



PO POLITIQUE MÉDICALE

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

**POLITIQUE ET CADRE
STRATÉGIQUE**

DOCUMENT INTERSECTION - 2017



© MSF / N. Tremblay / RCA Gestors

PO POLITIQUE MÉDICALE

PLATEFORME DE VALIDATION ET DATE	MEDOp, 20.03.18
STATUT DE PUBLICATION	Interne
VERSION	NOUVEAU DOCUMENT
CONTACT POUR COMMENTAIRES	JOOST HOPMAN JOOST.HOPMAN@AMSTERDAM.MSF.ORG
SI FICHER ÉLECTRONIQUE	https://tukul.msf.org/policies
CODE BIBOP	L030HYGM06F-P

INTRODUCTION

La prestation sécuritaire des soins est un droit de chaque patient et une responsabilité essentiel pour tout programme / organisation de santé. MSF s'efforce d'assurer la sécurité des patients et du personnel de santé et, en particulier, de respecter le devoir de prodiguer des soins tout en minimisant les préjudices aux individus ou aux groupes. (2) Les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) efficaces sont des outils importants dans la gestion des maladies, et de bonnes pratiques de PCI doivent être équitablement accessibles à tous.

Les Infections Associées aux Soins (IAS) sont les complications les plus fréquentes et les plus sévères dans les structures de santé et constituent une préoccupation majeure pour la sécurité des patients. Les taux d'IAS varient de 5-7% dans les pays à revenu élevé en Europe (3) comparativement à une estimation de 10-20% dans les contextes aux ressources limitées. (4-6) Les IAS sont responsables de décès, de séjours prolongés à l'hôpital, d'invalidité à long terme et d'augmentation de la résistance aux antimicrobiens (RAM). Les IAS les plus fréquents sont (7):

- Infection du Site Opératoire (ISO)
- Bactériémies Associées aux Cathéters (BAC)
- Pneumonie Associées aux Soins de Santé (PASS), incluant la tuberculose
- Infections Urinaires Associées au Sondage Vésicale (IUASV)
- Gastro-entérites (GE)

La PCI est une approche pratique, fondée sur des données probantes, qui empêche les patients et le personnel de santé d'être victimes d'infections évitables et d'épidémies hospitalières (7).

Des programmes de PCI efficaces permettent de réduire de plus de 30% le taux des IAS, la surveillance contribue à réduire de 25-57% les IAS et une culture de sécurité associée à un programme de PCI a permis de réduire de 44% le risque d'infection du site opératoire dans les hôpitaux africains (7).

L'augmentation mondiale des bactéries multi-résistantes incite tous les structures de santé à améliorer les pratiques de prévention et de contrôle des infections pour réduire la morbidité, la mortalité et les dépenses évitables. (8) Une ère où les patients sont colonisés ou infectés par des bactéries résistantes à tous les antibiotiques approche rapidement et est déjà présente dans certains structures de santé. (9, 10)

DÉCLARATION DE LA POLITIQUE

Les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) visent à assurer la protection des personnes susceptibles d'être infectées, que ce soit dans la communauté en général ou en recevant des soins en raison de problèmes de santé, dans divers contextes. [1] MSF renforcera la PCI dans TOUTES les structures de santé. Les activités seront basées sur les 3 piliers prioritaires tout en portant une attention particulière aux milieux hospitaliers.

LES 3 PILIERS PRIORITAIRES DE PCI À METTRE EN ŒUVRE PARTOUT:

Le programme de PCI de base de MSF dans les structures de santé se concentrera sur trois piliers.

Les 2 premiers piliers sont axés sur les précautions standard (voir annexe 1).

Le pilier 1 comprend **l'hygiène des mains** ;

Le pilier 2, **le nettoyage et la désinfection** de l'environnement et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables.

Le pilier 3 consiste en **précautions liées au mode de transmission** (voir annexe 1), y compris les structures d'isolements et de ventilation appropriées.

LES PRINCIPALES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (IAS) CIBLÉES:

Dans les structures de santé de MSF, les interventions en PCI se concentreront spécifiquement sur les infections ayant le plus d'impact clinique pour lesquelles une mise en œuvre réussie est la plus réalisable dans les contextes MSF. Ainsi, **les infections du site opératoire (ISO) et les bactériémies associées au cathéter (BAC)** seront d'abord ciblées par la mise en œuvre de programme **d'intervention spécifiques et de stratégies multimodales**. La prévention des pneumonies associées aux Soins de santé (PASS), les infections urinaires associées au sondage vésicale (IUASV), ainsi que les gastro-entérites associées aux soins de santé seront les prochaines infections associées aux soins de santé qui feront l'objet d'interventions spécifiques.

Cette politique de PCI définit les principales priorités en matière de PCI dans les structures de santé pour MSF et, les principales composantes des bonnes pratiques en matière de PCI afin de fixer les standards minimaux à suivre sur le terrain.

CADRE STRATÉGIQUE

UNE STRATÉGIE MULTIMODALE EN PCI

Les données montrent que l'utilisation d'une stratégie multimodale pour la mise en œuvre des activités de PCI dans les structures de santé est efficace. Elle permet d'améliorer les pratiques de PCI, d'améliorer les résultats, d'observer des changements de comportement et de réduire les IAS (8). L'OMS recommande de mettre en œuvre la PCI et les meilleures pratiques. Les composants multimodaux sont les suivants :

- **Changement de système** : la disponibilité d'une infrastructure appropriée (y compris eau, hygiène et assainissement (EHA)) et des fournitures pour permettre et améliorer les bonnes pratiques de PCI. Les exigences structurelles de base comprennent **les aspects organisationnels, l'environnement en milieu hospitalier (infrastructure et conception de l'hôpital), le matériel et l'équipement et les services auxiliaires** (annexe 2). Un exemple classique et crucial est le ratio patient par lit qui ne doit pas dépasser un par lit, que ce soit pour un enfant ou pour un adulte. Un autre exemple est une ventilation adéquate qui doit être maintenue dans les structures de santé en tout temps, quel que soit le type de secteur clinique.
- **Sensitization, education and training**: tout le personnel de santé devrait être sensibilisé aux risques et à l'impact des IAS et à l'importance des bonnes pratiques de PCI pour leur prévention. Des formations doivent être organisées pour assurer une bonne compréhension des mesures de prévention et des précautions nécessaires et pour améliorer les changements de comportement.
- **Monitoring** des infrastructures, des pratiques, des processus et des résultats, ainsi que **le retour de feedback**. L'effet des interventions sera mesuré à l'aide d'indicateurs structurels, de processus et de résultats. Le retour d'informations sur les audits et les indicateurs de PCI aux professionnels de la santé est un élément essentiel des stratégies d'amélioration. Un système de surveillance permettant de saisir les indicateurs structurels et de processus liés à la PCI devrait être mis en place dans toutes les structures de santé et discuté au sein du comité de PCI. Un programme de surveillance (indicateur de résultat) pour évaluer l'incidence des infections doit être élaboré et mis en pratique dans toutes les structures de santé.

Des enquêtes de prévalence ponctuelle pour évaluer le niveau endémique de la résistance aux antimicrobiens dans les structures de santé, effectués périodiquement (une fois par an), ont une valeur ajoutée afin d'adopter des mesures adéquates de PCI et d'adapter les traitements antibiotiques empiriques au contexte local.

- Amélioration de la **communication** et **rappels** sur le lieu de travail (par exemple, affiches sur l'hygiène des mains)
- Renforcement d'un **climat de sécurité**. Un **leadership fort** pour la mise en œuvre réussie des stratégies multimodales est essentiel. Idéalement, des **modèles de rôle** en PCI et les leaders informels dans les services cliniques font partie de la stratégie.

COMMENT EFFECTUER LA MISE EN ŒUVRE DANS LES PROJETS DE MSF?

PROMOTION D'UNE APPROCHE PROGRESSIVE D'AMELIORATION DE LA PCI

L'introduction d'une approche d'amélioration progressive de la PCI nous permettra de définir et de comparer de manière standardisée le niveau de progression de la PCI dans les projets. Ce faisant, des ressources peuvent être allouées aux projets ayant les besoins les plus importants.

Les structures de santé qui comprennent des unités de soins intensifs (SI), des unités de soins intensifs de néonatalogie (SIN), des salles d'opération (SO), des services de chirurgie et / ou de brûlés auront des besoins prioritaires et plus élevés pour la mise en œuvre des programmes de PCI.

STRATEGIES ADAPTEES AU CONTEXTE LOCAL

Il existe une grande variation de contextes, cadres, infrastructures, ressources humaines et matériaux disponibles dans les projets MSF. De plus, les différences de culture, de contexte socio-économique et d'éducation du personnel jouent un rôle important dans la mise en œuvre des mesures de PCI. Par conséquent, les mesures de PCI doivent être adaptées au contexte local spécifique.

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Les mesures de PCI seront toujours discutées à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire au sein du projet (comprenant médical, EHA, logistique, ressources humaines et personnel de gestion). Les structures de santé devraient avoir un **comité de PCI** et un **coordinateur / responsable de la PCI** qui devrait être intégré dans l'équipe de gestion de l'hôpital.

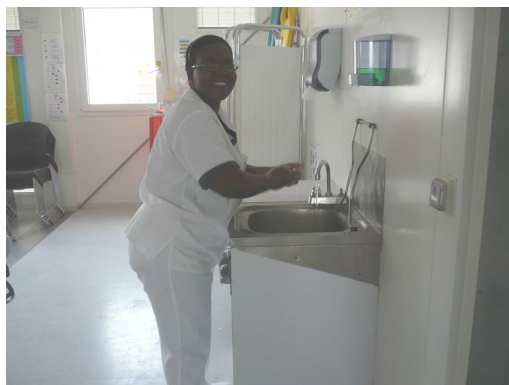
Une approche multidisciplinaire au niveau du siège devrait être garantie en intégrant la politique PCI dans tous les guides, protocoles et outils pertinents au sein de MSF.

MSF intégrera les interventions de PCI dans le cadre de tout programme médical, quel que soit le site ou le lieu, où elles peuvent contribuer à améliorer l'efficacité des soins médicaux fournis par MSF. Dans les projets, la PCI devrait être intégrée dans les priorités et les objectifs.

SOUTIENT A LA MISE EN ŒUVRE

Des **boîtes à outils** standardisés pour le personnel de santé de première ligne devraient être disponibles pour **soutenir la mise en œuvre** - comprenant :

- Politique et guides de PCI MSF
- Des boîtes à outils de mise en œuvre pour les 3 piliers et les mesures relatives au PCI pour la prévention des ISO et BAC
- Session de formation et matériel pour les projets
- Des outils d'observation et de rétroaction pour la surveillance et le suivi



RÉFÉRENCES

1. WHO. Infection Control http://www.who.int/topics/infection_control/en/. 2017
2. Médecins SansFrontières. MSF Charter and principles. <http://www.msf.org/en/msf-charter-and-principles>. 2017.
3. van der Kooij TI, Mannien J, Wille JC, van Benthem BH. Prevalence of nosocomial infections in The Netherlands, 2007-2008: results of the first four national studies. *The Journal of hospital infection*. 2010;75(3):168-72.
4. Rosenthal VD, Al-Abdely HM, El-Kholy AA, AlKhwaja SA, Leblebicioglu H, Mehta Y, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary of 50 countries for 2010-2015: Device-associated module. *American journal of infection control*. 2016;44(12):1495-504.
5. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011;377(9761):228-41.
6. Bagheri Nejad S, Allegranzi B, Syed SB, Ellis B, Pittet D. Health-care-associated infection in Africa: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(10):757-65.
7. WHO. Health care without avoidable infections. The critical role of infection prevention and control. <http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-role/en/>
8. 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. *The Lancet Infectious diseases*. 2015;15(2):212-24.
9. Liu YY, Wang Y, Walsh TR, Yi LX, Zhang R, Spencer J, et al. Emergence of plasmid-mediated colistin resistance mechanism MCR-1 in animals and human beings in China: a microbiological and molecular biological study. *The Lancet Infectious diseases*. 2016;16(2):161-8.
10. Walsh TR, Weeks J, Livermore DM, Toleman MA. Dissemination of NDM-1 positive bacteria in the New Delhi environment and its implications for human health: an environmental point prevalence study. *The Lancet Infectious diseases*. 2011;11(5):355-62.

ANNEXES

ANNEXE 1

Précautions standard et liées au mode de transmission

Précautions standards

- Hygiène des mains
- Nettoyage et désinfection des surfaces
- Retraitement en toute sécurité des dispositifs et équipements médicaux réutilisables
- Prévention de l'exposition accidentelle aux liquides corporels (y compris les blessures par piqure d'aiguille)
- Utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI)
- Manipulation des équipements de soins et du linge
- Gestion des déchets
- Hygiène respiratoire
- Sécurité des injections

Précautions liées au mode de transmission

- Isolement de contact
- Isolement des gouttelettes
- Isolement aéroportée
- Isolement strict

ANNEXE 2**Exigences structurelles de base pour la PCI dans une structure de santé****Aspects organisationnels**

- Superviseur en PCI ou gestionnaire en PCI
- Comité de PCI
- Plan d'action en PCI selon les besoins de la structure
- Guides, protocoles et outils
- Programmes de formation
- Ratio patient par lit de $< \text{ou} = 1$
- Politique pour les visiteurs et les accompagnants
- Politique pour la santé du personnel

Environnement de l'hôpital (infrastructure et conception de l'hôpital), matériel et équipement

- Exigences essentielles d'EHA (structure de santé incluant l'élimination des liquides corporels)
- Disposition des services et espacement entre les lits
- Conception des flux du matériel, des patients, des déchets et du personnel
- Espace dédié à l'entreposage du matériel propre
- Espace dédié pour (les utilités souillées) la salle sale et la zone de drainage
- Capacité d'isoler les patients atteints de maladies transmissibles
- Les matériaux doivent pouvoir être nettoyés et désinfectés
- Quantité et qualité suffisantes de matériel et d'équipement (SHA, EPI, détergents, matériel de nettoyage)
- Équipement dédié pour les patients dans les services à haut risque
- Environnement hospitalier clairement délimité

Services auxiliaires

- Stérilisation
- Buanderie
- Cuisine





PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS
POLITIQUE ET CADRE STRATEGIQUE
Document Intersection / 09.2017

AUTEURS : Annick Antierens (OCB), An Caluwaerts (OCB), Sandrine Dimeglio (OCP), Joost Hopman (OCA), Isabelle Lessard (OCG), Chiara Martino (OCA), Ana Osada (OCBA)

RÉVISION EXTERNE FAITE PAR : Prof. Shaheen Mehtar (Présidente du Contrôle Infection Réseau Afrique) et Prof. Benedetta Allegranzi (Coordinatrice Unité Globale de Prévention et de Contrôle des équipe PCI pour la réponse Ebola, Prestation de Service et Sécurité, HIS, OMS)

Code Bibop : L030HYGM06F-P