Modéré

Le Tableau 3F énumère certaines des barrières courantes à la mise en œuvre d'un programme de formation sur la PCI que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. Les exemples de mise en œuvre fournis sont axés sur les milieux disposant de peu de ressources (mais non de façon exclusive).

Tableau 3F. Barrières et solutions potentielles (principale composante 3)

Barrière potentielle	Solution potentielle	Exemples de mise en œuvre
Manque de matériel didactique	<ul style="list-style-type: none"> • Penser à commencer modestement, par exemple en mettant l'accent sur la formation à l'hygiène des mains comme point d'entrée en utilisant les supports déjà disponibles (par exemple, les ressources de l'OMS - voir la section Outils et ressources). • Vérifier la disponibilité ou non de matériel didactique standardisé auprès du programme national de PCI, des partenaires ou des sociétés et réseaux nationaux ou internationaux. 	<p>Utiliser le matériel didactique existant et commencer pas à pas « Nous avons utilisé l'hygiène des mains comme point d'entrée pour la formation du personnel de la PCI ». Kenya</p>
Manque d'expertise pour former l'ensemble du personnel concerné	<ul style="list-style-type: none"> • Penser à utiliser les approches de formation des formateurs. • Chercher à obtenir le soutien du niveau suivant si l'expertise existe, c'est-à-dire le niveau du district, du comté, de la région et du pays. • Envisager de faire appel à des services spécialisés pour soutenir la formation et le développement, si cela est possible et si les fonds le permettent. 	<p>Modèle de formation des formateurs « En tant que médecin-chef spécialistes des maladies infectieuses, j'ai d'abord pu obtenir un soutien pour suivre la formation de l'APSIC et nous avons ensuite pu obtenir un financement pour du personnel supplémentaire. Nous avons participé à un cadre de « formation des formateurs » qui bénéficie du soutien du Ministère de la santé où sont organisées des réunions régionales avec des experts pour se tenir informés. » Vietnam</p>
Implication des acteurs de toutes les disciplines concernées à la formation, y compris les champions et les responsables	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir l'engagement des responsables en faveur d'une formation pluridisciplinaire, notamment les administrateurs d'établissements de soins de santé, les médecins, les infirmiers et le personnel de soutien. 	<p>Approches multidisciplinaires avec formation intégrée aux descriptions de poste « Nous avons commencé modestement, puis sommes progressivement passés à l'échelle, mais le rôle d'un champion local pour piloter ce processus est essentiel. Au départ, il y avait de l'indifférence en Afrique du Sud, mais nous avons continué à échanger avec les services nationaux de la santé et avons obtenu l'adhésion des directeurs généraux, des administrateurs et des responsables du personnel infirmier des établissements. Le programme est autonome et fonctionne grâce aux contributions des participants (même si elles sont modestes). Le volet pratique de la formation est essentiel (rendez-vous dans le service au milieu de la formation, examinez le risque, analysez-le, interprétez-le et suscitez un changement). Selon notre expérience, il n'est pas indiqué de séparer les médecins, les laborantins et les responsables des déchets lors de la formation, car la formation multidisciplinaire brise les barrières hiérarchiques et instaure un respect qui peut être perpétué à l'hôpital. Les exigences de formation devraient également être intégrées aux descriptions de poste, car cela peut encourager une formation appropriée. Par exemple, les administrateurs devraient suivre un cours d'une durée de cinq jours sur la PCI dans les trois à quatre mois suivant leur entrée en fonction. Dans l'ensemble, grâce au travail du Réseau africain de lutte contre les infections (ICAN), il existe désormais un effectif d'agents de santé formés sur la PCI grâce à des cours de niveau universitaire sanctionnés par des diplômes de troisième cycle. Il convient d'exploiter et de mettre à profit ces ressources et initiatives existantes. » ICAN</p> <p>Formation pour tous les nouveaux arrivants et la PCI comme principale composante de l'évaluation des performances. « Nous avons intégré la formation sur la PCI et l'orientation des nouveaux employés. En outre, nous avons discuté de l'inclusion de cette formation dans le cadre des évaluations annuelles des performances. » Nigéria</p>

Table 3F. Potential barriers and solutions (core component 3) continued

Barrière potentielle	Solution potentielle	Exemples de mise en œuvre
<p>Manque de temps pour la formation (la formation ne constitue pas une priorité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager la formation sur le tas, la supervision et le mentorat. • Intégrer la PCI à l'orientation du personnel. • Inclure la PCI dans l'évaluation des performances du personnel. 	<p>Formation en cours d'emploi « Nous avons accordé la priorité à l'envoi de personnes pour assurer des formations sur le tas et avons organisé des ateliers régionaux sur la PCI. » Médecins Sans Frontières</p> <p>Utilisation d'une « salle de démonstration » « L'hôpital de district de Swedru, dans la région centrale du Ghana, a créé une salle de démonstration après la formation sur la PCI, dotée de tous les éléments de PCI, allant de l'équipement pour l'hygiène des mains à un mannequin, en passant par les articles d'entretien des instruments, la gestion des déchets, les équipements de protection individuelle et un lit. Cette salle sert d'espace de formation continue pour toutes les catégories de personnel de santé. » Ghana</p>
<p>Implication du personnel médical dans la formation sur la PCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager de recourir à la simulation 	<p>Utilisation de la simulation « Nous avons un programme annuel pour nos agents de santé, qui est actuellement en train de migrer vers une plateforme virtuelle. Jusqu'à l'année dernière, nous avions des réunions mensuelles avec nos infirmiers pendant leur quart de travail, ainsi que d'autres réunions spéciales pour les médecins, le personnel technique et le personnel d'entretien. Pour les nouveaux résidents, nous proposons une simulation et une formation dans le cadre de leur orientation de nouvel employé. » Argentine</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Plan d'action

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale (annexe 2)

Formation

- Modules de formation avancée de l'OMS à la PCI (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> consulté le 4 avril 2018).
- Matériel didactique de l'OMS pour l'amélioration de l'hygiène des mains (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/training_education/en/ consulté le 4 avril 2018).
- Outils de l'OMS pour le climat de sécurité institutionnel avec un accent sur la participation des patients (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/safety_climate/en/ consulté le 4 avril 2018).
- Liste des cours de formation sur la PCI du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-guidance-prevention-and-control/training/training-courses-infection> consulté le 16 avril 2018).
- Guide de l'animateur PCI du service de santé du Ghana - disponible via le module d'apprentissage PCI et WASH (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/gh-c/schematic-GLL.pdf?ua=1> consulté le 4 avril 2018).
- Public Health Ontario (Canada) (<https://www.publichealthontario.ca/en/LearningAndDevelopment/OnlineLearning/InfectiousDiseases/Pages/default.aspx> consulté le 4 avril 2018)

Sélection de conférences internationales

- Association des professionnels du contrôle des infections et de l'épidémiologie (APIC) (www.apic.org consulté le 4 avril 2018)
- oAPSIC (<http://apsic-apac.org/> consulté le 26 avril 2018)
- Congrès européen de microbiologie clinique et des maladies infectieuses (<http://www.eccmid.org/> consulté le 4 avril 2018).
- Réseau africain de lutte anti-infectieuse (<http://www.icanetwork.co.za/> consulté le 16 avril 2018).
- Institut d'administration publique du Canada (<https://ipac-canada.org/canadi->

an-ipac-course.php consulté le 4 avril 2018).

- Conférence internationale sur la prévention et le contrôle des infections (<http://www.icpic.com/> consulté le 4 avril 2018).
- Fédération internationale de lutte anti-infectieuse (www.theific.org consulté le 4 avril 2018).

Selected publications

- Allen GB, Miller V, Nicholas C, Hess S, Cordes MK, Fortune JB, et al. A multitiered strategy of simulation training, kit consolidation, and electronic documentation is associated with a reduction in central line-associated bloodstream infections. *Am J Infect Control.* 2014;42:643-8.
- Sherertz RJ, Ely EW, Westbrook DM, Gledhill KS, Streed SA, Kiger B, et al. Education of physicians-in-training can decrease the risk for vascular catheter infection. *Ann Intern Med.* 2000;132:641-8.



PRINCIPALE COMPOSANTE 4

SURVEILLANCE DES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS DE SANTÉ

– *Récapitulatif Rapide*

La réalisation d'activités de surveillance des IAS nécessite le soutien et l'accord de la direction de l'établissement et des chefs des services cliniques ciblés, car elle est liée à la sécurité des patients et à l'évaluation des performances et peut nécessiter des ressources supplémentaires (par exemple, du temps dédié pour le personnel formé et, dans certains cas, des examens microbiologiques). Le renforcement des capacités de surveillance nécessitera un certain degré de formation de la personne désignée comme responsable de la surveillance (le plus souvent, le responsable de la PCI) et des personnes chargées de la collecte des données, généralement les infirmiers et les médecins travaillant dans les pavillons ou les services où est assurée la surveillance. Si cette expertise n'existe pas encore, elle devrait constituer la priorité initiale de vos plans. Pensez à l'expertise disponible dans les établissements de santé voisins et au niveau national pour soutenir cette activité.

Dans certains pays, des experts nationaux en surveillance effectuent des visites de soutien sur site ou assurent le mentorat pour aider à la formation, y compris l'évaluation de la recherche de cas, le renseignement des formulaires de surveillance et le soutien à la collecte et à l'analyse des données. Il n'est pas nécessaire de mettre en place une surveillance couvrant tous les types d'infections liées aux soins de santé - il convient de fixer des objectifs et des indicateurs bien définis et axés, par exemple, sur les bactériémies, les infections du site opératoire pour des interventions spécifiques ou les infections urinaires chez les patients porteurs de sondes urinaires. De nombreux établissements de santé ne disposant d'aucune capacité de surveillance ont commencé par de petits projets, par exemple pour s'attaquer à l'infection du site opératoire chez les femmes ayant subi une césarienne ou une intervention courante présentant un problème connu lié aux infections. En outre, certains établissements de santé ont utilisé des données existantes sur d'autres maladies infectieuses, par exemple le VIH ou la tuberculose, pour démontrer la valeur des données globales pour assurer l'amélioration. La plupart des enseignements tirés du terrain suggèrent d'adopter une approche progressive, en sélectionnant soigneusement des méthodes fondées sur des données probantes et en commençant par de petits projets pour passer par la suite à l'échelle supérieure.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : SURVEILLANCE DES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS DE SANTÉ

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
<p>Inexistence ou limitation des ressources pour la surveillance se traduisant notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'inexistence ou la limitation de ressources financières ; • l'inexistence ou la limitation de ressources humaines (par exemple, absence ou insuffisance de personnel formé et capable d'appliquer un processus de collecte de données normalisé) ; • l'inexistence ou la limitation du soutien informatique pour assurer la surveillance (par exemple, équipement, technologies mobiles, dossiers médicaux électroniques). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se référer au modèle de plan d'action de la principale composante 1. • Élaborer une analyse de rentabilité pour faire face : <ul style="list-style-type: none"> • au besoin d'expertise requise en matière d'épidémiologie ou de surveillance (si elle n'est pas déjà incluse dans l'analyse de rentabilité de l'équipe de PCI) en s'appuyant sur les questions d'orientation sur la stratégie multimodale à la nécessité d'accroître les capacités et les ressources informatiques. • Chercher à savoir s'il existe une expertise à laquelle les programmes nationaux ou régionaux peuvent accéder, y compris un programme de travail sur la RAM auquel la PCI peut s'intégrer. • Étudier la possibilité d'utiliser l'expertise épidémiologique existante d'autres programmes, le cas échéant. • Examiner la disponibilité de cours en ligne pour soutenir la formation. • Envisager de commencer par des enquêtes de prévalence ciblées comme exercice pour permettre au personnel de s'exercer au diagnostic des IAS, de collecter et d'analyser les données et de reconnaître l'épidémiologie et les problèmes des IAS dans leur environnement (voir ci-dessous). 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la PCI, responsable de la PCI et épidémiologiste de l'établissement de soins de santé s'il en existe, en collaboration avec la direction générale ou le directeur général 	3 à 6 mois	Faible
<p>Inexistence ou limitation d'informations sur la charge de morbidité des infections liées aux soins de santé au sein de l'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'idéal est de mener une enquête de prévalence ponctuelle (EPP) afin d'identifier les IAS les plus fréquentes au sein de votre établissement et d'orienter les futures approches de surveillance. Vérifier la disponibilité ou non d'un protocole d'enquête de prévalence ponctuelle (EPP), de formulaires de collecte de données et d'une base de données auprès des programmes nationaux de PCI ou de surveillance ou en élaborer en se référant aux normes internationales. • Piloter le PPS dans plusieurs unités, dont • l'unité de soins intensifs et les services de chirurgie. • En se basant sur l'expérience pilote, entreprendre l'EPP dans l'ensemble de l'établissement de santé. • Communiquer les résultats aux chefs d'unités et au comité de PCI et s'employer à obtenir un appui pour identifier les domaines prioritaires pour la surveillance continue. • Se servir des résultats pour soutenir le besoin continu d'un programme de PCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin spécialiste de la PCI • Infirmier spécialisé en PCI 	3 à 6 mois	Modéré

Sample action plan: HAI surveillance continued

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Inexistence de définition de cas (fiable) pour la surveillance	<ul style="list-style-type: none"> En cas de disponibilité de définitions nationales, s'y référer pour élaborer des définitions locales et un protocole de surveillance. En l'absence de définitions nationales, élaborer des définitions en utilisant : <ul style="list-style-type: none"> les définitions internationales disponibles dans votre région, par exemple, le protocole de surveillance des infections liées aux soins de santé du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) (voir outils et ressources) ; les définitions de la surveillance par le Réseau national de sécurité sanitaire des soins de santé (NHSN) du CDC des États-Unis pour des types d'infections spécifiques (voir outils et ressources) ; le Protocole de l'OMS pour la surveillance des infections du site opératoire axé sur les milieux à faibles ressources (voir outils et ressources). 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI 	1 à 2 mois	Faible
Surveillance standardisée ne constituant pas encore une composante bien définie du programme de PCI (y compris sur une série de sujets recommandés).	<ul style="list-style-type: none"> En faisant appel à des professionnels formés à la PCI, utiliser comme référence des définitions, des méthodes et des formulaires de collecte de données fondés sur des données probantes et organiser une réunion d'experts avec les chefs d'unité, les médecins et les infirmiers (en particulier les unités à haut risque, par exemple les unités de soins intensifs, de chirurgie, de néonatalogie, des brûlés, des maladies infectieuses, etc.) afin de discuter d'une approche prudente adaptée au contexte local pour instituer une surveillance régulière dans les domaines prioritaires et des méthodes à utiliser. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI 	3 mois	Modéré
Manque général de sensibilisation à la valeur de la surveillance dans l'ensemble de l'établissement – alignement non encore parfait des activités de surveillance sur les besoins et les priorités des établissements de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer de petits documents de plaidoyer soulignant les avantages de la surveillance des infections liées aux soins de santé – mettre l'accent sur la façon dont les informations de surveillance peuvent aider à réduire les infections liées aux soins de santé dans l'ensemble de l'établissement et sur le mode d'utilisation efficace des informations de surveillance pour améliorer les pratiques de soins aux patients et la détection précoce des épidémies d'infections liées aux soins de santé. Inclure des données sur le rapport coût-efficacité tirées d'études démontrant l'avantage économique de la détection et de la prévention des infections liées aux soins de santé. En cas de disponibilité de données l'EPP, les utiliser pour sous-tendre le plaidoyer et la formation. Sur la base des réunions avec les chefs de service et des discussions au sein du comité de PCI, dresser une liste des priorités et évaluer les plans de surveillance en fonction de ces priorités du moment - les plans et les ressources pour la surveillance devraient être fermement établis comme élément clé du programme général de PCI, y compris pour répondre aux exigences de collecte et d'analyse de données ainsi que d'établissement de rapport y afférent. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable ou point focal de la PCI 	1 à 2 mois	Faible

Sample action plan: HAI surveillance continued

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Inexistence de capacité d'analyse microbiologique ou de laboratoire pour soutenir la surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Étudier les possibilités réalistes de créer un laboratoire de microbiologie. • À court terme – s'il n'existe aucun laboratoire – étudier les possibilités d'envoyer des échantillons microbiologiques à un autre laboratoire, par exemple un hôpital régional ou de soins tertiaires. • Élaborer et présenter aux hauts responsables un argumentaire pour la surveillance des IAS. Utiliser les outils de calcul des coûts disponibles (calculateur de coûts des IAS de l'APIC (voir outils et ressources). 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la PCI, responsable de la PCI et épidémiologiste de l'établissement de soins de santé s'il en existe, en collaboration avec la direction générale ou le directeur général 	3 mois	Haut

Le Tableau 3G énumère certaines des barrières courantes à la mise en œuvre d'un programme de surveillance de la PCI que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. Les exemples de mise en œuvre fournis sont axés sur les milieux à faibles ressources (mais non de façon exclusive).

Tableau 3G. Barrières et solutions potentielles (principale composante 4)

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
<p>Manque d'expertise en matière de surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les programmes nationaux ou régionaux existant déjà et la manière dont un appui pourrait être apporté à votre établissement pour y adhérer afin d'acquérir une expérience d'apprentissage et d'accéder à l'expertise nécessaire à la mise en œuvre de vos plans. Examiner ce qui est déjà abordé, par exemple, dans le cadre de votre programme de travail sur la RAM - la PCI peut-elle s'en inspirer et s'y intégrer ? Étudier la possibilité de faire appel à d'autres experts en épidémiologie pour vous aider à interpréter vos résultats une fois ceux-ci rassemblés et collecter des exemples de présentation de données sur d'autres sujets afin de les utiliser pour l'IAS. 	<p>Établir des liens avec des programmes régionaux ou nationaux pour renforcer les capacités locales</p> <p>« Nous avons pu travailler avec un programme régional soutenu par le CDC. Ce programme utilisait un modèle de « formation des formateurs ». Certains hôpitaux ont été formés et ont ensuite été en mesure de nous fournir un soutien sous forme de mentorat. Il s'agit de visites régulières de soutien qui mettent l'accent sur la formation du personnel ou les entretiens avec le personnel (y compris l'équipe de PCI, le laboratoire de microbiologie, les cliniciens), l'application rigoureuse des définitions, l'évaluation des pratiques de recherche de cas et de collecte des données sur les dénominateurs, l'examen des formulaires de surveillance renseignés pour évaluer la qualité, l'examen de l'utilisation des données aux fins de l'action locale. Pour favoriser la faisabilité et la durabilité, nous avons commencé avec un seul résultat de surveillance, les bactériémies liées aux cathéters. Nous avons également communiqué avec l'International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) au sujet des taux de référence pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui nous a ensuite permis de créer nos propres points de référence, d'établir des priorités et de montrer les mesures aux responsables, en comparant les taux globaux et ceux des unités de soins intensifs. » Inde</p> <p>Établir des liens avec les approches existantes, par exemple, la résistance aux antimicrobiens, la tuberculose et le VIH</p> <p>« La mise en place d'une surveillance clinique et en laboratoire a été laborieuse. Nous avons commencé par une surveillance sélective des infections liées aux soins de santé, y compris l'hémoculture, la surveillance des plaies et des maladies respiratoires. La mise en place d'une méthode de surveillance automatisée pourrait constituer un grand pas en avant. Le travail sur la RAM permettra également d'accroître la surveillance avec le soutien du niveau national. Les établissements pourraient commencer à évaluer les données sur la tuberculose et le VIH tirées des soins de santé afin de montrer la charge de morbidité des IAS. Nous avons commencé par les bactériémies associées aux soins de santé, en faisant notamment des retours d'information hebdomadaires aux services de pédiatrie et de néonatalogie sur les résultats des hémocultures, les issues et l'identification des sources ou causes possibles de septicémie. Qui plus est, la surveillance sans retour d'information est un gaspillage. Nous communiquons nos données de surveillance au personnel clinique toutes les deux semaines ou une fois par mois lors des réunions de service des mardis matins. » ICAN</p>

Table 3G. Potential barriers and solutions (core component 4) continued

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
<p>Incertitude quant à où commencer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cibler les zones à haut risque, par exemple les unités de soins intensifs (infections associées aux dispositifs médicaux) ou les services chirurgicaux (infection du site opératoire en tant que complication d'une intervention chirurgicale majeure) comme point d'entrée naturel. • Commencer modestement. Désigner un infirmier spécialisé en PCI qui se rendra quotidiennement dans les services sélectionnés, recueillera les données de surveillance auprès des équipes locales ou d'un infirmier de liaison et utilisera les résultats pour obtenir un soutien. Accorder la priorité aux interventions les plus fréquentes, en ayant recours à des mesures de prévention bien connues et fondées sur des données probantes, ou aux infections auxquelles les ressources de votre établissement de santé peuvent vous permettre aisément d'accéder ou d'apporter un appui. • Envisager une approche graduelle de la mise en œuvre - par exemple, la surveillance des infections du site opératoire pourrait dans les premiers temps être limitée à certaines interventions chirurgicales générales ou obstétriques couramment pratiquées. • Procéder à l'EPP pour détecter les IAS les plus fréquentes. Organiser des réunions avec les chefs d'unité, les médecins et les infirmiers pour identifier les principaux problèmes de PCI et d'IAS auxquels ils se heurtent et discuter de la manière dont la PCI peut les aider à les résoudre. Le développement de relations est important - en particulier avec le laboratoire de microbiologie, le laboratoire clinique, la pharmacie, les médecins travaillant spécifiquement sur la RAM. Sonder la perception que ces parties prenantes clés ont de ce qui constitue le problème majeur d'IAS ou de PCI au sein de leur unité et dans l'ensemble de l'établissement de soins de santé - cela permettra d'obtenir un soutien et de garantir la durabilité. • S'il existe déjà des données de surveillance, même limitées, s'en servir et identifier les domaines où l'on observe une incidence plus élevée, par exemple, de pneumonie associée à la ventilation, d'infections du site opératoire, de bactériémies ou d'infections urinaires associées à un cathéter. • Utiliser les données probantes et les explications fournies comme motifs pour investir dans la surveillance. • Établir un lien avec la surveillance de la RAM et présenter la surveillance des infections associées aux IAS comme élément nécessaire pour arrêter la propagation de la RAM. 	<p>Commencer modestement – mettre l'accent sur les domaines à haut risque convenus</p> <p>« Nous avons deux infirmiers spécialisés en PCI responsables de la surveillance, auxquels se joindra bientôt un troisième. Nous utilisons la méthodologie et le logiciel électronique du NHSN du CDC. Il s'agit d'une surveillance prospective active menée quotidiennement. Nous axons la surveillance sur nos unités de soins intensifs, de chirurgie pour les interventions les plus complexes et d'hémodialyse. Nous disposons également d'une méthodologie de surveillance des MDRO et du Clostridium difficile pour notre programme de gestion des antimicrobiens. Notre laboratoire de microbiologie est un laboratoire de référence dans le pays et fait rapport au système WHONET. Nous faisons régulièrement des retours d'information lors de réunions et produisons également un rapport annuel officiel. » Argentine</p> <p>Commencer modestement – mettre l'accent sur les infections des sites opératoires</p> <p>« Nous avons décidé de commencer par la surveillance des infections des sites opératoires, vu notre participation à une étude de recherche sur ce sujet. Nous avons jugé l'infection du site opératoire comme étant un bon résultat de surveillance prioritaire car les données laissent penser qu'il s'agit là de l'une des IAS les plus courantes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les points clés de la surveillance sont les suivants : quelles données collecter, sur quelle période, et par qui, comment les évaluer, qu'en ferez-vous et comment ces activités peuvent-elles être menées à faible coût ? Pour les infections du site opératoire et la stratification pertinente ou pratique du processus ou du risque (critères du l'US National Nosocomial Infection Surveillance System [NNIS]), les données doivent être collectées par le personnel de la PCI si possible pendant 30 jours, y compris par appels téléphoniques après la sortie d'hôpital, car les infections du site opératoire sont définies comme des infections survenant sur le site de l'opération dans les 30 jours suivant l'intervention. Les données devraient être stratifiées en fonction des risques pour tenir compte des facteurs liés à l'opération, au patient, à la microbiologie et à l'établissement. Nous avons utilisé les données pour évaluer nos efforts d'amélioration de la qualité. Au cours de ce processus, nous avons été confrontés à des problèmes de manque de personnel et de ressources pour la PCI, à des services de microbiologie limités et à une utilisation excessive d'antibiotiques. » Kenya</p> <p>Commencer modestement – « surveillance de terrain »</p> <p>« Au début, tout se faisait sur papier et au crayon. Nous avons, au départ, commencé par la surveillance clinique. Le personnel se rendait chaque jour dans le service, prenait des nouvelles du patient et vérifiait son dossier médical. Ensuite, nous avons ajouté la surveillance en laboratoire, dans laquelle surveillance le laboratoire nous envoyait les informations. Nous avons acquis les services de deux statisticiens qui pouvaient nous aider à gérer et à analyser les données. Par la suite, le Ministère de la santé a financé un protocole et un programme régional impliquant des hôpitaux modèles pour promouvoir le mentorat hospitalier partagé pour les bactériémies et les infections urinaires liées aux cathéters. Nous avons participé à ce programme tout en continuant à assurer la surveillance des pneumonies liées à la ventilation et des infections du site opératoire en utilisant nos propres méthodes (informations de laboratoire et données tirées des dossiers médicaux). Chaque mois, nous produisons un rapport de surveillance qui est transmis au conseil d'administration de l'hôpital et à l'infirmier en chef de chaque service. Ce rapport comprend la sélection de taux d'IAS et le profil de résistance des agents pathogènes (également utilisé pour les décisions de traitement). » Vietnam</p>

Table 3G. Potential barriers and solutions (core component 4) continued

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
<p>Obtention d'un appui pour valoriser la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer une communication fréquente des résultats de la surveillance aux services ou unités et aux responsables lors des réunions importantes, par exemple lors des visites médicales, afin de mettre en évidence les « données pour l'action ». • Lors des discussions avec le personnel clinique, insister sur la confidentialité des données de surveillance et sur la valeur positive de la surveillance. • Communiquer avec l'équipe travaillant sur l'amélioration de la qualité en vue d'obtenir son soutien – expliquer la manière dont les données de surveillance concourent à l'amélioration continue de la qualité. • Établir un lien avec la surveillance de la RAM et présenter la surveillance de la PCI comme volet nécessaire de la prévention de la RAM. • S'appuyer sur les données disponibles pour communiquer avec le Ministère de la santé. • Déterminer le temps nécessaire pour mener les activités de surveillance, de prévention et de contrôle des infections en fonction de plusieurs paramètres, notamment les besoins de la population de patients, les facteurs de risque associés à cette population, la complexité des services, les besoins éducatifs du personnel, ainsi que les ressources et les services de soutien disponibles. 	<p>Obtenir un appui</p> <p>« Nous avons commencé par l'adaptation des définitions normalisées, ce qui nécessite un dialogue poussé. La partie la plus importante est la stratégie de retour d'information. Nous affichons les taux d'infection par unité sur les tableaux d'affichage. Ces données sont discutées avec les unités lors des rondes importantes et la direction en est également informée. » Nigéria</p> <p>La surveillance est une voie sans fin</p> <p>« C'était comme un navire perdu de vue sur un océan - comment devons-nous lancer notre système de surveillance ? Nous avons la volonté d'aller de l'avant, mais ne disposons pas d'outils, avons seulement trois médecins spécialisés en PCI, un infirmier, des informaticiens aux capacités très limitées et un grand hôpital de soins tertiaires (d'une capacité de 1500 lits). Dans un premier temps, nous avons mis en place une surveillance passive, qui ne s'appuyait que sur des données de laboratoire de microbiologie et reposait sur des activités de surveillance active simples, comme des infections dans le domaine des soins intensifs. Puis, nous sommes passés à une autre surveillance plus active et ciblée comprenant la surveillance des infections du site opératoire dans les unités chirurgicales et des pneumonies liées à la ventilation dans les unités de soins intensifs, ainsi que des infections urinaires associées aux cathéters et des bactériémies dans toutes les unités. Les infirmiers de liaison de chaque service prenaient quotidiennement les nouvelles des patients, vérifiaient leurs dossiers médicaux et envoyaient un formulaire de notification des cas infectés en se conformant aux définitions des IAS du CDC. Ensuite, nous, en tant qu'équipe de PCI, avons vérifié les données de laboratoire pour ces cas ; le processus était toutefois manuel et très laborieux jusqu'à ce que nous puissions participer au premier programme de surveillance national soutenu par le CDC qui utilisait un système de surveillance automatisé des IAS dans les unités de soins intensifs. Cette méthode a considérablement amélioré la précision et la compétence du système de surveillance en permettant d'assurer un retour d'information régulier aux cliniciens. Elle a, en outre, permis de réaliser des analyses comparatives entre tous les établissements participant au programme. » Égypte</p>
<p>Manque d'installations de laboratoire ou de capacités d'analyse microbiologique pour assurer des tests et fournir des résultats d'examen microbiologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher le soutien d'un laboratoire de microbiologie au niveau régional, national ou infranational, notamment auprès des laboratoires de référence ou des laboratoires de microbiologie d'un hôpital de soins tertiaires. • Se référer au Programme de renforcement de la gestion des laboratoires en vue de l'accréditation (SLMTA) et s'en servir. Il s'agit d'un programme structuré d'amélioration de la qualité qui enseigne aux chefs de service de laboratoire comment mettre en œuvre des systèmes pratiques de gestion de la qualité dans des contextes à ressources limitées, en se basant sur les ressources disponibles. Il comprend des cours de brève durée et des projets d'amélioration axés sur le travail. Le SLMTA est conçu pour réaliser des améliorations immédiates et mesurables dans les laboratoires. • Étudier la possibilité de recruter un microbiologiste pour accompagner la mise en place d'un laboratoire. • Se référer également aux méthodes et aux exigences du Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) qui indique les méthodes de détection et de déclaration de la RAM pour les agents pathogènes prioritaires, y compris chez les patients hospitalisés. Cela permettra l'alignement sur les normes reconnues et auxquelles tous les pays sont encouragés à se conformer. 	<p>Renforcer les capacités des laboratoires</p> <p>« Les laboratoires du Ghana ont été pris en charge par le programme SLMTA. Ils ont reçu de l'aide pour la formation de leur personnel et la logistique de laboratoire. Une évaluation de leur capacité a ensuite été réalisée, puis les différents laboratoires ont été mis à niveau. Les laboratoires des dix hôpitaux régionaux ont été mis à niveau, ainsi que ceux des 37 hôpitaux militaires et du centre de recherche médical de Kintampo. Les hôpitaux universitaires de Korle-Bu, de Komfo Anokye, de Tamale et l'hôpital Takoradi ont été transformés en laboratoires de référence. En outre, en 2016, un nombre de 295 membres du personnel de laboratoire ont été formés à l'examen microscopique du paludisme pour dépister les cas de paludisme dans les services de consultation externe. Cela a permis de faire passer la positivité des tests de paludisme de 39 % à 77,3 % et les résultats montrent que les activités de travail en laboratoire se sont améliorées dans les établissements susmentionnés. » Ghana</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Argumentaire/dossier financier

- Calculateur de coûts des IAS de l'APIC (<http://www.apic.org/Resources/Cost-calculators> consulté le 4 avril 2018)
- Combien les superbactéries coûtent-elles aux hôpitaux australiens ? Un outil en accès libre fondé sur des données probantes (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468045117302274> consulté le 4 avril 2018).

Orientations, politiques et normes

- Protocole OMS pour la surveillance des infections du site opératoire en mettant l'accent sur les milieux disposant de ressources limitées (http://www.who.int/infection-prevention/tools/surgical/evaluation_feedback/en/ consulté le 4 avril 2018).
- Formulaire de collecte des données péri-opératoires de la surveillance des infections du site opératoire de l'OMS (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/surgical/SSS-pre-op-form.pdf?ua=1> consulté le 4 avril 2018).
- Formulaire de l'OMS pour la collecte des données postopératoires de la surveillance des infections du site opératoire (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/surgical/SSI-post-op-form.pdf?ua=1> consulté le 4 avril 2018).
- Définitions de surveillance du NHSN du CDC pour des types d'infections spécifiques. 2017 (https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinf-def_current.pdf consulté le 4 avril 2018)

- Protocole de surveillance des IAS de l'ECDC (<https://ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-acute-care-hospitals/surveillance-data/protocol> consulté le 4 avril 2018).
- Définitions des infections liées aux soins de santé de l'Organisation panaméricaine de la Santé (http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ENG_Modulo%20%20final.pdf consulté le 4 avril 2018).
- Lignes directrices mondiales de l'OMS pour la prévention de l'infection du site opératoire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 - chapitre 3 (3.2) (<http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf> consulté le 4 avril 2018).
- Système mondial de surveillance de la RAM (GLASS) (<http://www.who.int/glass/en/> consulté le 4 avril 2018)

Planification

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale (annexe 2)

Formation

- Module de formation de l'OMS sur les infections du site opératoire (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> consulté le 4 avril 2018).
- SLMTA (<https://slmta.org/> consulté le 4 avril 2018)
- Webinaire sur l'expérience de la Colombie en matière de renforcement des capacités de surveillance dans l'ensemble de ses réseaux hospitaliers « Surveillance des infections liées aux soins de santé de santé et à la consommation d'antibiotiques en milieu hospitalier ». (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_

[download&Itemid=270&gid=42491&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_)) Organisation panaméricaine de la santé consulté le 26 avril 2018).

Sélection de publications

- Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR Morb Mortal Wkly Rep.
- Allegranzi B, Aiken AM, Kubilay Z, Nthumba P, Barasa J, Okumu G, et al. A multimodal infection control and patient safety intervention to reduce surgical site infections in Africa: a multicentre, before-after cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2018/jcupp.5. [Epub ahead of print].
- Barwolff S, Sohr D, Geffers C, Brandt C, Vonberg RP, Halle H, et al. Reduction of surgical site infections after caesarean delivery using surveillance. *J Hosp Infect.* 2006;64:156-61.
- Geubbels EL, Nagelkerke NJ, Mintjes-De Groot AJ, Vandenbroucke-Grauls CM, Grobbee DE, De Boer AS. Reduced risk of surgical site infections through surveillance in a network. *Int J Qual Health Care.* 2006;18:127-33.
- Stempluk V. Surveillance of healthcare-associated infections in low- and middle-income countries: from the need to a reality. *Curr Treat Options Infect Dis.* 2018. (<https://doi.org/10.1007/s40506-018-0148-x>).



PRINCIPALE COMPOSANTE 5

STRATÉGIES MULTIMODALES – *Récapitulatif Rapide*

Certains établissements de santé ne sont peut-être pas encore familiarisés avec le concept de stratégie multimodale et son potentiel pour favoriser l'amélioration de la PCI. Nombre d'entre eux ont peut-être utilisé d'autres approches (par exemple, le Cadre intégré de sécurité dans les unités de soins (CUSP) pour mettre en œuvre la PCI (voir outils et ressources) et ne réalisent pas qu'ils comportent des concepts fort similaires.

Réfléchissez à la manière dont on peut promouvoir l'approche multimodale, par exemple, par le biais d'ateliers, de petites sessions de formation et de conversations en tête-à-tête. Si vous avez utilisé une approche multimodale pour favoriser l'amélioration de l'hygiène des mains, développez-la et adaptez-la à toutes les principales composantes de la PCI et aux programmes spécifiques d'amélioration de la PCI.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : STRATÉGIES MULTIMODALES

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
<p>Manque de sensibilisation, d'engagement, de connaissance et de valorisation d'une stratégie multimodale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parcourir attentivement le chapitre sur les stratégies multimodales dans les lignes directrices de l'OMS relatives aux principales composantes et la deuxième partie du présent manuel pour bien comprendre la philosophie et les données probantes qui sous-tendent cette approche. • Lire les publications scientifiques énumérées ci-dessous pour comprendre la manière dont les stratégies multimodales ont été mises en œuvre à l'effet de soutenir les programmes d'amélioration de la PCI couronnés de succès. • Envisager d'entreprendre un audit formel ou une évaluation informelle des connaissances du personnel en matière de stratégies multimodales. • Mettre en place une série de sessions de sensibilisation ou de formation de brève durée avec tout le personnel concerné, y compris les hauts responsables – utiliser un document de stratégie multimodale pour impliquer le personnel lors des réunions et des sessions de formation (voir outils et ressources). • S'assurer que la formation sur la PCI (formation d'orientation et formation continue) sensibilise les stagiaires à la stratégie multimodale (voir outils et ressources). • Imprimer les publications scientifiques énumérées à la section consacrée aux outils et aux ressources sur l'utilisation d'une stratégie multimodale qui a permis d'améliorer la PCI ou de réduire les infections liées aux soins de santé, afin de les présenter comme données probantes. • Intégrer la pensée multimodale dans les supports de promotion de la PCI. • Former des champions dans les services et les équipes de gestion des établissements de santé pour développer la pensée multimodale et promouvoir l'utilisation de stratégies multimodales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la PCI 	3 mois	Modéré
<p>Non prise en compte systématique par les stratégies d'amélioration de la PCI de la totalité des éléments d'une stratégie multimodale (changement de système, éducation et formation, suivi et retour d'information, communication et rappels et changement de culture)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire de la sensibilisation aux questions d'orientation de la stratégie multimodale afin d'inciter à l'intégration de l'approche multimodale dans toutes les améliorations de la PCI, par exemple, en communiquant directement les questions d'orientation aux infirmiers et aux médecins-chefs, aux infirmiers ou aux praticiens de liaison de la PCI, en les incluant dans les lignes directrices de la PCI et dans la formation. • Élaborer des brochures ou d'autres documents pour montrer des exemples concrets de la nécessité de chaque élément de la stratégie pour obtenir un changement de comportement et réaliser un impact sur les résultats dans le cadre d'un programme spécifique de PCI que vous entendez mettre en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la PCI en collaboration avec les chefs de services 	3 mois	Modéré

Sample action plan: Multimodal strategies continued

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Lead person and other team members	Timeline	Budget/ resources
Absence de rapports avec les collègues en charge de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients pour aider à développer et à promouvoir des stratégies multimodales de PCI	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions avec les collègues concernés pour plaider en faveur d'une approche multimodale de l'amélioration de la PCI et discuter de ce en quoi la stratégie multimodale de l'OMS présente des similitudes avec d'autres approches d'amélioration de la qualité et examiner les manières dont cette stratégie peut être intégrée à d'autres initiatives se rapportant à la qualité. Pendant les réunions, commencer par donner un exemple de ce qu'est la pensée multimodale. Par exemple, lors des discussions sur les difficultés inhérentes à la PCI et les solutions potentielles avec vos collègues, tenir un discours renvoyant au changement de système, à la formation et à l'éducation, à l'audit et au retour d'information, aux rappels et à la communication et à l'environnement favorisant la sécurité. 	•Responsable de la PCI	1 mois	Non applicable

Le Tableau 3H énumère certaines des barrières courantes à la mise en œuvre des stratégies multimodales que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. La dernière colonne renvoie le lecteur à des exemples de mise en œuvre associés, en mettant l'accent sur les milieux à faibles ressources (mais non de façon exclusive).

Tableau 3H. Barrières et solutions potentielles (principale composante 5)

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
Manque de compréhension des stratégies multimodales	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer aux administrateurs le rôle essentiel que joue une approche multimodale dans l'appui à la mise en œuvre et le changement de comportement. Utiliser l'hygiène des mains comme exemple de ce que signifie une approche multimodale et élaborer une description pour présenter chacun des cinq éléments. 	<p>Assurer la sensibilisation au travers d'ateliers « Nous avons organisé des ateliers à l'intention des administrateurs des établissements afin de les sensibiliser à cette approche et à son importance. » Sénégal</p> <p>Utiliser les approches existantes, par exemple l'hygiène des mains, pour décrire l'approche multimodale « Nous avons utilisé le cas de l'hygiène des mains. Nous avons plaidé auprès de la direction pour la nécessité d'utiliser régulièrement du savon et de l'eau. Nous avons demandé aux médecins et aux infirmiers d'être des champions de l'hygiène des mains que les autres membres du personnel pourraient imiter. Chaque mois, nous décernons un prix au champion de l'hygiène des mains, un pour un médecin et un pour un infirmier. Les résultats sont affichés au mur. Ces champions primés deviennent le véritable moteur de l'amélioration de l'hygiène des mains car les gens respectent leur récompense et il leur incombe, par la suite, de surveiller les autres membres du personnel dans les services. Nous organisons régulièrement des ateliers sur l'hygiène des mains pour former le personnel. Nous avons également travaillé sur des ensembles de mesures visant à enrayer les bactériémies liées aux cathéters et relatives à la pose et à l'entretien des cathéters. Nous affichons également au mur de chaque service le nombre de jours sans bactériémies liées aux cathéters, ce qui constitue un autre effort d'encouragement. Nous surveillons régulièrement la mise en œuvre de ces stratégies multimodales et organisons des réunions mensuelles sur la PCI, auxquelles participent la direction de l'hôpital, des microbiologistes, des médecins et des infirmiers spécialistes des maladies infectieuses, afin d'examiner les données. » Pakistan</p> <p>Nouer des liens avec les campagnes existantes, par exemple, celle sur l'hygiène des mains « Nous avons utilisé une campagne annuelle d'hygiène des mains pour piloter notre approche multimodale. La direction s'est engagée en faveur de la sécurité et a octroyé des ressources modestes pour mettre en œuvre la stratégie multimodale. Nous avons un indicateur de qualité pour l'observance de l'hygiène des mains et nous veillons à l'auto-évaluation dans différents services tout au long de l'année. Nous avons organisé une série de séances de formation et effectué des observations du personnel dans tous les quarts de travail. Nous commençons tout juste à appliquer cette stratégie multimodale à d'autres objectifs en matière d'infections liées aux soins de santé. » Argentine</p> <p>Commencer par l'hygiène des mains « Nous commençons par une approche multimodale de l'hygiène des mains comprenant la formation, l'utilisation de l'outil d'auto-évaluation de l'hygiène des mains, le retour d'information et la publication des résultats, ainsi que la communication et l'adhésion des responsables médicaux de district. Nous nous sommes attelés à faire valoir l'importance de l'exploitation des données. Une assistance technique peut être nécessaire pour analyser les données, mais les partenaires peuvent collaborer avec les responsables gouvernementaux concernés pour assurer un encadrement en matière d'interprétation et d'utilisation des données pour l'action, ainsi que pour garantir la responsabilisation. » Région africaine</p>

Table 3H. Potential barriers and solutions (core component 5) continued

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
<p>Difficultés à aborder le volet « changement de culture » de la stratégie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Penser à utiliser les approches d'adaptation existantes telles que le Cadre intégré de sécurité dans les unités et son adaptation pratique aux services chirurgicaux, c'est-à-dire le Programme intégré de sécurité dans les unités (SUSP) qui a été utilisé dans un certain nombre d'établissements de santé aux États-Unis et en Afrique. 	<p>Utiliser des approches d'adaptation pour mettre l'accent sur le changement de culture</p> <p>« Nous avons participé à une étude de recherche sur les infections des sites opératoires, ce qui nous a donné l'occasion de réfléchir mûrement à la conception d'une stratégie multimodale pour les réduire au sein de notre hôpital. Nous avons commencé par examiner une série de mesures de prévention des infections du site opératoire qui pourraient être réalisables et ne pas nécessiter trop de ressources pour notre hôpital, telle que la configuration du bloc opératoire, des listes de vérification de la qualité et des protocoles pour le bain préopératoire, l'évitement de l'épilation, la préparation chirurgicale des mains et de la peau et une prophylaxie antibiotique appropriée. Nous voulions concevoir la stratégie de sorte qu'elle soit durable et efficace, dans l'espoir qu'elle puisse également servir de modèle à d'autres hôpitaux aux ressources limitées. Nous avons adapté les définitions de cas et le protocole de surveillance du NHSN du CDC à notre établissement pour une collecte de données standardisée. Notre site disposait d'un chirurgien champion capable d'encourager le programme et d'encadrer les autres membres du personnel. Nous avons réalisé un questionnaire sur la sécurité des patients, ce qui nous a permis de mieux discuter de l'amélioration du travail d'équipe, de la communication et de la culture de sécurité des patients. Nous avons organisé des séances de travail régulières sur la sécurité des patients avec les hauts responsables et avons plaidé pour obtenir des ressources telles que celles pour l'hygiène des mains, notamment la fabrication locale de produits à base d'alcool pour la préparation des mains et du site opératoire, ainsi que la formation du personnel. Ces éléments ont constitué le travail d'adaptation visant à améliorer la culture de sécurité dans laquelle étaient intégrées les mesures de prévention. » Kenya</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Plaidoyer

- Document d'une page sur la stratégie multimodale (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-cc-mis.pdf?ua=1> consulté le 4 avril 2018).
- Exemple d'étude de cas de l'hôpital national pour enfants du Costa Rica (<http://www.who.int/features/2014/costa-rica-hand-hygiene/photos/en/index3.html> consulté le 4 avril 2018)

Planification

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale (annexe 2)

Boîtes à outils

- Outils et ressources de l'OMS sur l'hygiène des mains (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/en/> consulté le 4 avril 2018)
- Outils et ressources de l'OMS sur les infections du site opératoire (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/surgical/en/> consulté le 4 avril 2018).
- Boîte à outils de l'Agence américaine pour la recherche et la qualité des soins de santé visant à promouvoir une chirurgie sûre (<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/hais/tools/surgery/index.html> consulté le 4 avril 2018)
- Outils et ressources de l'OMS sur la sécurité des injections (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/injections/en/> consulté le 4 avril 2018)
- Cadre intégré de sécurité dans les unités de soins (CUSP), <https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/index.html> consulté le 4 avril 2018)

Formation

- Diapositives de la stratégie multimodale de l'OMS - Formation sur la PCI : module destinés aux responsables (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> consulté le 4 avril 2018)
- Outils et ressources de formation à l'infection du site opératoire de l'OMS (http://www.who.int/infection-prevention/tools/surgical/training_education/en/ consulté le 4 avril 2018).
- Outils et ressources de l'OMS pour la formation à l'injection (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/injections/training-education/en/> consulté le 4 avril 2018)

w.who.int/infection-prevention/tools/injections/training-education/en/ consulté le 4 avril 2018)

Sélection de publications

- Allegranzi B, Aiken AM, Kubilay Z, Nthumba P, Barasa J, Okumu G, et al. A multimodal infection control and patient safety intervention to reduce surgical site infections in Africa: a multicentre, before-after cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2018/jcpp.5. [Epub ahead of print].
- Allegranzi B, Gayet-Ageron A, Damani N, Bengaly L, McLaws ML, Moro ML, et al. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:843-51.
- Johnson L, Grueber S, Schlotzhauer C, Phillips E, Bullock P, Basnett J, et al. A multifactorial action plan improves hand hygiene adherence and significantly reduces central line-associated bloodstream infections. *Am J Infect Control.* 2014;42:1146-51.
- Marra AR, Guastelli LR, de Araujo CM, dos Santos JL, Lamblet LC, Silva M, Jr., et al. Positive deviance: a new strategy for improving hand hygiene compliance. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31:12-20.
- Talbot TR, Johnson JG, Fergus C, Domenico JH, Schaffner W, Daniels TL, et al. Sustained improvement in hand hygiene adherence: utilizing shared accountability a financial incentives. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2013;34:1129-36.
- Fuller C, Michie S, Savage J, McAteer J, Besser S, Charlett A, et al. The feedback intervention trial (FIT)—improving hand-hygiene compliance in UK healthcare workers: a stepped wedge cluster randomised controlled trial. *PLoS One.* 2012;7:e41617.
- Provonost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ.* 2008;337:a1714. doi: 10.1136/bmj.a1714
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infection in the ICU. *N Engl J Med.* 2006;355:2725-302.
- Pronovost PJ, Goeschel CA, Colantuoni E, Watson S, Lubomski LH, Berenholtz SM, et al. Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study. *BMJ.* 2010;340:c309.
- Pronovost PJ, Watson SR, Goeschel CA, Hyzy RC, Berenholtz SM. Sustaining reductions in central line-associated bloodstream infections in Michigan intensive care units: a 10-year analysis. *Am J Med Qual.* 2016 h 31-197 h 202
- Saint S, Greene MT, Krein SL, Rogers MA, Ratz D, Fowler KE, et al. A program to prevent catheter-associated urinary tract

infection in acute care. *N Engl J Med.* 2016;374:2111-9.



PRINCIPALE COMPOSANTE 6

SUIVI ET RESTITUTION DES AUDITS DE PRATIQUES DE PCI

– *Récapitulatif Rapide*

Selon les résultats du MEPCI, vous vous demanderez s'il faut établir ou non un programme de suivi et restitution des audits ou renforcer votre programme existant. Au regard des indicateurs de PCI ou de WASH dont l'OMS recommande le suivi dans le cadre de cette principale composante, pensez aux pratiques ou processus qui feront l'objet d'évaluation et au niveau de retour d'information sur les résultats. Le suivi et la restitution des audits de pratiques de PCI et le retour d'information constituent des éléments clés des stratégies multimodales. Par conséquent, tenez toujours compte des pratiques que vous souhaitez améliorer en priorité au sein de votre établissement lorsque vous sélectionnez vos indicateurs à surveiller.

Les résultats devraient être partagés avec la direction de l'établissement de soins de santé, la haute administration, ainsi que les services et départements. L'identification de rôles et d'attributions clairs, un calendrier de rétroaction et la fréquence du suivi et des audits constituent des considérations importantes. Si vous avez déjà entrepris un suivi de l'hygiène des mains, quelles leçons en ont été tirées qui peuvent être intégrées à cet effort renouvelé et également d'autres indicateurs ? Si vous n'avez jamais entrepris de suivi-évaluation de la PCI, envisagez de commencer par l'hygiène des mains en utilisant le Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains (HHSAP) de l'OMS.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : SUIVI ET RESTITUTION DES AUDITS DE PRATIQUES DE PCI

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
<p>Inexistence ou limitations des ressources pour assurer le suivi et l'audit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistence ou limitation de ressources financières • Inexistence ou limitation de ressources humaines • Inexistence ou limitation de soutien informatique (par exemple, équipement, technologies mobiles, dossiers médicaux électroniques) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se référer au modèle de plan d'action de la principale composante 1. • Élaborer une analyse de rentabilité pour résoudre les questions ci-après : <ul style="list-style-type: none"> • l'expertise requise en matière de suivi ou d'audit (si elle n'est pas déjà incluse dans l'analyse de rentabilité de l'équipe de PCI) en utilisant le questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale ; • la nécessité d'accroître les capacités et les ressources informatiques. • Vérifier s'il est possible d'accéder à l'expertise de programmes nationaux ou régionaux. • Étudier la possibilité d'utiliser l'expertise existante en matière de suivi ou d'audit d'autres programmes, le cas échéant. • Vérifier si les indicateurs de PCI ont déjà été mesurés dans le cadre d'autres évaluations au sein de votre établissement (par exemple, les évaluations WASH ou l'Évaluation externe conjointe (EEC). • Examiner la disponibilité de cours en ligne pour soutenir la formation. • Envisager de commencer par des audits des pratiques d'hygiène des mains en utilisant le Manuel de référence technique sur l'hygiène des mains et le HHSAF pour l'argumentaire en faveur de l'action (voir outils et ressources). • Identifier les lacunes à la lumière du MEPCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur général, haut responsable • Chef du département des ressources humaines • Responsable de la PCI 	2 à 3 mois	Modéré
<p>Absence d'un plan d'audit et de suivi bien défini et ciblé (assorti d'objectifs, de cibles et d'activités claires)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser une réunion d'experts pour décider des méthodes fondées sur des données probantes. • Utiliser les défaillances connues ou suspectées au niveau des pratiques ou des processus pour cibler les activités de suivi et d'audit et établir un lien avec les données de surveillance des IAS disponibles. • Veiller à ce que le suivi et l'audit constituent une partie essentielle du plan annuel de l'équipe de PCI, contribuant à l'amélioration continue de la qualité et sous-tendant l'activité de PCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable et équipe de PCI 	2 à 3 mois	Modéré
<p>Manque ou limitation de soutien dans l'ensemble de l'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des séances de sensibilisation avec tout le personnel concerné, y compris les hauts responsables. • Rechercher des articles universitaires sur l'utilisation du contrôle et de l'audit de la PCI dans les cas où ils ont amélioré la PCI et réduit les infections liées aux soins de santé afin de les présenter comme données probantes (voir outils et ressources). • Penser à l'investissement en temps et en ressources et aux procédures à mettre en place pour le suivi et l'audit de la PCI afin de pouvoir les expliquer aux autres et les convaincre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable et équipe de PCI 	2 à 3 mois	Faible

Sample action plan: Monitoring/audit of IPC practices and feedback continued

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Inexistence de mécanisme ou de fréquence de restitution en place pour l'établissement de rapport sur les résultats des audits	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier toutes les parties prenantes auxquelles un retour d'information devrait être fait. • Veiller à ce que les processus de retour d'information constituent une partie essentielle du plan annuel de l'équipe de PCI et de l'évaluation des performances au sein de l'établissement. • Se procurer ou créer une palette d'outils de restitution et de formats de présentation pour faire en sorte que les informations intéressent tous les groupes de personnel concernés et utiliser des moyens de communication bien établis au sein de l'établissement ou des approches innovantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable et équipe de PCI 	2 à 3 mois	Modéré
Inexistence d'évaluation de la culture de sécurité en place (qui facilite le suivi dans une culture exempte de blâme)	<ul style="list-style-type: none"> • Recourir aux enquêtes d'évaluation de la culture (voir outils et ressources), par exemple, Agency for Healthcare Research and Quality, Hospital survey on patient safety culture. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable et équipe de PCI 		Faible

Le Tableau 3I énumère certaines des barrières courantes à la mise en œuvre des programmes de suivi ou d'audit et de retour d'information que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. Les exemples de mise en œuvre fournis sont axés sur les milieux disposant de peu de ressources (mais non de façon exclusive).

Tableau 31. Barrières et solutions potentielles (principale composante 6)

Barrière potentielle	Solution(s) potentielle(s)	Exemples de mise en œuvre
Obtention d'un soutien pour l'audit	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer que le suivi ou l'audit et le retour d'information constituent des éléments clés des stratégies d'amélioration multimodales et de l'amélioration continue de la qualité. • Limiter l'objet de votre plan de suivi à un domaine convenu ; utiliser une approche multidisciplinaire (impliquant les responsables des établissements de soins de santé) ; organiser des réunions régulières, communiquer sur les activités de suivi et d'audit et publier les résultats. • Participer à d'autres programmes d'audit au niveau infranational et national. • Collaborer avec d'autres programmes établis pour s'assurer de l'intégration de la PCI dans les outils de suivi et de supervision des différents programmes, par exemple, les équipes d'amélioration de la qualité. L'établissement de lien entre les données relatives à la PCI et les systèmes d'information des établissements de santé constitue une condition préalable – parler au personnel chargé des technologies de l'information ou de l'audit au sein de l'établissement de santé pour voir comment il est possible d'y parvenir. • Plaider en faveur de la réalisation du suivi et de l'audit dans le cadre d'une culture d'apprentissage. • Envisager de recourir à une supervision de facilitation ou de soutien, y compris l'encadrement et l'enseignement, en vue d'aider les professionnels à renforcer le suivi et l'audit. 	<p>Favoriser une collaboration multidisciplinaire « Nous assurons un suivi régulier de la mise en œuvre de nos stratégies multimodales et tenons des réunions mensuelles sur la PCI impliquant la direction de l'hôpital, le microbiologiste, les médecins et les infirmiers spécialistes des maladies infectieuses pour examiner les données. Nous transmettons aussi régulièrement les résultats des données par courriel à la haute direction. Nous affichons le nombre de jours sans infections liées aux cathéters par service et les récompenses des champions de l'hygiène des mains au mur des services en guise de commentaire sur les données et d'incitations. » Pakistan</p> <p>Exploiter le pouvoir que recèlent les données pour plaider en faveur d'un programme de PCI « Afin d'obtenir le soutien pour la mise en place d'un programme de PCI, nous avons, pour commencer, besoin de données de base pour convaincre la direction. Nous avons donc commencé par le suivi, l'audit et le retour d'information en guise d'activité initiale. Au départ, nous collections les données manuellement et avons passé deux ans à discuter régulièrement des résultats et des besoins lors des rondes et des réunions. Au fur et à mesure que nous commençons à convaincre la direction, nous avons commencé à envoyer des courriers aux administrateurs de l'hôpital sur la dotation en personnel clé et en ressources pour faire en sorte d'obtenir un soutien plus important. Avec le temps, le programme de PCI s'est étendu à 10 infirmiers et à un médecin spécialiste des maladies infectieuses. Nous avons pu créer un logiciel électronique à menu déroulant pour une meilleure collecte des données ; nous nous sommes impliqués dans un programme de surveillance régional qui nous a assuré un mentorat régulier et nous avons connu un grand succès avec la mise en œuvre de l'ensemble des mesures axées sur la diminution des taux d'infections associées aux dispositifs. Nous avons mis l'accent sur une culture consistant à « mettre en pratique ce que l'on prêche. » Inde</p>
L'audit est considéré comme étant trop chronophage	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer par de petits audits et la collecte manuelle de données. • Envisager d'utiliser les technologies disponibles pour simplifier le processus et faciliter la collecte des données ainsi que la diffusion des résultats, par exemple en utilisant la technologie mobile (applications). • Penser à utiliser différentes approches pour permettre une approche adaptée au contexte local, par exemple l'observation directe du personnel, des processus ou des éléments. Au nombre des autres approches, on peut citer : les discussions de groupe ; les enquêtes de satisfaction des clients (patients et personnel) ; les systèmes de plaintes des patients ; l'examen des dossiers des patients ; les audits cliniques ; l'examen des événements indésirables, y compris les accidents et les blessures par piqûre d'aiguille ; l'utilisation d'un « client mystère » - un processus par lequel une personne est engagée pour se présenter comme un patient dans un établissement de santé afin d'observer les pratiques. 	<p>Commencer modestement et se concentrer sur un domaine « Nous avons dû commencer par collecter manuellement les données de façon quotidienne. Pendant les rondes à l'unité de soins intensifs, nous surveillions la pose de cathéters et il y avait des quarts de travail 2 heures sur 24, sept jours sur sept. Nous avons élaboré nos propres critères et objectifs. Une fois que nous avons obtenu du soutien, nous avons pu créer un logiciel électronique à menu déroulant. Nous avons étendu la surveillance à l'observance et à la gestion de l'ensemble des médicaments, pour lesquels la prescription d'antibiotiques devait également être justifiée. » Inde</p> <p>Utilisation des technologies mobiles pour faciliter l'audit « Nous disposons d'une application pour téléphone intelligent permettant d'observer l'hygiène des mains. Une équipe d'hygiène des mains procède à un audit mensuel des services selon un calendrier pour l'ensemble de l'hôpital. Nous avons reçu le prix d'excellence en matière d'hygiène des mains en 2015 pour ce travail après avoir échoué en 2013 : une grande amélioration a donc été constatée. Après avoir obtenu ce prix, d'autres hôpitaux nous ont contactés pour tirer leçon de notre expérience. » Vietnam</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Évaluation

- MEPCI de l'OMS (comprend tous les documents auxquels il est fait référence dans le MEPCI) (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/> consulté le 2 mai 2018)
- Outils d'évaluation de la lutte anti-infectieuse des CDC (<https://www.cdc.gov/hai/prevent/infection-control-assessment-tools.html> consulté le 4 avril 2018)
- Manuel de référence technique sur l'hygiène des mains (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44196/1/9789241598606_eng.pdf consulté le 4 avril 2018)
- Outils d'hygiène des mains de l'OMS pour l'évaluation et le retour d'information (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene-evaluation_feedback/en/ consulté le 16 avril 2018)
- HHSFAF (http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_October_2010.pdf?ua=1 consulté le 4 avril 2018)
- Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety Culture (<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html> consulté le 4 avril 2018)
- Questionnaire sur les attitudes contribuant à la sécurité (<https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/SAQ-Short-Form-2006.pdf> consulté le 4 avril 2018)
- Le climat de sécurité des patients dans les établissements de soins de santé (http://www.midss.org/sites/default/files/pscho_survey_2006.pdf consulté le 4 avril 2018)
- Échelle du climat de sécurité (<https://www.hsl.gov.uk/products/safety-climate-tool> consulté le 4 avril 2018)

Planification

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale (annexe 2)

Sélection de publications

- A.J. Stewardson, B. Allegranzi, T.V. Perneger, H. Attar, D. Pittet. Testing the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework for usability and reliability. *J Hosp Infect.* 2013;83:30-5.
- Measuring safety culture. The Health Foundation. 2011 (<http://www.health.org.uk/sites/health/files/Measuring-SafetyCulture.pdf> consulté le 4 avril 2018)
- Charrier L, Argentero P, Farina EC, Serra R, Mana F, Zotti CM. Surveillance of health-

care-associated infections in Piemonte, Italy: results from a second regional prevalence study. *BMC Public Health.* 2014;14: 558.

- Fisher D, Tambyah PA, Lin RT, Jureen R, Cook AR, Lim A, Ong B, et al. Sustained meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* control in a hyper-endemic tertiary acute care hospital with infrastructure challenges in Singapore. *J Hosp Infect.* 2013;85:141-8.
- Moongtui W, Gauthier DK, Turner JG. Using peer feedback to improve handwashing and glove usage among Thai health care workers. *Am J Infect Control.* 2000;28:365-9.
- Yinnon AM, Wiener-Well Y, Jerassy Z, Dor M, Freund R, Mazouz B, Lupyan T, et al. Improving implementation of infection control guidelines to reduce nosocomial infection rates: pioneering the report card. *J Hosp Infect.* 2012;81:169-76.



PRINCIPALE COMPOSANTE 7

CHARGE DE TRAVAIL, DOTATION EN PERSONNEL ET OCCUPATION DES LITS

– *Récapitulatif Rapide*

L'évaluation de cette principale composante et les mesures à prendre pour s'assurer que la recommandation de l'OMS est bien prise en compte impliqueront des discussions étroites et une synergie entre l'équipe de PCI et les hauts responsables ainsi que les directeurs de l'établissement. Vous jouez un rôle clé en expliquant aux hauts responsables pourquoi ces aspects sont essentiels à la réduction du risque de transmission et à la garantie de la sécurité des patients et des agents de santé dans un contexte marqué par la charge de morbidité endémique et épidémique des IAS et de la RAM. L'identification des niveaux de dotation appropriés en fonction de la charge de travail qu'entraînent les patients et les décisions concernant la charge de travail, la dotation en personnel et l'occupation des lits constituent un défi.

Le soutien de vos collègues régionaux et nationaux dans ce domaine (chefs des services de santé, ressources humaines, planification des effectifs ou équivalent) constituera une considération clé. Les indicateurs de charge de travail et de besoin en personnel (WISN) de l'OMS (voir outils et ressources) constituent un outil de planification et de gestion des ressources humaines qui offre aux administrateurs de la santé un moyen simple d'analyser et de calculer la répartition, la charge de travail et la productivité du personnel. L'approche WISN est basée sur la charge de travail d'un agent de santé, avec des normes d'activité (temps) appliquées à chaque composante de la charge de travail. En cas de disponibilité de normes nationales relative à la charge de travail, à la dotation en personnel et à l'occupation des lits, elles doivent servir de référence, bien qu'une comparaison avec les exigences du WISN puisse être utile.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : CHARGE DE TRAVAIL, DOTATION EN PERSONNEL ET OCCUPATION DES LITS

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Diriger les autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Inexistence de mécanisme pour évaluer les niveaux appropriés de dotation en personnel et indisponibilité de norme nationale	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter le manuel de l'utilisateur du WISN (voir outils et ressources). • Calculer le nombre d'employés nécessaires en fonction des responsabilités prévues, de la charge de travail liée qu'entraînent les activités et le temps disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable des soins infirmiers • Responsable des ressources humaines ou du personnel 	1 semaine	Non applicable
Inexistence de mécanisme pour l'établissement de rapports ou pour agir sur le ratio agents de santé/ nombre de patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder cette question lors des réunions prévues avec le responsable des soins infirmiers, le directeur médical ou le surintendant, le directeur général ou l'administrateur de l'établissement de soins de santé, le responsable de la sécurité des patients et de la qualité des soins et le responsable des ressources humaines ou du personnel. • Discuter des résultats du MEPCI et expliquer l'importance de ces paramètres pour réduire le risque de transmission et assurer la sécurité des patients et des agents de santé dans le contexte de la charge de morbidité endémique et épidémique des IAS et de la RAM. • Écouter leurs observations et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer et chercher à recueillir leurs propositions de solutions. • Documenter les discussions et les actions proposées. • Élaborer un plan raisonnable pour améliorer la charge de travail et les dotations en personnel, y compris une estimation des implications budgétaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable des soins infirmiers • Directeur médical ou surintendant • Responsable de la sécurité des patients • Responsable de la qualité • Responsable des ressources humaines ou du personnel 	3 à 6 mois	Haut
Inexistence de système pour faire face, par exemple, à des niveaux d'occupation des lits excédant systématiquement un patient pour un lit ou un espacement des lits entre les patients systématiquement inférieur à un mètre.	<ul style="list-style-type: none"> • Soulever cette question lors des réunions prévues avec le responsable des soins infirmiers, le directeur médical ou le surintendant et le directeur général ou l'administrateur de l'établissement de soins de santé. • Discuter des résultats du MEPCI et expliquer l'importance de ne pas dépasser un patient par lit et de veiller à ce que les lits soient convenablement disposés (par exemple, pas de lits dans le couloir, pas de patients sur le sol) et à un espacement approprié des lits (plus d'un mètre) pour réduire le risque de transmission et garantir la sécurité des patients. • Indiquer la conception optimale des salles conformément aux normes internationales relatives à la capacité en termes de lits, à l'espacement des lits et chercher à recueillir les solutions qu'ils proposent. • Documenter les discussions et les actions proposées. • Élaborer un plan raisonnable pour améliorer l'occupation des lits, y compris une estimation des implications budgétaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable des soins infirmiers • Directeur médical ou surintendant • Responsable de la sécurité des patients • Responsable de la qualité 	3 à 6 mois	Haut

Le Tableau 3J énumère certaines des barrières courantes à la mise en œuvre des approches visant à régler les problèmes de charge de travail, d'effectifs et d'occupation des lits que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. Les exemples de mise en œuvre fournis sont axés sur les milieux disposant de peu de ressources (mais non de façon exclusive).

Tableau 3J. Barrières et solutions potentielles (principale composante 7)

Barrière potentielle	Solution potentielle	Exemples de mise en œuvre
Insuffisance des ressources humaines, notamment pour la PCI	<ul style="list-style-type: none"> Recourir à des infirmiers ou des praticiens de liaison peut permettre d'ajouter une capacité supplémentaire en termes de ressources humaines comme mesure provisoire et de former des champions de la PCI au niveau local. Penser à partager les tâches. 	<p>Utilisation d'infirmiers ou de praticiens de liaison pour parvenir à un ratio d'un infirmier spécialisé(e) en PCI pour 250 lits</p> <p>« Nous avons réalisé que le moyen de parvenir à un ratio d'une personne spécialisée en PCI pour 250 lits consiste à recourir au système d'infirmiers de liaison et ce système est en conséquence en cours d'instauration. Cette avancée a nécessité un plaidoyer continu pour faire pression en faveur de ce système. Pour les grands hôpitaux centraux, ce n'est pas l'idéal et c'est en cela que nous sommes confrontés à des difficultés majeures pour organiser un programme de PCI bien intégré et efficace, y compris garantir une dotation appropriée en personnel. » Zimbabwe</p> <p>Partage les tâches pour accroître la capacité en PCI</p> <p>« Nous avons exploré différents modèles de partage des tâches. » Libéria</p>
Demande de lits supérieurs à la capacité actuelle	<ul style="list-style-type: none"> Doter les services de pédiatrie de lits de plus petites tailles. Examiner les processus d'hospitalisation et de sortie d'hôpital. Tirer parti des risques de transmission des épidémies et de RAM pour faire pression en vue d'obtenir un ratio d'un patient pour un lit. 	<p>Adopter des solutions créatives pour créer de l'espace et des capacités supplémentaires</p> <p>« L'adaptation est une opportunité ici. En ce qui concerne l'occupation des lits, nous encourageons l'installation de lits de plus petites tailles dans les services de pédiatrie, la décentralisation des soins en dehors de l'hôpital lorsque cela est possible et le retrait d'autres installations de soutien de l'enceinte de l'hôpital pour y créer de l'espace supplémentaire. Nous avons également rédigé des conseils sur les niveaux de dotation en personnel que nous recommandons. » Médecins Sans Frontières</p> <p>Démontrer des compétences de leadership pour résoudre le problème de surpopulation</p> <p>« Nous avons plus de patients que de lits disponibles et, surtout les matins, il en résulte que nous étions incapables de faire face à la situation si, par exemple, nous avons un problème tel que de nombreux cas de diarrhée. Notre communauté locale plaçait une grande confiance dans la clinique et les responsables communautaires étaient préoccupés par la surpopulation. En tant que responsable de la PCI, je me suis fixé pour priorité de relever ce défi. J'ai entendu parler de l'utilisation de lits de plus petites tailles pour la pédiatrie et j'ai convaincu les administrateurs de me laisser faire, en expliquant que la surpopulation ne nous permettrait pas d'enrayer la propagation. Nous avons également étudié la rationalisation des processus d'hospitalisation et de sortie d'hôpital et la manière dont cela peut affecter la disponibilité des lits. Admettre les patients à la clinique et les laisser en sortir permet de réduire le nombre de lits utilisés, permet au personnel de rester organisé et aide les patients à se sentir mieux plus rapidement. Nous avons bien sûr dû former le personnel à ces changements de politique, à la manière dont ces améliorations peuvent aider à gérer un nombre accru de patients et à prévenir la propagation des infections. Il était très important d'obtenir le soutien de nos responsables pour contribuer à l'instauration d'une culture qui valorise l'importance de mettre fin à la surpopulation. » Région africaine</p> <p>Tirer parti des épidémies pour justifier l'arrêt de l'occupation multiple des lits</p> <p>« Pour l'occupation des lits, il est désormais généralement admis que les lits au sol et le partage des incubateurs constituent une recette pour favoriser l'infection et ont été évités (c'est-à-dire les impressions, les leçons tirées des épidémies, et non des audits). » Zimbabwe</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Évaluation

- Manuel de l'utilisateur du WISN ; manuel du logiciel et études de cas (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/ consulté le 6 avril 2018)
- Application de la méthode WISN dans la pratique - Études de cas en Indonésie, au Mozambique et en Ouganda (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_case_studies/en/ consulté le 6 avril 2018)
- Outils et lignes directrices OMS relatives aux ressources humaines pour la santé (http://www.who.int/hrh/tools/situation_analysis/en/ consulté le 6 avril 2018)
- Outil de normes de dotation en personnel au Ghana (feuille Excel) - disponible via IPC and WASH Learning Pod (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/gh-c/schematic-GLL.pdf?ua=1> consulté le 4 avril 2018)

Planification

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questions d'orientation de la stratégie multimodale (annexe 2)

Sélection de publications

- Ravhengani NM, Mtshali NG. Implementing Workload Indicators of Staffing Need (WISN) Tool to determine human resources in primary health care settings in South Africa: a concept analysis. *J Nurs Health Sci.* 2017; 6: 65-73.
- Govule P, Mugisha JF, Katongole SP, Maniple E, Nanyingi M, Anguyo R, et al. Application of Workload Indicators of Staffing Needs (WISN) in determining health workers' requirements for Mityana General Hospital, Uganda. *Int J Public Health Res.* 2015;3: 254-63.
- Borg MA. Bed occupancy and overcrowding as determinant factors in the incidence of MRSA infections within general ward settings. *J Hosp Infect.* 2003;54:316-8.
- Borg MA, Suda D, Scicluna E. Time-series analysis of the impact of bed occupancy

rates on the incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in over- crowded general wards. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008;29(6):496-502.

- Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med.* 2007;35:76-81.
- Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis.* 2015;15:215-24.



PRINCIPALE COMPOSANTE 8**ENVIRONNEMENT BÂTI,
MATÉRIEL ET ÉQUIPEMENT
POUR LA PCI****– *Récapitulatif Rapide***

Sans un environnement bâti, des matériels et des équipements favorables à la PCI, il sera difficile de parvenir à l'amélioration. L'identification des déficits d'infrastructures et de fournitures qui entravent la mise en œuvre de la PCI constitue l'une des principales tâches du responsable ou de l'équipe de PCI. Il est important de se mettre en relation avec des collègues travaillant dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) en vue d'élaborer un argumentaire solide pour combler les lacunes identifiées. Commencez modestement - concentrez-vous sur un seul domaine, comme la gestion des déchets.



EXEMPLE DE PLAN D'ACTION : ENVIRONNEMENT BÂTI, MATÉRIEL ET ÉQUIPEMENT POUR LA PCI

Pour faciliter l'élaboration de votre plan d'action, veuillez-vous référer aux tableaux « quoi, pourquoi, quand, qui, comment » présentés dans la deuxième partie.

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Indisponibilité d'eau (par exemple, pour l'hygiène des mains, la boisson, l'hygiène personnelle, les activités médicales, la stérilisation, la décontamination, le nettoyage et la lessive) en permanence (moins de cinq jours par semaine) ou mauvaise qualité de celle-ci	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec le responsable de la santé du district, l'ingénieur ou le comité de l'eau du district et de la localité pour obtenir de l'eau supplémentaire en procédant à de nouveaux forages, en vous raccordant aux canalisations existantes ou en complétant l'approvisionnement en eau par de l'eau de pluie. • Procéder à des prélèvements d'échantillons d'eau à des fins d'examen microbiologiques pour évaluer la qualité de l'eau et examiner les résultats par rapport aux normes internationales en matière d'eau potable. • Explorer les possibilités d'ajouter un stockage d'eau pour garantir la disponibilité de l'approvisionnement pendant les périodes où se posent des problèmes d'approvisionnement. • Explorer les méthodes reconnues pour produire de l'eau potable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Point focal WASH (s'il en existe) 	2 à 3 mois	Modéré
Indisponibilité de points d'hygiène des mains fonctionnels ou insuffisance desdits points à tous les points de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Installer des points d'hygiène des mains simples comprenant une solution hydroalcoolique et du matériel de lavage des mains, par exemple un seau de type Veronica muni d'un dispensateur de savon et des serviettes à usage unique à tous les points de soins et à côté des toilettes comme mesure efficace pour améliorer l'accessibilité pendant que l'on recherche des solutions d'eau courante à plus long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier en chef • Responsable en chef 	1 à 3 mois	Faible Environ 10-15 USD/point de lavage
Indisponibilité de registre de nettoyage, par exemple, pour les planchers, les surfaces de travail horizontales, les toilettes	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des formulaires d'enregistrement de nettoyage et travailler avec le personnel de nettoyage pour garantir l'utilisation efficace des formulaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chef du service de nettoyage • Responsable de la PCI 	1 semaine	Non applicable
Indisponibilité de chambre individuelle pour l'isolement des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan d'urgence pour utiliser les espaces réservés aux cohortes dans les salles/pavillons réservés aux cohortes, s'il y en a de disponibles. • Planifier et normaliser les procédures de placement des patients en cas de besoin d'isolement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la PCI • Directeur clinique • Responsable des soins infirmiers 	2 à 3 mois	Faible
Indisponibilité de ventilation (naturelle ou mécanique) fonctionnelle dans les espaces de soins aux patients	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à un examen critique de toutes les espaces disponibles assorti d'un plan pour améliorer la ventilation naturelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la PCI • Directeur clinique • Responsable des soins infirmiers 	2 à 3 mois	Non applicable

Sample action plan: Built environment, materials and equipment for IPC continued

Faiblesse prioritaire	Action requise et lien vers les outils ou ressources disponibles	Responsable et autres membres de l'équipe	Délai	Budget ou ressources
Indisponibilité de matériel approprié et bien entretenu pour le nettoyage (par exemple, détergent, serpillières, seaux, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Présenter des arguments en faveur d'un budget affecté aux stocks. Veiller à la mise en place d'un système pour l'achat de matériels et la reconstitution des stocks. Préparer et mettre en place des programmes et des protocoles de nettoyage pour résoudre les problèmes de planification, de fréquence, de produits et de procédures. 	<ul style="list-style-type: none"> Chef du service de nettoyage Responsable de la PCI 	2 à 3 mois	Faible
Inexistence ou faible disponibilité de conteneurs de collecte de déchets fonctionnels pour les déchets non infectieux (généraux), les déchets infectieux et les déchets pointus et tranchants, à proximité de tous les points de production de déchets	<ul style="list-style-type: none"> Informers les administrateurs ou les responsables de l'établissement de soins de santé des problèmes identifiés. Expliquer les avantages d'une gestion appropriée des déchets et l'impact d'un tri inefficace des déchets infectieux et non infectieux. Élaborer et mettre en œuvre une politique de gestion des déchets fondée sur les questions d'orientation multimodales qui traite des questions de disponibilité de conteneurs simples, étanches, à code couleur ou étiquetés, conformes aux normes internationales et nationales (généralement noir, rouge et jaune) à tous les points de soins, de tri, de formation, d'audit et de retour d'information, de promotion et de communication et d'une culture de sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> Infirmier en chef Responsable en chef Technicien spécialisé en déchets de soins de santé 	3 à 6 mois	Faible
Apparence générale désordonnée de l'établissement, avec des débris et des déchets visibles partout	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer à l'aide du questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale un plan visant à améliorer le nettoyage. Examiner le rôle et la valeur d'une campagne « hôpital propre » dans le cadre de l'approche multimodale. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les membres de l'équipe en charge de l'Outil d'amélioration de l'adduction d'eau et de l'assainissement pour les établissements de santé (WASH FIT) (si en place) Équipe de PCI 	3 à 6 mois	Faible - peu de coût financier, en dehors du temps

Le Tableau 3K énumère certaines des barrières courantes à la mise en œuvre des approches visant à renforcer l'environnement bâti, le matériel et l'équipement pour la PCI que les responsables de la PCI ont rencontrées, ainsi que certaines solutions potentielles. Les exemples de mise en œuvre fournis sont axés sur les milieux disposant de peu de ressources (mais non de façon exclusive).

Ventilation naturelle : air extérieur entraîné par des forces naturelles (par exemple, les vents) à travers des ouvertures spécialement conçues pour les bâtiments, notamment les fenêtres, les portes, les cheminées solaires, les tours à vent et les ventilateurs à goutte. Ventilation mécanique : air entraîné par des ventilateurs mécaniques installés directement dans les fenêtres ou les murs ou dans des conduits d'air pour introduire de l'air dans une pièce ou l'en évacuer. Pour de plus amples informations, voir : http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation/en/, consulté le 7 avril 2018.

Tableau 3K. Barrières et solutions potentielles (principale composante 8)

Barrière potentielle	Solution potentielle	Exemples de mise en œuvre
Manque d'expertise en environnement bâti et la PCI	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer l'existence de formations destinées aux professionnels de la PCI ou aux ingénieurs et aux architectes cliniques sur la PCI liée à l'environnement bâti, par exemple, au niveau national. 	<p>Rechercher l'accès à des cours nationaux de formation et de renforcement des capacités</p> <p>« Les hôpitaux de district sont généralement bien conçus, mais les rénovations d'anciens bâtiments ont posé des problèmes de PCI. Les difficultés liées au manque d'eau, d'assainissement et d'hygiène, à la gestion des déchets (par exemple, le manque d'incinérateurs fonctionnels) et à la gestion du linge (par exemple, les blanchisseries non fonctionnelles ou semi-fonctionnelles) sont monnaie courante. Nous avons mis en place un groupe de travail sur les infrastructures sous l'égide du comité national de la PCI. La première activité consiste en une formation ciblant les architectes et les ingénieurs du Ministère de la construction prévue pour 2017, spécifiquement pour mettre en exergue les questions de PCI. Nous avons également organisé une formation sur la conception des hôpitaux pour les formateurs certifiés en PCI des établissements, ce qui a permis de relever le profil de la PCI dans le cadre des rénovations. D'autres financements ont permis d'acheter un incinérateur, d'effectuer des rénovations mineures (par exemple, assurer l'ouverture des fenêtres dans les services de consultations externes) et de construire des abris pour réduire la surpopulation. Nous avons également noué des liens avec des projets d'adduction d'eau et des projets de promotion de l'hygiène des mains en milieu scolaire. » Zimbabwe</p>
Faible observance des lignes directrices relatives à la gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des méthodes d'amélioration de la qualité simples et à petite échelle, fondées sur une approche multimodale, pour renforcer le respect des lignes directrices relatives à la gestion des déchets. 	<p>Projets d'amélioration de la qualité à petite échelle pour améliorer la gestion des déchets</p> <p>« (Un) hôpital a mis en œuvre un projet d'amélioration de la qualité pour accroître l'observance des lignes directrices relatives à la gestion des déchets. Dans le cadre de l'intervention, il a commencé à utiliser des marqueurs de poubelle de couleur (ou à marquer les sacs poubelle avec un marqueur) pour séparer les déchets au point d'élimination. Le personnel infirmier a indiqué que cela amoindrit son travail, et qu'il était donc facile de poursuivre et de pérenniser cette initiative. » Sierra Leone</p>
Manque de fourniture d'eau fiable pour l'hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager la production locale d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou l'installation de points de lavage des mains simples. 	<p>Faire pression pour l'utilisation d'un désinfectant à base d'alcool pour l'hygiène des mains pour contourner le problème de pénuries d'eau</p> <p>« Malgré des contraintes de ressources, nous avons plaidé auprès des responsables pour l'installation de distributeurs de solutions antiseptiques à base d'alcool pour le nettoyage des mains et le soutien à la fabrication locale de produits à base d'alcool pour le nettoyage des mains des chirurgiens et la préparation des sites opératoires. » Kenya</p> <p>Installer des points de lavage des mains simples à tous les points de soins et à côté des toilettes</p> <p>« Même si nous n'avions pas d'eau au sein de l'établissement de santé, avec le soutien d'une ONG et des responsables de la communauté, nous avons acheté des points de lavage des mains simples et du savon et les avons installés à tous les points de soins et à côté des toilettes. L'agent d'entretien est chargé de les remplir quotidiennement en puisant de l'eau dans un puits communautaire à proximité. Le personnel et les patients apprécient d'avoir de l'eau et du savon à disposition en permanence et pour tous les besoins de lavage des mains. » Mali</p> <p>Entreprendre des campagnes de nettoyage afin d'améliorer l'apparence générale de l'environnement de l'établissement</p> <p>« Une fois par mois, toute l'équipe participe à une campagne de nettoyage pour assainir le cadre de l'établissement et les espaces communs et d'attente. Cela améliore l'aspect général de l'établissement, ce qui donne envie aux gens de fréquenter les services. En enlevant les ordures, on réduit également les risques d'infection et les sites de reproduction des moustiques. » Éthiopie</p>

SUGGESTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES

Outils de planification de l'action

- Modèles de plans d'action (annexe 5)
- Questions d'orientation de la stratégie multimodale (annexe 2)

Modèles

- Exemples de rôles et d'attributions de l'équipe de PCI (Tableau 3C)

Évaluation

- Outil d'amélioration de l'adduction d'eau et de l'assainissement pour les établissements de santé (WASH FIT) de l'OMS (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en/ consulté le 6 avril 2018)
- WASH FIT digital (<https://washfit.org/#/> consulté le 6 avril 2018)
- Planification, conception et construction d'établissements de soins de santé. Traite des normes de la Commission mixte et de la JCI et d'autres considérations - de la planification à la mise en service. Troisième édition. 2015 (<http://www.jointcommission-international.org/assets/1/14/EBP-DC15Sample.pdf> consulté le 4 avril 2018)
- Outils d'hygiène des mains de l'OMS pour un changement de système (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/system_change/en/ consulté le 16 avril 2018)

Exemples de politiques, lignes directrices, orientations et formations

- OMS. Gestion sûre des déchets d'activités de soins de santé (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en/ consulté le 4 avril 2018)
- Normes essentielles de l'OMS en matière d'hygiène du milieu dans les soins de santé (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/ consulté le 26 avril 2018).
- Institut américain des architectes. Lignes directrices pour la conception et la construction d'hôpitaux et d'établissements de soins de santé. 2001. (<https://www.f-giguilines.org/wp-content/uploads/2015/08/2001guidelines.pdf> consulté le 4 avril 2018)
- Lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'eau de boisson. Quatrième édition, intégrant le 1er addendum (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/drin-

- king-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/en/ consulté le 4 avril 2018)
- Guide pour la production d'eau potable (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/potable-reuse-guidelines/en/ consulté le 7 avril 2018)
- Deuxième édition de la formation des formateurs aux modes opératoires normalisés pour le choléra - disponible via IPC and WASH Learning Pod (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/gh-c/schematic-GLL.pdf?ua=1> consulté le 7 avril 2018)

Matériel de plaidoyer

- Lutte contre la résistance antimicrobienne : soutenir les mesures nationales de prévention des infections et d'hygiène dans les établissements de soins de santé (https://www.washinhc.org/fileadmin/user_upload/documents/AM-R_IPC_WASH_FlyerNov2016-1.pdf consulté le 7 avril 2018)

Sélection de publications

- Bannister B, Puro V, Fusco FM, Heptonstall J, Ippolito G. EUNID Working Group Framework for the design and operation of high-level isolation units: consensus of the European Network of Infectious Diseases. *Lancet Infect Dis.* 2009;9:45-56. ([http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70304-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70304-9/fulltext) accessed 4 April 2018)
- Abrampah NM, Montgomery M, Baller A, Ndivo F, Gasasira A, Cooper C, et al. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé (Résolution WHA72.7, 2019) *Bull World Health Organ.* 2017;95:526-30.



LISTE DE CONTRÔLE DE L'ÉTAPE 3

Au terme de l'étape 3, vous devriez avoir :



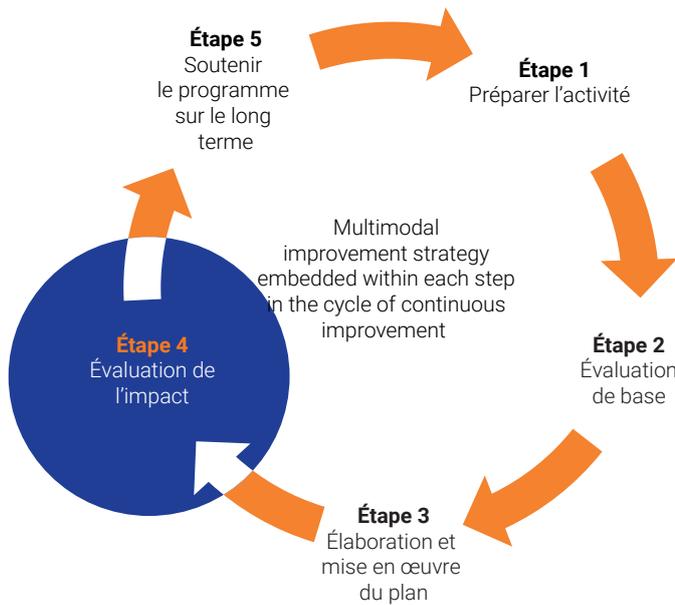
- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Imprimer le modèle de plan d'action et le questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Établir les actions prioritaires pour chaque principale composante prioritaire | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Examiner les considérations clés pour chaque principale composante pertinente | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Examiner les barrières et solutions potentielles et des exemples de mise en œuvre | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Vérifier les outils et les ressources disponibles pour faciliter la mise en œuvre | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Établir votre plan d'action pour chaque principale composante prioritaire | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Organiser une rencontre avec les responsables des établissements de santé pour discuter de votre plan d'action | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Établir que le plan d'action constitue un point de l'ordre du jour du comité de PCI ou du comité équivalent de l'établissement de soins de santé et que les avancées feront l'objet de point d'information ou d'examens réguliers | <input type="checkbox"/> |

1 Natural ventilation: outdoor air driven by natural forces (for example, winds) through building purpose-built openings, including windows, doors, solar chimneys, wind towers and trickle



ÉTAPE 4
ÉVALUATION
DE L'IMPACT

ÉTAPE 4 ÉVALUATION DE L'IMPACT



CONSEILS PRATIQUES, PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ET MESURES REQUISES

Avant de répéter le MEPCI et d'autres évaluations, examinez le tableau contenant les principaux éléments à prendre en considération et les mesures requises (tableau 4A).

Introduction à l'étape 4

- Cette étape est essentielle pour prendre les décisions, pérenniser et modifier les plans annuels en matière de lutte anti-infectieuse. Elle s'intéresse à la collecte des données et/ou des preuves permettant de déterminer ce qui a fonctionné, les actions à entreprendre et les ressources qui vont servir à la réalisation des nécessaires améliorations actuellement en cours.
- Cette étape suppose une évaluation de suivi qui permet de vérifier si vos plans d'action ont été efficaces et de mettre en lumière les différents impacts obtenus. Il s'agit de passer en revue chacun de vos plans d'action et de répéter le MEPCI ainsi que toute autre évaluation pertinente (par exemple, le HHSAF de l'OMS), la méthodologie et les outils utilisés à l'étape 2 ou précédemment étant ceux préconisés ici aussi. L'étape 4 produira les données nécessaires pour faire ressortir les améliorations apportées et où les lacunes qui subsistent. Elle permettra également de consolider les améliorations apportées à travers la mise en œuvre des plans d'action que vous aurez élaborés à l'étape 3 et pourra servir de base à l'étape 5.

Tableau 4A. Principaux éléments à prendre en considération et mesures requises (étape 4)

Principaux éléments à prendre en considération	Mesures clés
Suivi des progrès réalisés	<ul style="list-style-type: none"> • Avant de répéter le MEPCI et d'autres évaluations, examinez le tableau contenant les principaux éléments à prendre en considération et les mesures requises (tableau 4A). •
Entente sur les rôles et les responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Décidez ensemble avec les collègues et les gestionnaires chargés de la répétition du MEPCI – Reproduisez l'approche adoptée à l'étape 2. • Pensez à impliquer les personnes travaillant, le cas échéant, dans les services afin de garantir l'engagement actuel en faveur de l'amélioration de la lutte anti-infectieuse et d'aider à la promotion d'une culture de l'apprentissage.
Calendrier d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • Durant les réunions, fixez un programme et un calendrier d'exécution.
Analysing the results	<ul style="list-style-type: none"> • A l'aide du tableau de notation, complétez les notes par section et calculez votre note générale. • Comparez les résultats avec l'évaluation de référence et, de manière générale et en fonction de chaque composante essentielle, évoquez avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections, les progrès réalisés et les lacunes qui subsistent. • À l'aide de l'information contenue dans le MEPCI répété, passez en revue chaque mesure du plan d'action initial et relevez les réalisations et les lacunes. • Que révèlent les résultats au regard des avantages et des inconvénients du modèle ? • Discutez-en avec le comité de lutte anti-infectieuse et faites des notes de synthèse qui guideront vos échanges avec la direction et les parties prenantes de l'établissement. • Préparez une présentation en vous appuyant sur des spécimens de diapositives de présentation MEPCI (voir outils et ressources).
Présentez les résultats et dressez un calendrier d'évaluation périodique	<ul style="list-style-type: none"> • Organisez une série de réunions pour communiquer les conclusions des sessions répétées du MEPCI aux cadres supérieurs, aux responsables des services cliniques de l'établissement (y compris les responsables médicaux et infirmiers des domaines cliniques où les plans d'action de lutte anti-infectieuse ont été mis en œuvre), aux services et à d'autres départements concernés, par exemple, la qualité et la sécurité, la résistance aux antimicrobiens, l'eau, l'assainissement et l'hygiène. • Utilisez la présentation MEPCI pour encourager les discussions de groupe, les retours constructifs et la résolution des problèmes. • Demandez l'avis des responsables et des parties prenantes sur les résultats – ce qui, selon eux, fonctionne ou ne fonctionne pas ? Quelles mesures, selon eux, sont nécessaires pour amplifier les améliorations ? • Élaborez le cas échéant un nouveau plan d'action pour faire face à des lacunes et à des défis nouveaux ou persistants • Convenez d'un calendrier d'évaluation périodique, et notamment d'une fréquence de récurrence fixe des MEPCI, afin de mesurer l'impact de votre plan d'action révisé. Au bas mot, il est recommandé de répéter le MEPCI chaque année. • Préparez en guise de rapport une synthèse des réalisations et des lacunes (voir modèle, annexe 4). • Partagez le rapport à la haute administration et aux cadres supérieurs, à tous les services ayant pris part à l'évaluation et à tout autre structure concernée. Toutes les personnes impliquées dans la mise en œuvre des améliorations de la lutte anti-infectieuse doivent recevoir un retour d'informations sur ce qui marche et ce qui ne marche pas - cela est important pour l'engagement en cours et dans la durée. • Assurez-vous que les équipes et/ou les champions verront leurs réalisations et que leurs efforts bénéficieront d'une récompense de manière culturellement saine (prix, photos des équipes les plus performantes affichées à l'entrée de l'établissement, fête de célébration, participation à des conférences, entre autres exemples).

MISE À JOUR DE VOS PLANS D'ACTION

Vous êtes maintenant prêt à modifier vos plans d'action ou à en élaborer de nouveaux, en vous inspirant des résultats du MEPCI, d'autres évaluations répétées et des principales actions énumérées ci-dessus à l'aide du modèle de plan d'action à l'annexe 5.

OUTILS ET RESSOURCES PROPOSÉS

Se reporter à tous les outils figurant à l'étape 2



ÉTAPE 4 : LISTE DE POINTS À VÉRIFIER

À la fin de l'étape 4, vous devrez avoir réalisé les points suivants :

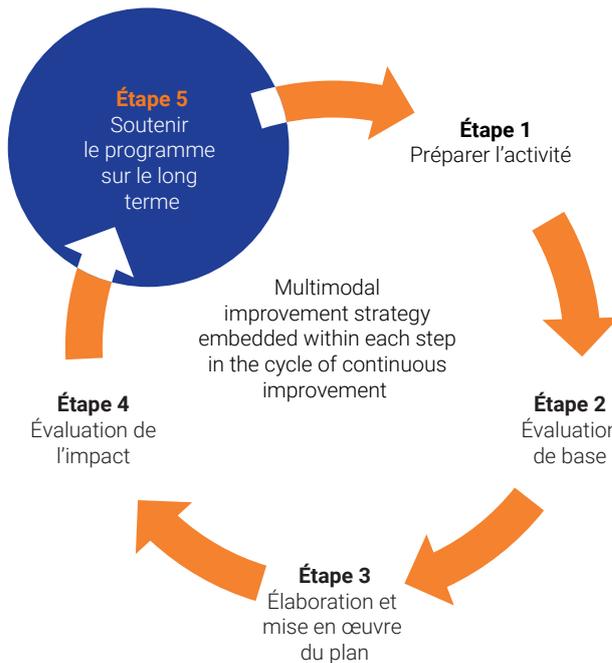


1.	Examen des résultats de l'évaluation de référence de l'étape 2	<input type="checkbox"/>
2.	Examen de votre plan d'action à partir de l'étape 3	<input type="checkbox"/>
3.	Examen de votre plan annuel de lutte anti-infectieuse (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>
4.	Nouvelles copies imprimées (et d'autres outils d'évaluation appropriés) du MEPCI	<input type="checkbox"/>
5.	Adoption d'un calendrier et d'un programme d'exécution pour répéter le MEPCI (et les autres évaluations).	<input type="checkbox"/>
6.	Fin de la répétition des évaluations	<input type="checkbox"/>
7.	Examen des résultats sur la base de l'évaluation initiale de l'étape 2 et présentation des conclusions aux leaders et aux autres parties prenantes	<input type="checkbox"/>
8.	Élaboration d'un nouveau plan d'action inspiré des lacunes et des défis identifiés	<input type="checkbox"/>
9.	Adoption d'une fréquence à laquelle le MEPCI (et d'autres évaluations) vont être répétés à l'avenir – au moins une fois par an	<input type="checkbox"/>
10	Préparation d'un rapport et présentation de celui-ci à des cadres supérieurs et à de hauts responsables, à des services ayant mis en œuvre des plans d'action et pris part à des évaluations, ainsi qu'à d'autres services concernés.	<input type="checkbox"/>



ÉTAPE 5
SOUTENIR
LE PROGRAMME
SUR LE LONG
TERME

ÉTAPE 5 SOUTENIR LE PROGRAMME SUR LE LONG TERME



- Sur la base des informations obtenues à l'étape 4, vous pouvez dès à présent avoir une idée claire des améliorations apportées et des lacunes qui subsistent.
- L'étape 5 porte sur l'examen et l'amélioration régulière de la lutte anti-infectieuse moyennant de nouvelles actions (projets, thèmes, campagnes, par exemple) en vue d'aider à mettre en place des améliorations pour la lutte anti-infectieuse dans l'établissement.
- Il est important que l'activité de votre établissement de santé soit adossée sur les canaux de communication et sur le programme de PCI mis en place jusqu'à présent, pour que la PCI soit considérée comme une activité essentielle en son sein.
- Le comité PCI, s'il est régulièrement impliqué et consulté, jouera un rôle important pour soutenir cet effort.
- Au cours de la présente étape, vous établirez un cycle continu de revue et de participation qui permettra de soutenir le programme, son impact et ses avantages à long terme et de vous assurer qu'il sera intégré aux processus existants dans votre établissement de santé, favorisant ainsi son impact global et à sa viabilité.
- Même si vous n'avez pas passé en revue de manière systématique chacune des étapes de ce manuel pratique, il peut être utile que des conseils pratiques, des éléments principaux et des mesures requises soient pris en considération à l'étape 5.



CONSEILS PRATIQUES, PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ET MESURES REQUISES

Le tableau 5A dresse une liste des principaux éléments à prendre en considération et de mesures suggérées, tous liés entre eux.

Tableau 5A. Principaux éléments à prendre en considération et mesures requises (étape 5)

Principaux éléments à prendre en considération	Mesures clés
Capitaliser sur l'élan généré au cours des étapes 1 à 4 pour promouvoir un plan durable	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez le plan d'action révisé et les résultats du MEPCI pour mettre au point un plan à long terme (5 ans) ayant un cycle régulier de revue (au moins annuelle) afin de lui assurer une durabilité sur le long terme. • Demandez au comité PCI de passer en revue la présente démarche et y incorporer sa contribution en vue de sa finalisation.
Maintenir le soutien des responsables afin d'améliorer à long terme la lutte anti-infectieuse	<ul style="list-style-type: none"> • Organisez des réunions avec les gestionnaires et les responsables des établissements de soins de santé pour s'assurer de leur soutien à long terme en faveur du programme de PCI. • Discutez du processus, des actions et de l'impact du programme à ce jour en capitalisant sur les succès engrangés et les progrès réalisés. Mettez en évidence les difficultés actuelles, les domaines à améliorer et les risques encourus si vous ne parvenez pas à assurer et à maintenir la durabilité - partagez le nouveau plan d'action et l'approche à long terme - encouragez la discussion et le retour d'information. • Organisez des réunions avec les défenseurs de la PCI et les leaders d'opinion identifiés pour les remercier de leur soutien, recueillir leurs conseils sur les plans à long terme et discuter de leur soutien futur à la PCI dans l'établissement. • Utilisez les « scripts » développés à l'étape 1 ou créés depuis lors dans le cadre de votre stratégie de mobilisation continue, en particulier lorsque vos messages doivent être courts et que votre vision de la lutte anti-infectieuse doit continuer d'être soulignée et réaffirmée. • Mettez en place un processus de retour régulier d'information sur l'avancement du plan d'action, par le biais, par exemple du comité PCI et d'autres comités concernés, tels que le comité chargé de la sécurité et celui responsable de la qualité.
Optimiser une approche multimodale pour la réussite de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Faites un état des lieux à ce jour et identifiez les plans en cours issus de votre plan d'action révisé et encouragez la discussion de groupe pour résoudre les problèmes liés : <ul style="list-style-type: none"> oà des besoins en ressources financières, humaines et autres ressources nécessaires - encourager la discussion sur la façon d'obtenir les moyens requis; oà des besoins actuels et futurs en matière de formation et d'éducation ; oau suivi et à la rétroaction planifiés ; • à la communication sur l'évolution de la PCI et les succès émergents à ce jour - dans le cadre de la sensibilisation continue, constituer un portefeuille de témoignages de réussite et communiquer des exemples connexes aux principales parties prenantes au sein de l'établissement et dans les groupes et réseaux externes, par exemple, dans les organismes communautaires et/ou de la société civile ; oau soutien permanent des dirigeants.
Célébrer le succès et communiquer dessus	<ul style="list-style-type: none"> • En plus des réunions avec les parties prenantes, imaginez de manière proactive d'autres moyens pour continuer à célébrer la réussite et communiquer dessus. Par exemple, est-il possible de rédiger votre parcours professionnel en vue d'une publication scientifique ou d'une présentation dans le cadre d'une conférence nationale (ou internationale) ? • Y a-t-il une possibilité de faire connaître le travail à travers les bulletins d'information ou l'intranet de l'établissement de santé (le cas échéant), ou les médias locaux (journaux, radio ou télévision) ? • Peut-on envisager d'utiliser les médias et/ou réseaux sociaux tels que YouTube pour y diffuser des vidéos ou des podcasts si ceux-ci sont utiles à votre établissement ? • Si votre contexte s'y prête, envisagez de recourir à des mesures incitatives dans le cadre d'une démarche permanente visant à récompenser les progrès accomplis par le personnel (par exemple, en proposant éventuellement des formations, et notamment en sollicitant des participations à des cours et/ou à des ateliers nationaux ou internationaux sur la PCI).

Le tableau 5B dresse une liste d'obstacles courants érigés face aux responsables de la lutte anti-infectieuse lors de la mise en œuvre de la PCI, et propose des solutions envisageables. La dernière colonne offre au lecteur des exemples de mise en œuvre associés de la PCI, en insistant (mais pas exclusivement) sur les environnements à faibles revenus.

Tableau 5B. Obstacles et solutions éventuels et exemples de mise en œuvre de la PCI (étape 5)

Obstacle potentiel	Solution éventuelle	Exemple de mise en œuvre de la PCI (avec un accent sur les environnements à faibles revenus)
<p>Les principaux responsables et/ou défenseurs de la PCI quittent l'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager de réactualiser ou de relancer périodiquement le programme d'amélioration de la PCI – intégrez-le dans vos plans à long terme. • Pensez à planifier la relève : les améliorations ne sauraient reposer sur une seule personne. Encouragez les leaders et/ou les défenseurs de la PCI à encadrer les autres avant de quitter l'établissement. • Mettez à profit les jeunes ressources humaines de votre établissement et inspirez-les, en d'autres termes, encouragez les jeunes médecins et/ou les jeunes infirmières à investir dans le renforcement de leurs capacités de leadership et demandez-leur d'assumer des responsabilités. • Rencontrez les nouveaux responsables de votre établissement et racontez-leur l'histoire de l'établissement, en insistant sur les réalisations et les retombées positives sur la structure. • Pensez à recourir aux ressources de plaidoyer détaillées à l'étape 1 dans votre interaction avec les nouveaux responsables et promoteurs de la PCI. • Encouragez les responsables et/ou les défenseurs à communiquer sur leur soutien à la PCI à travers des bulletins d'information ou d'autres canaux. • Ciblez à l'avenir les défenseurs de la PCI, invitez-les à des réunions en tête-à-tête et servez-vous du matériel de plaidoyer (voir l'étape 1) pour « vendre » la cause de la PCI. 	<p>Capacité d'un leader à inspirer et à soutenir des améliorations à long terme</p> <p>« Dans le cadre de la mise en œuvre d'un ambitieux projet de prévention des infections sur le site opératoire (SUSP), nous avons perdu un aîné dans la profession, le très respecté Dr Peter Ongom. Ce projet qui répondait à un taux d'infection élevé de nos patients en chirurgie était très important pour la sécurité de ces derniers. Le Dr Ongom était un homme exemplaire qui a laissé un héritage impressionnant derrière lui. Passés les premiers instants de confusion, nous (ses jeunes collègues chirurgiens) avons siégé pour parler de son style et de ses méthodes dans la conduite du programme. Plus tard, nous avons décidé de relever le défi et de prendre la relève. De ce fait, le projet SUSP a connu un grand succès dans notre établissement avec une réduction de plus de 60 % des taux d'infection du site opératoire, témoignage éloquent, s'il en était, pour le dévouement et la mémoire du Dr Ongom. » Ouganda</p>
<p>Lassitude à l'égard de la PCI – émergence de nouvelles priorités</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à lier les améliorations de la PCI avec les avancées de la résistance aux antimicrobiens, de la qualité, de la sécurité et de la résilience des services de santé (autrement dit, de la prévention des crises sanitaires) pour la mise à jour des messages qui présentent la PCI comme une priorité et qui justifient que l'on continue d'accorder de l'importance à la lutte anti-infectieuse - insister sur les risques encourus, y compris les coûts financiers et humains, si la PCI n'est plus une priorité. • Promouvoir la PCI pour en faire un élément important de la réglementation et de l'accréditation. • Mettez à profit les campagnes nationales et internationales pour assurer par exemple que le programme de PCI reste en bonne place. OMS, 5 mai, SAUVER DES VIES : Campagne pour le lavage des mains. • Sensibilisez les groupes de patients et la société civile quant au programme et à ses succès, et obtenez leur engagement pour contribuer activement à la pérennité du programme. • Pensez à recourir à des partenariats de jumelage pour soutenir l'amélioration de la PCI. • Discutez avec les équipes et les comités PCI d'autres établissements pour savoir comment ils ont surmonté leur lassitude et mis à jour leurs programmes. • Utilisez le réseau d'apprentissage PCI/WASH du Laboratoire mondial d'apprentissage de l'OMS pour poser des questions sur la durabilité et sur les méthodes efficaces appliquées dans d'autres établissements. 	<p>La lutte anti-infectieuse est un processus de renouvellement permanent.</p> <p>« Mon hôpital fait partie des hôpitaux agréés de mon pays. Même si nous avons réussi à atteindre les normes les plus strictes en matière de lutte anti-infectieuse afin d'obtenir notre agrément, nous continuons à évaluer notre plan d'action et à le mettre à jour chaque année, ainsi que notre programme de lutte anti-infectieuse, notre programme de formation, l'organisation du comité PCI et du programme de surveillance, sur une base, annuelle pour l'évaluation des risques, et biennale, pour nos politiques et procédures de lutte anti-infectieuse. Ces processus de révision et de mise à jour sont longs et nous trouvons toujours une retouche à faire et de nombreux domaines nécessitent encore des améliorations. » Égypte</p> <p>Comparaison et évaluation par les pairs</p> <p>« Pour que la PCI continue à être considérée par les hôpitaux comme le pivot des soins de santé, nous avons instauré une évaluation annuelle par les pairs, et l'un des modèles proposés est la lutte anti-infectieuse. Les établissements sont notés et leur performance est comparée à celle de leurs pairs, ce qui permet de les maintenir tous sur le qui-vive. » Ghana</p>
<p>Réaffectation du budget - fonds détournés de la PCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualisez vos données et votre argumentaire d'investissement en matière de lutte anti-infectieuse. • Dialoguez avec les patients et recueillez leurs témoignages relatifs à l'impact que produisent les infections sur les patients et leurs familles afin d'établir le bien-fondé d'un financement permanent. • Explorez toutes les voies de financement pour soutenir l'activité, y compris les ONG et les demandes de subventions. 	

Encadré 10 : Étude de cas – Mise en œuvre réussie dans un établissement de santé indien

Dans un établissement de santé en Inde, un petit groupe de défenseurs acharnés de la PCI a entamé un long processus d'amélioration, passant de l'absence quasi-totale de programme de PCI à la mise en place réussie d'un programme entièrement fonctionnel qui couvre les huit composantes essentielles - voici un résumé de leur histoire.

- Dès le départ, il a été reconnu que le soutien des dirigeants était essentiel. Au cours des discussions préparatoires (étape 1), l'équipe a convenu que les données de référence étaient essentielles pour soutenir le plaidoyer en faveur de la PCI et qu'il importait de convaincre les décideurs de la nécessité d'agir.
- L'équipe a donc entrepris une série d'audits et de contrôles des pratiques et mis en place un mécanisme de retour d'information pour partager largement les résultats (étape 2). Cette étape a duré presque deux ans, le temps de collecter les données et d'établir l'argumentaire en faveur du soutien et de l'action.
- La communication et la discussion des résultats ont eu lieu sur une base régulière, par exemple lors des tournées des services et des principales réunions.
- Un petit plan d'action réaliste a été élaboré (étape 3) et communiqué aux responsables de l'hôpital. Cette étape était cruciale pour convaincre les dirigeants qu'il y avait un problème et qu'un programme de PCI était la solution.
- Les administrateurs de l'hôpital ont également été informés sur les besoins en personnel et en ressources nécessaires pour la mise en œuvre des plans proposés.
- Grâce à cette communication régulière, ces hauts responsables ont été persuadés qu'il était nécessaire de soutenir l'investissement dans les ratios infirmières/patients et dans les fournitures et ressources de PCI.
- À mesure que l'établissement progressait dans ses actions de prévention des infections, le programme PCI était porté à 10 infirmières et à un infectiologue.
- La revue et la modification régulières des plans et la mobilisation permanente des responsables et des gestionnaires de l'hôpital, des services et des départements (étapes 4 et 5) ont permis d'obtenir progressivement des résultats positifs, par exemple la création d'un logiciel électronique pour faciliter la collecte des données.
- Grâce à des réseaux en pleine croissance, l'équipe a pris connaissance d'un programme régional de surveillance et y a participé, ce qui lui a permis d'assurer un mentorat régulier et de découvrir de nouvelles idées pour la mise en œuvre du programme. Compte tenu du succès croissant de la surveillance, l'équipe a mis en place des séries d'interventions et une approche multimodale pour réduire les taux d'infections liées aux dispositifs, adaptée à leur contexte.
- Dotée d'un processus d'évaluation de référence solide et de mécanismes de surveillance renforcés, l'équipe a aussi entrepris de mettre au point des modes opératoires normalisés pour la microbiologie et une série d'activités de PCI.
- Ces normes ont ensuite été traduites en modules de formation pour l'orientation et pour la formation régulière en cours d'emploi, qui ont également été mis au point pour le personnel infirmier.



OUTILS ET RESSOURCES PROPOSÉS

Planification des interventions

- Modèles de plan d'action (annexe 5)
- Questions indicatives de la stratégie multimodale (annexe 2)

Sensibilisation

- Revoir tous les outils de sensibilisation listés à l'étape 1

Partenariats/soutien par les collègues

- Twinning partnerships for improvement (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253523/1/9789241511872-eng.pdf?ua=1> dernier accès le 4 avril 2018)
 - oPartnerships for safer health service delivery: evaluation of WHO African Partnerships for Patient Safety 2009–2014 (<http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/evaluation-report.pdf> dernier accès le 7 avril 2018)
 - oGlobal Learning Laboratory for UHC – IPC/WASH Learning Pod (<https://extranet.who.int/dataform/848962?lang=en> dernier accès le 7 avril 2018)

Durabilité

- Amélioration durable - activités supplémentaires à envisager par les établissements de soins de santé ([\[w.who.int/entity/infection-prevention/tools/hand-hygiene/Sustaining_Improvement.doc?ua=1\]\(http://w.who.int/entity/infection-prevention/tools/hand-hygiene/Sustaining_Improvement.doc?ua=1\) dernier accès le 4 avril 2018\)](http://ww-</div><div data-bbox=)

- HHSAF template action plan for WHO framework advanced leadership results (http://www.who.int/gpsc/5may/PSP_GP-SC1_AdvancedLeadership-Web_Feb-2012.pdf?ua=1 dernier accès le 4 avril 2018)
- Institute for Healthcare Improvement. How-to guide: sustainability and spread (<http://www.ih.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideSustainabilitySpread.aspx> dernier accès le 7 avril 2018)



ÉTAPE 5 : LISTE DE CONTRÔLE

À la fin de l'étape 5, vous devrez avoir réalisé les points suivants : 

1. Adoption d'un cycle d'évaluation annuelle par le comité PCI.

2. Élaboration d'un plan à long terme (5 ans) avec le comité PCI

3. Rencontre avec les responsables et l'encadrement de l'établissement de soins de santé et obtention d'un engagement visible à long terme envers le programme de PCI (y compris le budget ordinaire).

4. Rencontre avec des défenseurs de la PCI et/ou des leaders d'opinion pour transmettre des remerciements et obtenir un soutien continu

5. Diffusion des réalisations et de la vision de la PCI par le biais des canaux de communication interne, bulletins d'information, podcasts, courriels, réunions et rencontres individuelles, par exemple.

6. Promotion externe des réalisations auprès des patients, des organismes de la société civile et des ONG, par exemple, à travers la radio ou les journaux locaux.

ANNEXES

Annexe 1 Stratégie multimodale

Multimodal implementation strategies are a core component of effective infection prevention and control (IPC) programmes according to the WHO Guidelines on Core Components of IPC programmes at the National and Acute Health Care Facility Level.

The guidelines' **recommendation 5** states that IPC activities using multimodal strategies should be implemented to improve practices and reduce HAI and AMR. In practice, this means the use of multiple approaches that in combination will contribute to influencing the behaviour of the target audience (usually health care workers) towards the necessary improvements that will impact on patient outcome and contribute to organizational culture change. Implementation of IPC multimodal strategies needs to be linked with the aims and initiatives of quality improvement programmes and accreditation bodies both at the national and facility levels.

Five key elements to focus on when improving IPC

The multimodal strategy consists of several elements (3 or more; usually 5) implemented in an integrated way to guide action and provide a clear focus for the implementer. Targeting only ONE area (i.e. unimodal), is highly likely to result in failure. All five areas should be considered, and necessary action taken, based on the local context and situation informed by periodic assessments.

WHO identifies five elements for IPC multimodal strategies in a health care context:

- | | |
|---|--|
| <p>1 the system change needed to enable IPC practices, including infrastructure, equipment, supplies and other resources;</p> <p>2 training and education to improve health worker knowledge;</p> <p>3 monitoring and feedback to assess the problem, drive appropriate change and document practice improvement;</p> | <p>4 reminders and communications to promote the desired actions, at the right time, including campaigns;</p> <p>5 a culture of safety to facilitate an organizational climate that values the intervention, with a focus on involvement of senior managers, champions or role models.</p> |
|---|--|

In other words, the WHO multimodal improvement strategy addresses these five areas:

2. Teach it

(training & education)



- Who needs to be trained? What type of training should be used to ensure that the intervention will be implemented in line with evidence-based policies and how frequently?
- Does the facility have trainers, training aids, and the necessary equipment?
- **Practical example:** when implementing injection safety interventions, timely training of those responsible for administering safe injections, including carers and community workers, are important considerations, as well as adequate disposal methods.

4. Sell it

(reminders & communication)



- How are you promoting an intervention to ensure that there are cues to action at the point of care and messages are reinforced to health workers and patients?
- Do you have capacity/funding to develop promotional messages and materials?
- **Practical example:** when implementing interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection, the use of visual cues to action, promotional/reinforcing messages, and planning for periodic campaigns are important considerations.

1. Build it

(system change)



- What infrastructures, equipment, supplies and other resources (including human) are required to implement the intervention?
- Does the physical environment influence health worker behaviour? How can ergonomics and human factors approaches facilitate adoption of the intervention?
- Are certain types of health workers needed to implement the intervention?
- **Practical example:** when implementing hand hygiene interventions, ease of access to handrubs at the point of care and the availability of WASH infrastructures (including water and soap) are important considerations. Are these available, affordable and easily accessible in the workplace? If not, action is needed.

3. Check it

(monitoring & feedback)



- How can you identify the gaps in IPC practices or other indicators in your setting to allow you to prioritize your intervention?
- How can you be sure that the intervention is being implemented correctly and safely, including at the bedside? For example, are there methods in place to observe or track practices?
- How and when will feedback be given to the target audience and managers? How can patients also be informed?
- **Practical example:** when implementing surgical site infection interventions, the use of key tools are important considerations, such as surveillance data collection forms and the WHO checklist (adapted to local conditions).

5. Live it

(culture change)



- Is there demonstrable support for the intervention at every level of the health system? For example, do senior managers provide funding for equipment and other resources? Are they willing to be champions and role models for IPC improvement?
- Are teams involved in co-developing or adapting the intervention? Are they empowered and do they feel ownership and the need for accountability?
- **Practical example:** when implementing hand hygiene interventions, the way that a health facility approaches this as part of safety and quality improvement and the value placed on hand hygiene improvement as part of the clinical workflow are important considerations.

Annexe 2. Questionnaire d'orientation sur la stratégie multimodale

PRIORITÉ :		<DÉCRIRE BRIÈVEMENT LA PRIORITÉ IDENTIFIÉE>	
Éléments de la stratégie multimodale	Questions d'orientation	Utiliser l'espace ci-dessous pour énumérer les réponses aux questions d'orientation	Énumérer toutes les actions requises pour s'assurer que les réponses fournies peuvent être réalisées. Intégrer celles-ci dans le plan d'action
Changement de système/ à renforcer 	1. Quelles ressources (y compris budgétaires), infrastructures ou fournitures sont nécessaires pour apporter des améliorations dans ce domaine prioritaire ?		
Éducation et formation/ à enseigner 	2. Qui a besoin d'une formation /d'une éducation pour combler les lacunes identifiées – comment cela sera-t-il organisé et qui dispensera la formation/l'éducation ?		
Suivi et rétroinformation/ à vérifier 	3. Comment savoir qu'une amélioration est intervenue – en d'autres termes quels seront les principaux indicateurs de succès ?		
Communication et rappels/ à faire passer 	4. Comment faire connaître les actions à entreprendre concernant certaines principales composantes, et promouvoir les améliorations et les meilleures pratiques dans ce domaine ?		
Climat de sécurité et changement de culture/à vivre 	5. Comment identifier et maintenir cet aspect comme une priorité pour un service de soins de santé et mobiliser la direction/les responsables/les chefs de file et les leaders d'opinion au fil du temps ?		

Annexe 3. Organisation d'une réunion de plaidoyer en faveur de la lutte anti-infectieuse

A. Exemple d'approche : s'appuyer sur les propositions ci-dessous en les adaptant au contexte local

1. Établir une liste d'invités sur la base des parties prenantes et des chefs de file/leaders d'opinion clé identifiés.
2. Discuter avec les principaux responsables, par exemple le médecin de district ou un médecin chef, un chirurgien ou une infirmière, avant la réunion et les encourager à s'exprimer en faveur de la lutte anti-infectieuse pendant la réunion.
3. Réserver une salle de réunion.
4. Envoyer les invitations (de préférence de la part du directeur de l'établissement de santé/d'un autre responsable clé).
5. Télécharger à l'avance sur un ordinateur portable ou un ordinateur de bureau, à partir du site internet de l'OMS, des vidéos comme « Healthcare without avoidable infection – people's lives depend of it » (<https://www.youtube.com/watch?v=K-2XW>, consulté le 7 avril 2018) ou une vidéo de sensibilisation à la lutte anti-infectieuse sur les principales composantes (<https://www.youtube.com/watch?v=LZapz2L6J1Q&feature=youtu.be>, consulté le 7 avril 2018).
6. Imprimer des copies des infographies de la lutte anti-infectieuse (figurant aux adresses <http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/HAI-Infographic.pdf?ua=1> et <http://www.who.int/infection-prevention/tools/focus-amr/en> consultées le 7 avril 2018) et un résumé du visuel des principales composantes (figures 2) ainsi qu'un résumé en deux pages des principales composantes (sur le site <http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-cc-summary.pdf?ua=1> consulté le 7 avril 2018)
7. Imprimer un échantillon de scripts (Figure 3).

B. Exemple : ordre du jour de la réunion

- a. Mots de bienvenue et présentations
- b. Vidéo de sensibilisation et distribution de documents (voir ci-dessus).
- c. Aperçu de la situation actuelle de la lutte anti-infectieuse au sein de l'établissement :
 - i. présentation des données existantes sur les IAS, la résistance aux antimicrobiens et les pratiques de lutte anti-infectieuse (si disponibles) ;
 - ii. résumé des flambées épidémiques et des interventions antérieures (le cas échéant) ;
 - iii. séance de questions et réponses avec les participants – s'assurer que les chefs de file et les responsables identifiés conviennent au préalable de prendre la parole pour exprimer leur soutien à la lutte anti-infectieuse et à la mise en œuvre des principales composantes.
- d. Introduction aux lignes directrices de l'OMS relatives aux principales composantes :
 - i. voir les documents distribués ;
 - ii. utiliser comme « aide-mémoire » l'approche « quoi, pourquoi, quand, qui et comment » présentée dans la deuxième partie du manuel ;
 - iii. mettre en évidence les liens avec la lutte anti-infectieuse, la résistance aux antimicrobiens et le travail de qualité à l'échelle nationale et locale ;
 - iv. montrer une vidéo de l'OMS sur les principales composantes (voir ci-dessus) ;
 - v. présenter un rapport de situation sur les progrès réalisés (le cas échéant) par rapport aux principales composantes et aux engagements souscrits dans le cadre du programme de lutte anti-infectieuse existant.
- e. Exposé sur l'approche proposée pour améliorer la lutte anti-infectieuse :
 - i. processus de mise en œuvre en cinq étapes, aperçu ;
 - ii. proposition d'une évaluation de base (et continue) pour déterminer les priorités essentielles, de manière à orienter l'élaboration d'un plan d'action ciblé et axé sur les priorités.
- f. Discussion et rétroinformation
- g. Résumé des actions, rôles et responsabilités convenus (à tous les niveaux) et mécanismes de notification futurs.
- h. Choix de la date de la prochaine réunion d'un commun accord.
- i. Clôture de la réunion.
- j. Préparer et distribuer un bref résumé de la réunion en utilisant les rubriques proposées ci-dessous.

C. Exemple : canevas pour les notes de réunion

Notes de réunion – [Nom de l'établissement de santé]

Lieu : [préciser]

Date : [préciser]

Heure : [préciser]

Liste de présence

[Ajouter les noms et fonctions de tous les participants]

Excuses transmises

[Établir la liste des absents]

Points de l'ordre du jour

[Indiquer sous chaque point le résumé des discussions et les conclusions dégagées]

Actions découlant des discussions/décisions prises

[Énumérer toutes les actions, décisions, dates et personnes responsables convenues]

Date et heure de la prochaine réunion

[Si nécessaire, indiquer la date de la prochaine réunion]

Annexe 4. Modèle de rapport relatif aux résultats du cadre d'évaluation de la lutte anti-infectieuse

Résultats et recommandations de l'évaluation de la lutte anti-infectieuse

<Date>
<Auteur>

Résumé

Dans le cadre des efforts de <insérer le nom de l'établissement> visant à renforcer la lutte anti-infectieuse, une évaluation de base a été effectuée à l'aide du cadre d'évaluation de la lutte anti-infectieuse de l'OMS (IPCAF). Cette évaluation a eu lieu le <préciser jour/mois/année>. Il ressort de l'évaluation que le processus est à un stade <préciser le niveau (**insuffisant/basique/intermédiaire/avancé**) selon le score IPCAF>. Ces résultats laissent supposer que <copier coller l'interprétation prévue par l'IPCAF, par exemple, un processus à un niveau «insuffisant», signifiera que « la mise en œuvre des principales composantes de la lutte anti-infectieuse accuse des insuffisances . Des améliorations substantielles sont dès lors nécessaires.»>

IPCAF scoring interpretation

Score		Interpretation
0-200	Inadequate	IPC core components' implementation is deficient. Significant improvement is required.
201-400	Basic	Some aspects of the IPC core components are in place, but not sufficiently implemented. Further improvement is required.
401-600	Intermediate	Most aspects of IPC core components are appropriately implemented. Continue to improve the scope and quality of implementation and focus on the development of long-term plans to sustain and further promote the existing IPC programme.
601-800	Advanced	The IPC core components are fully implemented according to the WHO recommendations and appropriate to the needs of your facility.

Introduction

Avec le soutien de sa direction, <préciser le nom de l'établissement> déploie des efforts considérables pour améliorer la lutte anti-infectieuse. Une part significative de ces efforts consiste à cartographier les progrès réalisés par <insérer le nom de l'établissement> par rapport aux recommandations de l'OMS relatives à la lutte anti-infectieuse, qui prévoient huit principales composantes pour les programmes liés à cette lutte. Le cadre d'évaluation de la lutte anti-infectieuse de l'OMS est un outil de diagnostic mis au point pour passer en revue les activités/les ressources consacrées à la lutte anti-infectieuse et identifier les forces et les faiblesses existantes. Il comporte huit sections correspondant aux huit principales composantes, et propose au total 80 indicateurs libellés sous forme de questions. Les résultats de l'IPCAF permettent d'attribuer aux établissements de santé un score et de les positionner sur un continuum d'amélioration allant du niveau insuffisant à celui avancé (voir ci-dessous).

Évaluation

L'évaluation à l'aide de l'IPCAF a eu lieu le <préciser jour/mois/année>. Elle a été menée par <préciser le nom de la personne responsable de l'IPCAF> avec l'appui de <préciser le nom et la fonction des personnes concernées, le cas échéant>.

Résultats

Le score global attribué à cet établissement de santé est de <préciser le score>. En d'autres termes, cet établissement est au niveau <préciser le niveau>. Ces résultats laissent supposer que <copier coller l'interprétation prévue par l'IPCAF, par exemple, un processus à un niveau «insuffisant», signifiera que « la mise en œuvre des principales composantes de la lutte anti-infectieuse accuse des insuffisances. Des améliorations substantielles sont dès lors nécessaires.»>

La répartition des scores partiels attribués sous chacune des huit composantes est présentée dans le tableau ci-dessous (indiquer les scores pour chaque composante).

Score

Principale composante	Sous-total
1. Programme de lutte anti-infectieuse	
2. Lignes directrices relatives à la lutte anti-infectieuse	
3. Éducation et formation à la lutte anti-infectieuse	
4. Surveillance des IAS	
5. Stratégies multimodales	
6. Suivi/audit des pratiques liées à la lutte anti-infectieuse et rétroinformation	
7. Charge de travail, dotation en personnel et taux d'occupation des lits	
8. Cadre bâti, matériel et équipements destinés à la lutte anti-infectieuse au niveau de l'établissement de santé	
Total final	

Analyse des résultats

Une analyse préliminaire des résultats montre que <indiquer le nom de l'établissement> affiche des points forts dans les domaines suivants : <énumérer, sur la base des résultats obtenus, les domaines considérés comme des forces dans la lutte anti-infectieuse >. Toutefois, un certain nombre de lacunes et de faiblesses ont été décelées et sont énumérées ci-dessous <énumérer, sur la base de la restitution initiale des résultats, les aspects considérés comme des lacunes > :

Recommandations

1. Sur la base d'une analyse des résultats et des discussions avec les membres du personnel et les parties prenantes clé, un projet de plan d'action a été élaboré pour remédier aux lacunes et aux faiblesses prioritaires identifiées. Il est recommandé à l'équipe cadre de l'établissement de santé et au comité de lutte anti-infectieuse de soutenir la mise en œuvre du projet de plan d'action avec ses besoins connexes de financement (joindre le plan d'action au rapport).
2. Il est recommandé de procéder à une autre évaluation à l'aide de l'IPCAF dans 12 mois.

Signé : <apposer une signature> (au nom du comité de lutte anti-infectieuse)

Date : <indiquer la date>

Annexe 5. Modèles de plan d'action

Exemple de modèle 1

CORE COMPONENT: <INSERT NAME OF CORE COMPONENT>						
Priority gaps identified	Action required	Lead person	Start date	End date	Budget (if applicable)	Monitoring and evaluating implementation progress (include review/ completion dates)
<List all gaps identified from baseline assessment and prioritized for action>	<List the actions that are planned using information gathered as you work through the 5 steps of the implementation cycle>	<List the lead person or group driving the action plan>	<State when the action will start to be addressed>	<Estimate the deadline for action to be completed, including periodic review dates if applicable>	<Estimate the budget required to address the required actions>	<Describe the progress that has been made at each review date including decisions and actions taken, and the need for further actions to be taken to achieve completion>
Gap 1:						
Gap 2:						
Gap 3:						
Gap 4:						
<INSERT MORE ROWS AS REQUIRED>						

Exemple de modèle 2

No.	Activité à mener	Objectifs	Indicateur de performance clé lié au résultat	Résultat visé	Groupe cible	Budget/ Dépenses	Durée de l'intervention	Personne(s) responsable(s)
<INSÉRER D'AUTRES LIGNES SI NÉCESSAIRE>								

Exemple de modèle 3

No.	Activité	Objectif	Mois												Budget	Personne(s) responsable(s)	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
<INSÉRER D'AUTRES LIGNES SI NÉCESSAIRE>																	

Exemple de modèle 4

Nom de l'établissement : Unité : Date:/...../..... Signature du chef d'unité :						
Domaine de la lutte anti-infectieuse où des lacunes ont été identifiées	Pratiques inopérantes à arrêter (le cas échéant)	Solution(s) proposée(s)	Délai de mise en œuvre de la/ des solution(s)	Résultat escompté	Personne(s) responsable(s)	Ressources
<INSÉRER D'AUTRES LIGNES SI NÉCESSAIRE>						