



Lutte anti-infectieuse

Rapport du Directeur général

CONTEXTE

1. Le présent rapport dresse un bilan de la propagation des infections et de la résistance aux antimicrobiens dans les établissements de santé, fait le point sur les programmes de lutte anti-infectieuse au niveau national et au niveau des établissements de santé dans l'ensemble du monde et recense les lacunes et les difficultés en matière de lutte anti-infectieuse. Il donne également un aperçu des activités récentes de l'OMS dans ce domaine et propose des priorités et mesures pour mieux mettre en œuvre les programmes de lutte anti-infectieuse.

CHARGE ET BILAN DES INFECTIONS, DE L'ÉTAT SEPTIQUE ET DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS D'ORIGINE NOSOCOMIALE

2. Au cours des 10 dernières années, le Secrétariat et d'autres organismes ont mis en lumière l'importante charge que représentent au niveau mondial les infections nosocomiales, dont bon nombre sont causées par des organismes multirésistants et/ou peuvent causer des flambées épidémiques dans les établissements de santé et dans les communautés. Dans les hôpitaux de traitement aigu, sur 100 patients, 7 dans les pays à revenu élevé et 15 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire contractent au moins une infection nosocomiale pendant leur séjour à l'hôpital. Chez les patients en soins intensifs, l'incidence des infections nosocomiales est 2 à 20 fois plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. Bien qu'aucune analyse précise ne soit possible parce que les données sont incomplètes, l'OMS estime que des centaines de millions de patients contractent des infections nosocomiales, qui causent chaque année le décès d'un patient infecté sur 10. La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a montré à quel point la lutte anti-infectieuse était déterminante pour le maintien des services de santé essentiels et pour la sécurité des patients et des agents de santé.

3. Dans la plupart des cas, les infections nosocomiales et la propagation de la résistance aux antimicrobiens en milieu médical sont la conséquence de la piètre qualité de la prestation des soins et de l'inadaptation des infrastructures sanitaires, conjuguées à l'absence de programmes de lutte anti-infectieuse ou à leur médiocrité. Les principaux facteurs déterminants sont notamment le non-respect des règles d'hygiène des mains et des techniques aseptiques, la contamination de l'équipement et du matériel médical, un nettoyage insuffisant de l'environnement, le manque de professionnels qualifiés en matière de lutte anti-infectieuse et le peu de formations offertes au personnel, le dépassement du taux admissible d'occupation des lits, le manque de personnel, et des moyens limités ou non-conformes aux normes optimales pour isoler les patients.

4. Dans l'Union européenne et l'Espace économique européen, jusqu'à 8,9 millions d'infections nosocomiales surviennent chaque année dans les établissements de soins aigus et de longue durée ; d'après une étude de modélisation en population, les six infections nosocomiales les plus courantes génèrent près de deux fois le nombre total d'années de vie ajustées sur l'incapacité causées par 32 autres maladies transmissibles prises ensemble. Dans l'Union européenne et l'Espace économique européen, les micro-organismes résistants aux antibiotiques provoquent la plupart des infections, et 75 % des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuables à la résistance aux antimicrobiens sont dues à des infections contractées en milieu médical.

5. Les infections obstétricales, qui causent 10,7 % des décès maternels, viennent au troisième rang des causes de septicémie maternelle. Presque tous les décès maternels dus à des infections obstétricales surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La césarienne est le facteur de risque le plus important d'infection maternelle après l'accouchement.

6. Les infections néonatales graves, y compris la septicémie néonatale, constituent une cause importante de mortalité néonatale et de morbidité à long terme. Les taux d'incidence de la septicémie néonatale les plus élevés s'observent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier dans la Région africaine de l'OMS. La survie des nourrissons prématurés de petite taille (insuffisance pondérale à la naissance) et malades s'est améliorée au fil du temps. Cependant, ces nourrissons ont souvent besoin de soins hospitaliers, ce qui les expose au risque d'infections nosocomiales et de septicémie tardive. Dans les pays en développement, les nouveau-nés risquent davantage de contracter des infections nosocomiales, les taux d'infection étant 3 à 20 fois plus élevés que dans les pays à revenu élevé.

7. D'après plusieurs études menées durant la pandémie de COVID-19, des patients ont contracté une infection à coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) en milieu médical, dans une proportion oscillant entre 0 % et 41 % des patients hospitalisés. Parmi les agents de santé, la prévalence de la séropositivité pour le SARS-CoV-2 variait de 0,3 % et 39,6 % et l'incidence de l'infection, de 0,4 % à 49,6 % ; cependant, d'énormes variations dans le temps et d'un pays à l'autre ont été observées et il est très difficile de faire la distinction entre les infections contractées dans la communauté et en milieu médical. Selon la base de données de surveillance de l'OMS pour l'ensemble du monde (appelée tableau de bord de la COVID-19), les cas de COVID-19 parmi les agents de santé ont légèrement dépassé 10 % lors de la première vague de la pandémie en mars 2020, sont tombés à moins de 5 % au début de juin 2020 et sont encore descendus jusqu'à 2,5 % en septembre 2020, ce qui incite à penser qu'une meilleure application des mesures de lutte anti-infectieuse après la propagation initiale du virus a probablement contribué à diminuer l'exposition des agents de santé.

POSSIBILITÉS À EXPLOITER : COMMENT LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE PEUT CONTRIBUER À ÉVITER LA MISE EN DANGER LORS DE LA PRESTATION DES SOINS ET À GARANTIR LA SÉCURITÉ SANITAIRE

8. La lutte anti-infectieuse est une spécialité clinique et de santé publique fondée sur une méthode scientifique qui fournit des solutions pratiques trouvant leur origine dans l'étude des maladies infectieuses, l'épidémiologie, les sciences sociales, la science de l'application des connaissances et le renforcement des systèmes de santé. Elle est destinée à prévenir le préjudice qu'une infection peut causer aux patients, aux agents de santé et aux visiteurs dans les établissements de santé.

9. Il est essentiel de disposer de programmes au niveau national, au niveau infranational et au niveau des établissements de santé pour superviser la bonne application, sur la base de données probantes, des mesures de lutte anti-infectieuse, ainsi que l'utilisation des ressources et le matériel nécessaires (par

exemple les équipements de protection individuelle). Il convient toutefois de noter que l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle n'est qu'une petite partie de tout un ensemble de mesures de lutte anti-infectieuse et d'un programme global prévoyant la formation, la surveillance et le suivi nécessaires pour prévenir la transmission d'agents infectieux en milieu médical.

10. La pandémie de COVID-19 et d'autres urgences sanitaires à grande échelle ont montré que la lutte anti-infectieuse, associée aux autres principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005), joue un rôle essentiel dans la détection, l'évaluation, le signalement et la notification des événements, et dans les mesures visant à parer aux risques et aux urgences de santé publique de portée nationale et internationale. La pandémie a également montré que la résilience du système de santé était cruciale pour continuer à assurer les services de santé essentiels et maintenir le système de santé en état de marche. La pierre angulaire de la résilience du système de santé est la sécurité des agents de santé, des patients et des visiteurs, qui doit être garantie par une série de mesures, notamment les meilleures pratiques en matière de lutte anti-infectieuse.

11. Il a été montré que les interventions de lutte anti-infectieuse fondées sur des données probantes permettaient de prévenir 35 à 70 % des infections nosocomiales, et qu'un programme actif en la matière pouvait réduire de 30 % les infections contractées en milieu médical. Qu'elle soit appliquée de manière autonome ou intégrée dans des interventions multiformes, l'hygiène des mains a été considérée comme la mesure la plus essentielle et la plus éprouvée pour réduire la transmission de micro-organismes et faire baisser l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé.

12. Un rapport de l'OCDE a montré que les interventions les plus économiques pour limiter la propagation de la résistance aux antimicrobiens en milieu médical étaient celles visant à améliorer l'hygiène hospitalière et l'utilisation des antimicrobiens, et qu'elles pouvaient permettre d'éviter trois décès attribuables à la résistance sur quatre.¹ Il y est également indiqué que la disponibilité croissante d'équipements et de matériel de lutte anti-infectieuse (par exemple les désinfectants pour les mains à base d'alcool) là où sont dispensés les soins et situés les lits d'isolement est associée à un recul proportionnel des formes les plus courantes de résistance aux antimicrobiens en milieu médical.

13. La mise en œuvre et le suivi des programmes de lutte anti-infectieuse contribuent à la réalisation des cibles des objectifs de développement durable (3.1, 3.2, 3.3 et 3.8, et cibles de l'objectif 6) ainsi qu'à la baisse de l'indicateur 3.d.2 relatif à la résistance aux antimicrobiens. La lutte anti-infectieuse est également recommandée comme intervention essentielle dans plusieurs résolutions de l'Assemblée de la Santé. Il s'agit d'une approche pratique, fondée sur des données probantes, dont les effets sont démontrés sur la qualité des soins et la sécurité des patients à tous les niveaux du système de santé : il est donc primordial de dispenser des soins de qualité à tous (résolution WHA69.1 (2016)). En outre, la stratégie 3.3 du Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030 est axée sur la lutte anti-infectieuse (résolution WHA72.6 (2019)). La lutte contre les infections est également au cœur de l'objectif 3 du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, car elle diminue à la fois la propagation des organismes résistants aux antimicrobiens et la survenue d'infections et, partant, la nécessité de recourir à des antimicrobiens, ce qui a une incidence sur l'apparition d'une résistance aux antimicrobiens (résolution WHA58.27 (2005)). L'existence de programmes et de moyens solides de lutte anti-infectieuse est fondamentale pour pouvoir se préparer et riposter de façon adéquate aux flambées épidémiques et elle est donc essentielle pour la prévention des urgences sanitaires, y compris en application du Règlement sanitaire international (2005) (résolutions WHA48.7 (1995), WHA73.1 (2020), WHA73.8 (2020), WHA74.7 (2021)). La lutte anti-infectieuse est le pendant des efforts en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (résolution WHA72.7 (2019)) et fournit des

¹ Stemming the superbug tide: just a few dollars more. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2018, résumé en français (<https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>, consulté le 23 novembre 2021).

stratégies de mise en œuvre pour susciter un changement de comportement parmi les agents de santé et au sein des communautés. Enfin, l'intégration de la lutte anti-infectieuse dans les ensembles de soins maternels et néonataux contribue à améliorer la santé maternelle et néonatale étant donné que l'état septique est une cause majeure de morbidité et de mortalité, y compris de morbidité et de mortalité d'origine nosocomiale chez ces populations fragiles (résolution WHA70.7 (2017)).

14. Sur la base de preuves scientifiques, d'un consensus entre experts et de l'expérience des pays, et avec le soutien de nombreux partenaires internationaux, l'OMS a publié en 2016 des recommandations sur les principales composantes des programmes efficaces de lutte anti-infectieuse au niveau national et au niveau des établissements de traitement aigu.¹ Un ensemble complet de documents d'aide à la mise en œuvre et au suivi accompagnait ces lignes directrices. En 2019, l'OMS a en outre précisé les normes minimales pour les programmes de lutte anti-infectieuse, dans le but d'aider à les mettre en œuvre progressivement pour se conformer aux normes définies concernant les composantes principales de la lutte anti-infectieuse.²

15. Les bureaux régionaux de l'OMS ont mis en place des équipes transversales pour faciliter la mise en œuvre des programmes de lutte anti-infectieuse et contribuer à un certain nombre de priorités sanitaires de manière intégrée. Les bureaux de pays déploient des efforts considérables pour fournir un appui dans le domaine de la lutte contre les infections ; toutefois, leurs efforts sont souvent entravés par d'autres priorités concurrentes, le manque de ressources humaines et une expertise technique limitée.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE

16. Malgré l'efficacité démontrée de la lutte anti-infectieuse, les pays ont du mal à en faire une priorité, à établir et à mettre en œuvre les principales composantes des programmes dans ce domaine, même les normes minimales, et à y consacrer des investissements.

17. En effet, selon l'enquête tripartite annuelle d'autoévaluation par les pays concernant la résistance aux antimicrobiens, en 2020-2021, 33 % des pays sondés ont déclaré n'avoir aucun programme national de lutte anti-infectieuse ou ne l'avoir pas appliqué. À l'inverse, dans seulement 37 % des pays, ces programmes ont été correctement appliqués et leur exécution a été suivie dans les établissements de santé à l'échelle nationale. Il y avait 8,29 fois plus de chances que leur mise en œuvre soit plus avancée dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu. Selon une enquête mondiale réalisée par l'OMS en 2019, seulement 15,7 % des établissements de santé satisfaisaient à toutes les normes minimales de l'OMS en matière de lutte contre les infections, pourcentage qui s'échelonnait de 0 % des établissements dans les pays à faible revenu à 27,4 % des établissements de soins primaires et 10,7 % des établissements de soins secondaires et tertiaires dans les pays à revenu élevé. Bien que les programmes de lutte anti-infectieuse soient plus solides dans les pays à revenu élevé, la pandémie de COVID-19 a montré que même les pays les plus riches devaient mettre en place des systèmes de santé plus résilients, prévoyant des mesures efficaces de lutte anti-infectieuse pour éviter les flambées ou en atténuer l'impact.

¹ Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272850>, consulté le 24 novembre 2021).

² Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, consulté le 24 novembre 2021).

18. Le problème fondamental est le fait que les programmes ne sont que très partiellement mis en œuvre. Il est ressorti d'une enquête mondiale menée au niveau national par l'OMS en 2018 que, même s'il existe des lignes directrices nationales sur les pratiques de lutte anti-infectieuse dans 50 % des pays à faible revenu et 69 à 77 % des pays à revenu intermédiaire ou élevé, seuls 20 % des pays à faible revenu et 29 à 57 % des pays à revenu intermédiaire ou élevé disposaient de plans et de stratégies de mise en œuvre. Dans l'ensemble, seuls 22 % de tous les pays surveillaient la mise en place de ces programmes et leur impact. Seulement 26 % des pays sur lesquels a porté l'enquête ont déclaré consacrer un budget spécial à la lutte anti-infectieuse, avec le soutien des autorités nationales ; la plupart étaient des pays à revenu élevé (65 %) ; un seul était un pays à faible revenu.

19. Au niveau des établissements, d'après une enquête mondiale menée par l'OMS en 2019, les principales composantes les mieux appliquées eu égard aux lignes directrices sur la lutte anti-infectieuse étaient celles concernant le cadre bâti, le matériel et les équipements, et les moins bien appliquées étaient celles qui se rapportaient à la charge de travail, aux effectifs et à l'occupation des lits, ainsi qu'à l'éducation et à la formation en matière de lutte anti-infectieuse. Parmi les pays à faible revenu, les composantes les moins appliquées étaient la surveillance régulière des infections nosocomiales, le contrôle des pratiques de lutte anti-infectieuse et le retour d'information. Les bureaux régionaux de l'OMS ont fait dernièrement des constats similaires, notant toutefois que les pays progressaient dans la mise en place de programmes de lutte anti-infectieuse et dans l'élaboration de lignes directrices nationales en la matière.

20. Les pays à faible revenu, en particulier, ont du mal à instaurer un cadre bâti adapté pour appliquer les programmes de lutte anti-infectieuse et dispenser des soins ne présentant pas de risque d'infection. En 2020, l'OMS a fait savoir qu'un établissement de santé sur quatre dans le monde n'avait pas de services élémentaires d'approvisionnement en eau et qu'un sur trois manquait de matériel pour observer l'hygiène des mains sur le lieu des soins : les désinfectants pour les mains à base d'alcool sont disponibles en permanence dans 75 % des établissements des pays à revenu élevé, mais dans seulement 17 % des établissements des pays à faible revenu.

21. Au cours de l'année écoulée, de nombreux progrès ont été réalisés grâce à la définition de normes minimales en matière de lutte anti-infectieuse et à l'amélioration des pratiques de lutte contre la COVID-19 ; toutefois, dans un sondage réalisé par l'OMS en 2020 sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 44 % des pays ont déclaré que le manque de matériel de lutte anti-infectieuse et de meilleures pratiques dans ce domaine était une cause majeure de perturbation des services (par exemple l'interruption des programmes de vaccination systématique).

PRIORITÉS POUR PROMOUVOIR LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE DANS LES PROGRAMMES DE SANTÉ NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

22. Tous les pays devraient considérer que tout un chacun dans le monde doit pouvoir bénéficier de soins sûrs, de grande qualité, dispensés dans de bonnes conditions d'hygiène. Personne, en particulier les agents de santé, ne devrait être inutilement exposé à un risque d'infection lors de la prestation de soins, soit parce que les pratiques en matière de lutte anti-infectieuse ne sont pas conformes aux normes optimales soit parce qu'il n'y a pas assez d'équipements de protection individuelle ou de vaccins.

23. La pandémie de COVID-19 et les récentes grandes épidémies de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo ont montré les conséquences dévastatrices d'un manque de préparation et de la médiocrité des programmes de lutte anti-infectieuse, même dans les pays

à revenu élevé, et ont mis la lutte contre les infections au premier plan. Dans tous les pays, la lutte anti-infectieuse devrait être un élément central de la planification en cas de pandémie et de la sécurité sanitaire mondiale.

24. Pour atteindre les objectifs de développement durable et appliquer les résolutions de l'Assemblée de la Santé citées au paragraphe 13, les pays doivent veiller à ce qu'il existe des programmes fonctionnels de lutte anti-infectieuse au niveau national et au niveau des établissements de santé, regroupant les principales composantes définies par l'OMS,¹ et à ce qu'il y ait des infrastructures et des moyens durables de lutte anti-infectieuse, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène dans tous les établissements de santé, y compris ceux dispensant des soins primaires. Malgré les efforts considérables faits dans le monde pour améliorer les interventions de lutte anti-infectieuse ces 10 dernières années, et surtout durant la pandémie de COVID-19, la viabilité des nouveaux programmes de lutte anti-infectieuse et des nouvelles infrastructures d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène est menacée car ceux-ci pourraient être progressivement démantelés, et il est probable que l'intérêt porté à la lutte anti-infectieuse et les ressources qui lui sont consacrées diminueront dès la fin de la pandémie.

25. Les normes minimales définies pour les programmes de lutte anti-infectieuse au niveau national et au niveau des établissements de santé devraient au moins être adoptées dans tous les pays, et les indicateurs de base en matière de lutte anti-infectieuse, d'eau, d'assainissement et d'hygiène eu égard aux principales composantes de la lutte anti-infectieuse, au Règlement sanitaire international (2005) et au Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène devraient apporter la preuve qu'elles sont appliquées. Il convient de noter que les normes minimales en matière de lutte anti-infectieuse sont devenues un paramètre essentiel à respecter dans l'édition 2021 du modèle de rapport annuel d'autoévaluation par les États Parties et dans les outils d'évaluation extérieure conjointe.

26. Bien que l'existence de programmes spécifiques de lutte anti-infectieuse confiés à des professionnels spécialisés soit primordiale, les activités en la matière doivent être couplées et harmonisées avec celles concernant la résistance aux antimicrobiens, la qualité des soins, la sécurité des patients, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les programmes d'action en cas d'urgence sanitaire, ainsi que le VIH, la tuberculose, le paludisme, la santé de la mère et de l'enfant et d'autres programmes encore, afin de faire ressortir le caractère horizontal de la lutte anti-infectieuse et d'éviter les doubles emplois ou une mise en œuvre verticale. En particulier, les efforts visant à améliorer les pratiques en matière de lutte anti-infectieuse devraient être envisagés dans le contexte de l'amélioration de la qualité et en s'attachant à créer le climat de sécurité qui doit régner dans tous les établissements de santé.

27. Un engagement politique décisif et visible et la volonté des dirigeants au plus haut niveau sont nécessaires pour améliorer durablement la manière dont les programmes de lutte anti-infectieuse sont appliqués au niveau national et au niveau des établissements, notamment l'engagement à considérer que la lutte anti-infectieuse fait partie des priorités lors de la détermination des budgets de santé nationaux et locaux. Les États Membres, le Secrétariat et les partenaires mondiaux devraient définir des objectifs concernant les investissements à consacrer à la lutte anti-infectieuse, sur la base d'un pourcentage des dépenses de santé globales correspondant à un montant raisonnable pour que les soins soient dispensés en évitant toute mise en danger et dans de bonnes conditions d'hygiène. Le public devrait être informé des progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs.

¹ Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272850>, consulté le 24 novembre 2021).

28. Des réglementations et des cadres juridiques sont nécessaires pour faire respecter les normes et les politiques de lutte anti-infectieuse moyennant des systèmes d'accréditation des établissements de santé et d'autres dispositifs de responsabilisation convenus au niveau international et adaptés localement. Ces dispositifs devraient faire respecter, entre autres, les principales normes en matière d'infrastructures, celles qui concernent par exemple la promiscuité, les effectifs de personnel et le cadre bâti, y compris les systèmes d'approvisionnement en d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

29. Les principales composantes de la lutte anti-infectieuse ne peuvent être appliquées sans que les professionnels compétents et les agents de santé de première ligne comprennent les principes et les pratiques en la matière. Il est par conséquent indispensable de créer et de dispenser des programmes d'enseignement agréés en matière de lutte anti-infectieuse dans le cadre des études en santé de premier cycle universitaire et dans le cadre de la formation continue. De même, des programmes d'enseignement et des cours de troisième cycle doivent être consacrés à la lutte anti-infectieuse si l'on veut créer une expertise locale en la matière ; les compétences de base de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse peuvent servir de modèle.¹ En outre, il convient de remédier d'urgence au manque de ressources humaines consacrées à la lutte anti-infectieuse dans les pays et à l'insuffisance des effectifs dans les établissements, étant donné qu'une corrélation a été établie entre, d'une part, un nombre et un ratio adéquat d'agents de santé par rapport au nombre de lits et, d'autre part, la prévention des infections nosocomiales et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, en particulier lors de flambées épidémiques. Il faut offrir des possibilités de carrière reconnues et confier une mission et des pouvoirs clairement définis aux professionnels de la lutte anti-infectieuse, et ils doivent répondre de la mise en œuvre des programmes de lutte anti-infectieuse et en rendre compte. L'inclusion de professionnels de la lutte anti-infectieuse dans les conseils d'administration et la haute direction des hôpitaux sera un moyen de garantir que la lutte anti-infectieuse ainsi que l'eau, l'assainissement et l'hygiène font partie des priorités.

30. Déterminer l'épidémiologie locale des infections nosocomiales et détecter rapidement les micro-organismes résistants aux antimicrobiens nouveaux et pouvant donner lieu à des épidémies et à des pandémies sont des fonctions essentielles pour parer au risque de préjudice pour les patients et d'infection pour les agents de santé. Ainsi, il convient d'établir des systèmes fonctionnels, de qualité garantie, pour surveiller les infections nosocomiales et la résistance aux antimicrobiens, conformément au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et à d'autres systèmes standardisés de surveillance des infections nosocomiales et de la résistance aux antimicrobiens (tels que ceux coordonnés par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies). Des produits de diagnostic et des services de laboratoire de bonne qualité sont essentiels pour pouvoir identifier les agents pathogènes et guider la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et des infections nosocomiales et déceler sans retard les flambées.

31. La plupart des pays recueillent des données de haut niveau sur la lutte anti-infectieuse (par exemple sur l'existence d'un programme en la matière) en faisant des enquêtes régulières coordonnées par l'OMS et ses partenaires. Cependant, elles renseignent rarement sur le fonctionnement, la mise en œuvre et l'impact réels des programmes. Il convient donc de procéder régulièrement à des évaluations à plusieurs niveaux et plus détaillées de ces programmes. Le nouveau portail mondial de l'OMS consacré à la lutte anti-infectieuse² permet d'exercer ce type de surveillance, dans un espace confidentiel protégé, à l'aide d'outils standardisés.

¹ Core competencies for infection prevention and control professionals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335821>, consulté le 24 novembre 2021).

² <https://ipcportal.who.int/>, consulté le 11 décembre 2021.

32. La collecte de données doit servir à prendre des mesures et à améliorer les résultats. Les résultats du suivi de la lutte anti-infectieuse et les données de surveillance doivent être uniformisés et utilisés localement pour repérer les points forts et les lacunes importantes en vue de dresser et d'appliquer collectivement des plans d'amélioration ciblés et réalisables. Ainsi, les résultats de l'évaluation doivent être communiqués à tous les grands acteurs impliqués, depuis les gestionnaires de rang élevé jusqu'à l'ensemble des agents de première ligne concernés, notamment en utilisant des technologies modernes qui facilitent le signalement automatique et la rétro-information sur le lieu des soins.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

33. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et à fournir d'autres orientations sur les mesures que pourrait prendre l'Organisation face à la charge que représentent les infections et la résistance aux antimicrobiens d'origine nosocomiale.

= = =