



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative**

# **RAPPORT D'ORIENTATION**

---

## **PREPARATION DE LA PROCHAINE PHASE DANS L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

---

**Dr Philippe GARNIER**

Cellule infections nosocomiales DGS/DHOS

# SOMMAIRE

## **I - Problématique générale ..... 3**

- 1 - OBJET DE CE RAPPORT D'ORIENTATION : ..... 3
- 2 - NECESSITE DE PASSER A UNE NOUVELLE PHASE DE L'ORGANISATION DE LA LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : ..... 3

## **II - Structuration de la LIN dans les établissements de sante ..... 5**

- 1 - CONSOLIDER LA STRUCTURATION INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : ..... 5
  - 1.1 - Clarifier les missions respectives du CLIN et de l'EOHH : ..... 5
  - 1.2 - Améliorer la visibilité de l'EOHH : ..... 7
  - 1.3 - Professionnaliser les métiers de l'hygiène hospitalière : ..... 10
  - 1.4 - Préciser l'articulation entre l'EOHH et les autres acteurs de la LIN : ..... 12
  - 1.5 - Articuler les acteurs de la LIN et les autres acteurs de l'établissement de santé : ..... 14
  - 1.6 - Intégrer la LIN dans les outils de gestion des établissements de santé : ..... 16
- 2- ADAPTER LE DISPOSITIF DE LIN AUX PARTICULARITES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : ..... 18
  - 2.1 - Un constat de nécessité : ..... 18
  - 2.2 - Des pistes de réflexion : ..... 18
- 3 - APPROFONDIR LES ACTIVITES DE LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ..... 20
  - 3.1 - Réduction des risques quotidiens de survenue d'IN : ..... 21
  - 3.2 - Prévention et gestion de crise au niveau de l'établissement : ..... 22

## **III - Compléter l'organisation de l'environnement des établissements de santé : ..... 24**

- 1 - LIAISON AVEC LES AUTRES SECTEURS DE SOINS : ..... 24
- 2 - STRUCTURATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : ..... 26
- 3 - LES OUTILS DE LA LIN : ..... 28
  - 3.1 - Programme national de la LIN : ..... 28
  - 3.2 - Le tableau de bord des IN : ..... 28
  - 3.3 - La réglementation : ..... 32
  - 3.4 - La circulaire : ..... 33

## I - FICHE PROBLEMATIQUE GENERALE

### **1 - Objet de ce rapport d'orientation :**

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (LIN<sup>1</sup>) repose sur la réglementation du Code de la santé publique (CSP) et la circulaire n° 645 du 29/12/2000.

Un programme national de LIN fixe les priorités de l'action publique pour inciter et accompagner les établissements de santé dans la mise en place de cette organisation. La version actuelle du Programme national s'achève en 2008 et un nouveau Programme national doit être élaboré pour la période suivante.

Par ailleurs, les réformes intervenues dans les établissements de santé, nouvelle gouvernance des hôpitaux publics et mise en place de la T2A, nécessitent une adaptation de l'organisation et du financement de la lutte contre les infections nosocomiales.

Enfin, l'exploitation des résultats du Tableau de bord des infections nosocomiales a mis en évidence la nécessité d'adapter les indicateurs pour certaines catégories d'établissements de santé. Ceci traduit des réalités particulières (établissements psychiatriques, ambulatoires, d'hémodialyse, maison d'enfants à caractère sanitaire ou social-MECCS, HAD) dont il faut tenir compte par la définition d'une organisation mieux adaptée pour en améliorer l'efficacité.

Ainsi il est proposé que la parution du prochain Programme national de LIN et l'actualisation de la circulaire n° 645 du 29/12/2000 se fassent en même temps.

L'objet de ce rapport est de proposer les pistes de travail que la Cellule IN DGS/DHOS sera chargée d'explorer pour définir un cadre adapté de l'organisation de la LIN dans les établissements de santé en vue de proposer la publication d'une nouvelle circulaire au cours de l'année 2008 et de cadrer le travail du GroupiLIN (groupe de pilotage en charge du suivi du programme national de la LIN) pour élaborer le prochain Programme national qui devra entrer en application au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Il ne s'agit pas de valider des solutions, mais de définir les sujets à mettre à l'étude pour préparer la nouvelle circulaire et le prochain Programme national. Chaque solution proposée et résultant de ce travail préparatoire sera l'objet d'une validation spécifique.

### **2 - Nécessité de passer à une nouvelle phase de l'organisation de la LIN dans les établissements de santé :**

La fin du Programme national 2005-2008 correspond à la fin de la période pionnière qui a vu un développement sans précédent d'une politique de santé publique et qui a permis :

- d'élever la LIN au rang de priorité nationale
- de mettre en place une organisation interne aux établissements de santé comprenant :
  - des structures : Comité de lutte contre les IN (CLIN), Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH), système de signalements des IN (tous les trois définis par voie réglementaire) et correspondants en hygiène hospitalière dans les services de soins (proposés par voie de circulaire) ;
  - un plan d'action : programme d'action, rapport d'activités et tableau de bord
- un début de contractualisation : chapitre IN dans les CPOM

---

<sup>1</sup> Il conviendra d'étudier l'opportunité de changer ou non ce terme au vu de l'actualisation de la définition des IN qui introduit le terme d'infections associées aux soins acquises ou non en ES

- 40 • de structurer l'environnement des établissements de santé avec :
- 41 - les Centres de coordination de la lutte contre les IN (C-CLIN) et les antennes  
42 régionales de la LIN ;
- 43 - le Comité technique des infections nosocomiales et liées aux soins (CTINILS) chargé  
44 de l'expertise en hygiène hospitalière ;
- 45 - le Programme national de LIN et le Groupe de pilotage de ce Programme (GroupiLIN)
- 46 - la Cellule IN DGS/DHOS et son réseau de référents régionaux au sein des DRASS et  
47 DSDS relayés dans les DDASS.

48 Par ailleurs, l'InVS et ses Cellules Inter Régionales d'Epidémiologie (CIRE) viennent en appui  
49 des CCLIN (réseaux de surveillance RAISIN) et des établissements (alertes et situations  
50 d'urgence).

51 L'expérience accumulée depuis 20 ans d'une part et, d'autre part, la complexité croissante des  
52 infections nosocomiales avec notamment la survenue d'épidémies territoriales (à diffusion  
53 régionale ?), ont mis en valeur de nombreux points qui nécessitent des adaptations dans  
54 l'organisation interne des établissements de santé.

55 Une nouvelle phase de consolidation et de renforcement de l'organisation de la LIN doit être  
56 initiée afin de :

- 57 - consolider la structuration interne des établissements de santé ;
- 58 - adapter cette organisation aux spécificités des différentes catégories d'établissements
- 59 - approfondir les activités de LIN dans les établissements.

60 Les mesures qui peuvent être envisagées sont de deux ordres :

- 61 - réglementaires et financières, elles relèvent de la compétence du ministère et doivent être  
62 étudiées par la Cellule IN DGS/DHOS avec ses partenaires institutionnels;
- 63 - techniques et scientifiques, elles relèvent de la concertation avec les instances de  
64 consultations que sont le GroupiLIN et le CTINILS, représentant les différents acteurs de  
65 l'organisation hospitalière.

66 La nouvelle circulaire explicitera les premières et fixera les objectifs des secondes.

## 68 **II - FICHE STRUCTURATION DE LA LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

### 69 **1 - Consolider la structuration interne des établissements de santé :**

70 Le principe de cette structuration est fixé dans le CSP ou dans la circulaire n° 645. Sa  
71 consolidation passe par un effort de clarification permettant d'améliorer la visibilité du dispositif  
72 pour qu'il soit mieux identifié dans l'établissement de santé et par un renforcement du rôle et  
73 des compétences de l'EOHH et de ses membres.

74 Le rapport de mission du Pr. Lejeune (mission DHOS-EOHH de réflexion sur les EOHH), rendu  
75 le 31 juillet 2007, partage les constats détaillés ci-après et permet de disposer d'une base de  
76 propositions.

#### 77 **1.1 - Clarifier les missions respectives du CLIN et de l'EOHH :**

78 a - Actuellement, la LIN dans les établissements de santé repose sur le CLIN, largement décrit  
79 dans le Code de la santé publique (CSP), aidé dans ses missions par une EOHH, simplement  
80 mentionnée dans le CSP et le dispositif de signalement des IN.

81 La diversification des actions à mener (prévention, surveillance, formation, évaluation,  
82 information, expertise) a progressivement mis en avant la nécessité de disposer de véritables  
83 professionnels en hygiène hospitalière et risque infectieux au sein d'une équipe  
84 pluridisciplinaire.

85 b - Dans le CSP, les missions qui doivent être conduites au sein de l'établissement de santé sont  
86 assignées au CLIN<sup>2</sup>, qui est cependant simplement défini comme « une instance de consultation  
87 et de suivi ». Or, la conduite de certaines de ces missions relève de la responsabilité de  
88 professionnels et vont bien au-delà de la simple mission de « consultation et de suivi » :

- 89 - Coordonne l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines  
90 mentionnés à l'article R. 6111-1 ;
- 91 - Définit, en relation avec les professionnels de santé, les méthodes et les indicateurs  
92 adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'analyse et le suivi des  
93 risques infectieux liés aux soins ;
- 94 - Participe à l'évaluation des pratiques dans les domaines visés à l'article R. 6111-1.

95 Les autres missions ne peuvent pas se faire sans le concours de professionnels :

- 96 - Prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière le  
97 programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;
- 98 - Est consulté lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou  
99 l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et  
100 la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement.

101 Dans la pratique, et dans les établissements qui disposent d'une EOHH structurée, ces missions  
102 sont assumées par l'EOHH sous la supervision du CLIN et de son président. Dans les  
103 établissements ne disposant pas d'une EOHH structurée, ou d'une EOHH incomplète, ces  
104 missions sont assurées plus ou moins, souvent uniquement par le président du CLIN, parfois

---

<sup>2</sup> Avec la nouvelle organisation hospitalière, le CLIN est remplacé dans les ES publics par une sous commission de la CME en charge des mêmes attributions que le CLIN, y compris le bon usage des antibiotiques. Pour plus de simplicité on ne citera que le CLIN.

105 aidé d'un cadre santé à casquettes multiples, qui fait office d'EOHH pour laquelle un  
106 recrutement spécifique n'apparaît plus comme une nécessité.

107 Il devient donc nécessaire de préciser ce qui relève de l'instance de « consultation et de suivi »  
108 composée de bénévoles, de ce qui relève de professionnels de l'hygiène hospitalière dont c'est le  
109 métier et recrutés pour cela.

110 A priori, les rôles pourraient se répartir comme suit :

111 • **Le CLIN propose des orientations et décisions, suit leur application et donne**  
112 **des avis<sup>3</sup> et réunit l'expertise nécessaire à son fonctionnement**

113 • **L'EOHH, met en œuvre le programme d'action annuel, met en place les**  
114 **recommandations en hygiène hospitalière, organise la surveillance des IN,**  
115 **veille à la formation du personnel (?), conduit l'évaluation et apporte**  
116 **l'expertise en hygiène hospitalière<sup>4</sup>.**

117 La réglementation actuelle doit être clarifiée en ce qui concerne les responsabilités respectives  
118 du CLIN et de l'EOHH afin de mettre en évidence la nécessité de disposer de professionnels  
119 affectés spécifiquement à la LIN.

120 Une étude détaillée des fonctionnements actuels pourra nous permettre de recenser les  
121 différentes fonctions et leur mode de prise en charge. Dans cet ensemble, il sera possible de  
122 distinguer ce qui revient à l'un et aux autres, et d'en déduire des principes de fonctionnement  
123 entre le CLIN et l'EOHH.

124 *La 1<sup>ère</sup> phase, dont l'objectif était de mobiliser tous les acteurs de chaque établissement de*  
125 *santé, était nécessairement centrée sur le CLIN, instance de concertation composée de*  
126 *bénévoles.*

127 *La nouvelle phase de consolidation et d'approfondissement devrait recentrer le dispositif sur les*  
128 *professionnels de l'EOHH.*

---

<sup>3</sup> Exemples, le CLIN :

- propose les priorités du programme annuel d'actions et valide ce programme préparé par l'EOHH pour approbation ou avis des instances de l'établissement ;
- propose les priorités de la LIN pour le CPOM ;
- propose les priorités en matière de formation en hygiène hospitalière du personnel soignant ;
- réunit l'expertise nécessaire aux avis qu'il doit donner.
- donne les avis nécessaires sur les décisions ayant des répercussions sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement

<sup>4</sup> Exemples, l'EOHH :

- prépare le programme d'action annuel en s'appuyant sur le Programme National, et le rapport annuel d'activités ;
- participe à la définition des contenus et veille à l'organisation de la formation en hygiène hospitalière du personnel en liaison avec le service de la formation ;
- propose et met en place les recommandations en hygiène hospitalière
- met en place et coordonne les réseaux de correspondants en hygiène hospitalière
- coordonne les différents systèmes de surveillance (BMR, ISO, SARM etc.) en liaison avec le laboratoire de microbiologie ;
- organise l'évaluation des pratiques et prépare le rapport annuel d'activités.
- donne son avis d'expert en hygiène hospitalière (plaintes, recommandations, travaux, choix de DM...)
- organise la surveillance microbiologique de l'environnement

129 II - FICHE STRUCTURATION DE LA LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

130 1 - CONSOLIDER LA STRUCTURATION INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

131 **1.2 - Améliorer la visibilité de l'EOHH :**

132 *a - Situer l'EOHH dans l'organigramme de l'établissement de santé :*

133 Le terme « Equipe » ne fait pas partie de la nomenclature de l'organisation interne de  
134 l'établissement de santé, notamment public qui comprend habituellement des « unités  
135 fonctionnelles », des « services » et maintenant des « pôles ».

136 L'organisation des soins et activités médico-techniques relève des décisions de l'établissement,  
137 à partir des dispositions du CSP pour le secteur public. Même si le concept de « service  
138 d'hygiène » s'est développé dans centres hospitaliers, l'expérience montre que le  
139 positionnement de l'EOHH est très variable : rattachement à un service de soins, ou médico-  
140 technique, ou administratif, voire mobilité en fonction du changement de président de CLIN.  
141 Les différentes enquêtes et travaux réalisées sur les EOHH mettent en avant cette nécessité  
142 d'améliorer la visibilité de l'EOHH au sein de l'établissement.

143 Même si ce problème de positionnement n'est pas unique et se pose par ailleurs, par exemple  
144 aux Equipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie (mais, ces dernières sont inscrites dans les  
145 MIGAC), il ne semble pas opportun d'inventer une nouvelle forme d'organisation dans le  
146 secteur public.

147 Pour améliorer la visibilité de cette « équipe », et en tenant compte de l'autonomie de  
148 l'établissement, il pourrait être utile de mener une réflexion, dans le cadre de la réglementation  
149 existante, sur les possibilités de garantir un positionnement clair de l'EOHH au sein de  
150 l'établissement, au moins de proposer différents scenarii utiles (voir ci-après lien avec les autres  
151 acteurs de la LIN).

152 *La 1<sup>ère</sup> phase de lancement de la LIN a nécessité un développement autonome de cette problématique.*

153 *La 2<sup>ème</sup> phase de consolidation et d'approfondissement doit privilégier l'insertion de la LIN dans le*  
154 *cadre quotidien de l'établissement au sein de la gestion du risque infectieux en particulier et de la*  
155 *gestion des risques et de la qualité des soins en général.*

156 Les acteurs de la LIN doivent coordonner leur démarche avec celles de la gestion des risques et  
157 de la démarche qualité. Ils doivent à minima intégrer les méthodes émanant de ces démarches et  
158 être partenaires des approches permettant une amélioration globale de la performance (concept  
159 de culture de sécurité..). ».

160 La circulaire N°DHOS/E2/E4/2004/176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la  
161 mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé proposait  
162 déjà l'intégration de la LIN (et des vigilances) dans la gestion des risques. Cette proposition a  
163 été très diversement reprise dans les établissements de santé. Une nouvelle impulsion dans ce  
164 sens paraît nécessaire, venant du Programme national de la LIN.

165

166 *b - Préciser le rôle spécifique de chaque membre de l'EOHH :*

167 Les missions de l'EOHH étant définies, il convient de préciser le rôle spécifique de chacun de  
168 ses membres en fonction de ses qualifications. Le CSP précise que l'EOHH comprend « le  
169 personnel, notamment médical ou pharmaceutique et infirmier ». Il est bien évident qu'un  
170 médecin, un pharmacien ou une infirmière n'ont pas les mêmes compétences et donc n'auront  
171 pas les mêmes fonctions, chacun apportant à l'équipe ses propres compétences. On observe trop  
172 souvent des infirmières isolées qui manquent du soutien d'un praticien, ne serait-ce que pour

173 avoir la crédibilité nécessaire auprès du corps médical.

174 Il n'est pas nécessaire d'entrer dans un détail contraignant. Il suffit probablement de préciser  
175 l'utilité de bénéficier de chacun des temps cités dans le CSP dans le cadre d'une équipe  
176 pluridisciplinaire, en donnant quelques exemples à l'appui qui ne seraient ni exclusifs ni  
177 impératifs. Par exemple :

178 - les correspondants médicaux en HH sont coordonnés par le praticien de l'EOHH et les  
179 correspondants paramédicaux par l'infirmière de l'EOHH ;

180 - le praticien de l'EOHH est chargé d'impulser la formation des personnels médicaux et  
181 l'infirmière de l'EOHH de veiller à l'organisation de celle des personnels paramédicaux ;

182 - le praticien de l'EOHH assure la coordination avec la CME et le CLIN (sous-commission de  
183 la CME) et l'infirmière de l'EOHH avec la Commission de soins infirmiers.

184 Il s'agit davantage de montrer, de façon pédagogique, la nécessité de disposer des différentes  
185 compétences au sein de l'EOHH que de figer l'organisation interne de l'EOHH.

186 Le rapport du Pr. Lejeune avance des pistes de réflexions et des propositions sur ce thème. La  
187 circulaire pourrait alors faire référence à ce travail pour affirmer la nécessité de disposer d'une  
188 équipe pluridisciplinaire dans laquelle le rôle de chacun devra être clairement identifié au sein  
189 de chaque établissement.

190 c - Revoir les taux d'encadrement fixés par la circulaire n° 645 :

191 La circulaire n° 645 fixait ces taux d'encadrement à 1 ETP de temps médical pour 800 lits et  
192 places et 1 ETP de temps infirmier pour 400 lits et places d'hospitalisation.

193 Ces taux ont été très décriés jusqu'à la publication d'ICALIN qui, lors de sa dernière édition a  
194 montré qu'ils étaient globalement atteints voir largement dépassés<sup>5</sup>. Ceci montre la nécessité de  
195 repréciser la définition des EOHH (voir chapitres précédents). Un certain nombre de travaux ont  
196 déjà été menés sur la question et il faudrait, dans un premier temps, en faire la revue pour cadrer  
197 le sujet. Dans un deuxième temps, et à la suite de la redéfinition des missions de l'EOHH, il  
198 serait nécessaire de revoir ces taux d'encadrement en se basant sur deux principes :

199 - allouer des temps de travail pour les principales missions de l'EOHH constituant la  
200 base incompressible de son travail ;

201 - moduler ces temps de travail en fonction des catégories d'établissements et de leurs  
202 spécificités.

203 Le rapport du Pr. Lejeune présente différents travaux de ce type dont on pourra utilement  
204 s'inspirer.

205 Une étude en cours financée par la DGS a pour objet de préciser le temps des EOHH consacré  
206 aux différentes missions actuelles. Ses résultats permettront d'approcher plus précisément les  
207 besoins des différentes catégories d'établissements.

208 En complément de cet objectif d'encadrement qui sera proposé par la nouvelle circulaire, une  
209 cotation progressive des ETP d'EOHH dans ICALIN constituera une mesure incitative  
210 suffisante (voir ci-après).

211 d - Mieux cadrer l'incitation à la coopération inter établissements :

212 Pour les petits établissements, le recrutement d'une EOHH passe nécessairement par une  
213 association avec d'autres établissements.

---

<sup>5</sup> De 2003 à 2005, pour le temps médical, le pourcentage d'établissements déclarant atteindre ce taux est passé de 55 à 78% dans le secteur public et de 63 à 143% dans le secteur privé. Pour le temps infirmier, ces pourcentages sont passés de 75 à 95% dans le secteur public et de 73 à 138% sur la même période.

214 Cette coopération inter établissements, prévue dans la circulaire n° 645, a du mal à se mettre  
215 effectivement en place. Au fil des années, le pourcentage d'EOHH inter établissements  
216 n'augmente pas avec l'augmentation du nombre d'EOHH traduisant que cette procédure n'a pas  
217 été un moteur dans le développement des EOHH.

218 L'étude réalisée en 2005<sup>6</sup> sur le sujet a donné un certain nombre de pistes de réflexion à partir  
219 des difficultés rencontrées. Sur la base de ces premières réflexions, il convient de prolonger la  
220 réflexion pour examiner des modalités pratiques de coopération, sans modifier les textes de base  
221 du CSP.

222 Par ailleurs, certaines régions (Picardie, Bretagne) ont expérimenté des modalités originales  
223 conduisant à un maillage de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés. Il  
224 conviendrait d'en faire le bilan pour le proposer aux autres régions.

225 Cette réflexion doit être menée en même temps que celle relative aux possibilités de  
226 financement des EOHH (voir ci-après). Ce financement peut effectivement ouvrir de nouvelles  
227 possibilités de contractualisation entre établissements, y compris entre établissements  
228 n'appartenant pas au même secteur, public ou privé.

---

<sup>6</sup> « Recensement, description et évaluation de la coopération inter-établissements des EOH », Oct. 2006.  
Dhos/Cemka-Eval.

229 II - FICHE STRUCTURATION DE LA LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

230 1 - CONSOLIDER LA STRUCTURATION INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

231 **1.3 - Professionnaliser les métiers de l'hygiène hospitalière :**

232 Pour mener à bien les missions qui lui seront confiées avec une visibilité accrue dans  
233 l'organigramme de l'établissement, l'efficacité de l'EOHH dépendra étroitement de la  
234 reconnaissance professionnelle dont bénéficieront les membres de cette EOHH.

235 Par ailleurs, la professionnalisation des EOHH est une nécessité pour garantir la qualité de  
236 l'expertise en matière d'hygiène hospitalière : chaque établissement doit disposer de  
237 professionnels formés et disposant du temps nécessaire pour assurer les fonctions de l'EOHH<sup>7</sup>.

238 Pour disposer de professionnels compétents, il est nécessaire de disposer de filières de formation  
239 spécialisées et de profils de carrière spécifiques.

240 Quel que soit le métier d'origine (médecin, infirmière etc.), les seules formations disponibles  
241 sont des diplômes d'université (DU) en hygiène hospitalière et prévention des infections liées  
242 aux soins ou des masters traitant de la qualité et de la gestion des risques sanitaires dont les  
243 programmes sont très hétérogènes et de niveaux différents. Nous avons vu la nécessité de  
244 disposer d'une équipe pluridisciplinaire. Le fait que les mêmes DU s'adressent indistinctement  
245 au corps médical et au corps paramédical contribue au peu de lisibilité de la nécessité de  
246 disposer des deux dans une équipe pluridisciplinaire.

247 Enfin, dans le contexte actuel de pénurie de personnel médical et paramédical, il est nécessaire  
248 d'améliorer l'attractivité des métiers de l'hygiène hospitalière.

249

250 a - les professions médicales :

251 Il existe dans le secteur public un concours de PH spécialisé en Hygiène. L'accès se fait par  
252 différentes filières ne garantissant pas une compétence en HH (diplômes d'études spécialisées -  
253 DES de biologie médicale, de santé publique ou de pharmacie hospitalière; DES  
254 complémentaire - DESC de pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique ou de  
255 biologie des agents infectieux). La compétence HH (qui passe aussi par une acquisition sur le  
256 terrain) est donc acquise par les DU cités plus haut et très diversifiés.

257 Pour le secteur privé, la notion de spécialistes en hygiène hospitalière est très floue. De fait, on  
258 constate les origines très variées de ces praticiens, aussi bien dans le privé que dans le public.

259 Il faudrait donc envisager l'harmonisation de la formation des praticiens en hygiène en créant  
260 par exemple un DESC (avec des stages pratiques) en hygiène et prévention des risques  
261 infectieux ou un master, donnant le même niveau de formation en HH que le DESC, mais  
262 permettant d'accéder à la spécialité à partir d'un acquis professionnel. La filière universitaire est  
263 à envisager si on veut promouvoir la recherche et la formation dispensée aux étudiants.

---

<sup>7</sup> Exemples :

- tenir à jour la politique de l'établissement vis-à-vis des recommandations dans les pratiques quotidiennes
- former ou organiser la formation des personnels soignants aux différents protocoles de pratiques professionnelles avec l'évaluation nécessaire de ces pratiques professionnelles ;
- organiser les systèmes de surveillance (BMR, AES, ISO etc.) en relation avec le laboratoire de microbiologie, analyser leurs données et déclencher les alertes quand cela est nécessaire ;
- jouer son rôle d'expert lors de la survenue d'événements exceptionnels (épidémies, erreurs humaines) ;

264 Le rapport de M Fabry sur la formation des praticiens en Hygiène permettra de préciser ces  
265 axes de réflexions (rapport attendu afin la fin de l'année 2007).

266 b - Les professions paramédicales :

267 De la même manière, il faut réfléchir à la formation du métier d'infirmière en hygiène  
268 hospitalière.

269 L'hygiène hospitalière nécessite des compétences particulières que ne possède pas l'infirmière  
270 généraliste dans sa formation initiale. Il est donc légitime d'organiser une formation spécifique  
271 pour donner ces compétences spécifiques. Il faut éventuellement envisager de créer une  
272 spécialité en HH du métier d'IDE à l'instar de ce qui a été fait pour les puéricultrices, les IBODE  
273 et les IADE. Des propositions en liaison avec le Ministère de l'éducation nationale sont à  
274 étudier. Le Haut Conseil des professions paramédicales pourrait être aussi consulté.

275 L'expérimentation d'une formation en HH pour les infirmières en région Rhône Alpes (3ème  
276 promotion) pourra utilement être évaluée pour alimenter la réflexion sur ce sujet.

277 c - Les techniciens bio-hygiénistes :

278 Cette profession relativement nouvelle représente un apport qui devrait s'avérer essentiel dans le  
279 dispositif des EOHH. En termes de missions, leurs compétences en matière environnementale  
280 permettent de compléter utilement celles de l'EOHH. En termes de moyens humains, le recours  
281 accru à ces techniciens permettrait de compenser partiellement la pénurie de médecins et  
282 d'infirmières en leur déléguant des tâches qui relevaient de ces métiers jusqu'à maintenant.

283 Dans la logique d'une intégration de la LIN à la gestion des risques, et donc d'un rapprochement  
284 de l'EOHH avec les autres équipes chargées de cette gestion, la mutualisation de ces techniciens  
285 devra être envisagée.

286 Il conviendra donc de recenser les différentes formations délivrant les diplômes correspondants  
287 d'une part et, d'autre part, d'envisager des mesures incitatives au recrutement de ces  
288 professionnels. Leur intégration dans les taux d'encadrement (voir II-1.2.c) devrait être  
289 envisagée ainsi qu'une cotation spécifique dans le futur indice composite.

290 d - Des formations thématiques :

291 A côté de la formation de base de ces professionnels de l'hygiène hospitalière qui serait  
292 dispensés dans le cadre d'une spécialisation, il faut envisager aussi des formations spécifiques  
293 sur l'approche de l'hygiène hospitalière dans certaines spécialités médico-chirurgicales  
294 (gériatrie, bloc opératoire ...).

295 Les D.U. trouveraient dans cette perspective une place naturelle qu'il pourrait être souhaitable  
296 de développer tant à l'adresse des professionnels de l'HH qu'à celle des professionnels de la  
297 spécialité.

298 II - FICHE STRUCTURATION DE LA LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

299 1 - CONSOLIDER LA STRUCTURATION INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

300 **1.4 - Préciser l'articulation entre l'EOHH et les autres acteurs de la LIN :**

301 Outre le CLIN, de nouveaux acteurs sont apparus dans l'organisation de la LIN au sein des  
302 établissements : les correspondants en hygiène ou le responsable du signalement. Il convient de  
303 profiter de la mise à plat de cette structuration interne pour préciser l'utilité de ces acteurs et leur  
304 articulation avec l'EOHH.

305 a - Les correspondants en hygiène :

306 Cette disposition a été introduite par la circulaire n°645. Aucune évaluation n'est disponible sur  
307 le sujet. Il apparaît, à partir du Bilan annuel des activités de LIN, que les correspondants  
308 paramédicaux sont plus largement présents (96.8% en 2006) que les correspondants médicaux  
309 (81,8% en 2006).

310 La circulaire n° 645 n'a évoqué que succinctement l'intérêt et le rôle de ces correspondants. Par  
311 ailleurs, il a été demandé à ce qu'ils soient désignés dans chaque service du secteur public alors  
312 la création des pôles de compétence pourrait modifier cette définition et dans chaque secteur  
313 d'activité du secteur privé où cette notion est très diversement définie. . Par ailleurs, il est  
314 fréquemment avancé que cette fonction relève naturellement de la responsabilités des cadres  
315 médicaux et paramédicaux de ces unités de soins.

316 Il serait nécessaire de procéder à un bilan de l'implantation de ces correspondants en hygiène  
317 pour envisager, dans le cadre de la nouvelle circulaire :

- 318 - d'adapter la présence des correspondants aux différents modes d'organisation des  
319 différents secteurs
- 320 - de préciser le rôle de ces correspondants sans empiéter sur la responsabilité des cadres  
321 médicaux et paramédicaux des unités d'implantation de ces correspondants..

322 Enfin, il est certainement nécessaire de prévoir pour l'EOHH un rôle d'animation de ce  
323 « réseau » interne à l'établissement, constituant un levier intéressant de diffusion des  
324 informations et de remontées des problèmes et besoins des personnels soignants.

325 b - Le responsable du signalement des IN :

326 Cette nouvelle fonction a été créée par le décret du 16 juillet 2001 (modifié par le décret du 15  
327 mai 2006) organisant le signalement des infections nosocomiales. En 2006, 91% des  
328 établissements ont désigné ce responsable, mais seulement 19,8% des établissements ont  
329 effectué au moins un signalement<sup>8</sup>.

330 Dans la pratique, et quand le responsable du signalement n'est pas le praticien hygiéniste lui-  
331 même, le rôle de ce responsable se limite le plus souvent à une simple courroie de transmission  
332 entre le praticien de l'EOHH, chargé de valider la nécessité de signaler, et la DDASS et le C-  
333 CLIN.

334 S'il n'y a pas de praticien spécifiquement dédié à la LIN, la désignation de ce responsable est  
335 une garantie que cette fonction a, au moins, la possibilité d'exister.

---

<sup>8</sup> 20,8% des établissements ayant désigné un responsable du signalement ont effectué au moins 1 signalement contre 10% pour ceux qui n'en ont pas désigné.

336 Si la politique définie consiste à rendre quasiment obligatoire, par mesures incitatives, la  
337 présence d'un praticien hygiéniste, il faut peut-être confier cette tâche à ce praticien sans laisser  
338 la possibilité d'individualiser cette fonction sur une autre personne.

339 Les résultats de l'inspection en cours sur le signalement pourraient être un élément  
340 d'appréciation sur le sujet. Le rapport d'étape de cette inspection sur l'année 2007 permettra de  
341 bénéficier des premiers enseignements de cette inspection prévue sur deux ans

342 II - FICHE STRUCTURATION DE LA LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

343 1 - CONSOLIDER LA STRUCTURATION INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

344 **1.5 - Articuler les acteurs de la LIN et les autres acteurs de l'établissement**  
345 **de santé :**

346 La LIN doit probablement être reprise dans un contexte plus globale de gestion du risque  
347 infectieux, elle même à intégrer dans un pôle de gestion des risques et de la qualité des soins par  
348 exemple (voir chapitre IV - APPROFONDIR LES ACTIVITES DE LIN ).

349 a- Le référent en antibiothérapie

350 Le CSP définit les grands axes du programme annuel du CLIN parmi lesquels est cité le bon  
351 usage des antibiotiques. Le rôle du référent antibiotique, décrit dans la circulaire 2002-272 du 02  
352 mai 2002, est donc à préciser clairement dans l'organisation de la LIN. La mise en place de ces  
353 référents dans les ES est abordée au travers de l'indicateur composite sur la politique  
354 antibiotique [ICATB] du tableau de bord des IN publié fin 2007.

355 Son articulation avec l'EOHH est à discuter dans le cadre de la réflexion sur la place de l'EOHH  
356 dans l'organigramme de l'ES (voir ci-dessus) et l'organisation de la LIN.

357 b- La formation du personnel soignant à l'hygiène hospitalière :

358 Le score ICALIN repose pour 9% sur les actions de formation du personnel soignant. Il cote  
359 notamment :

- 360 - l'existence d'un programme annuel de formation en hygiène hospitalière ;  
361 - l'insertion de ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement ;  
362 - le fait que le CLIN soit consulté sur le Plan de formation continu afin qu'il puisse faire  
363 connaître son accord ou désaccord sur la partie concernant l'hygiène hospitalière ;  
364 - la formation spécifique des nouveaux arrivants, intérimaires, étudiants, pour leur adaptation  
365 aux pratiques spécifiques définies par l'établissement.

366 La vertu de la transparence liée à la publication d'ICALIN a permis d'inscrire cette « politique »  
367 dans le paysage des établissements de santé.

368 Il est nécessaire d'une part d'en faire le bilan et d'en tirer des enseignements pour améliorer le  
369 dispositif et, d'autre part, d'officialiser cette politique de formation dans le cadre de la circulaire.

370 Par ailleurs, le rapport de M Fabry doit aussi apporter des éléments de réflexion quant à la  
371 formation médicale de base en HH.

372 c - Le laboratoire de microbiologie :

373 Le rôle du laboratoire de microbiologie est essentiel en matière de surveillance, notamment en  
374 ce qui concerne les BMR, mais pas uniquement. Cependant, dans les directives nationales, son  
375 rôle est insuffisamment développé et, dans le tableau de bord, un item tout à fait mineur lui est  
376 consacré.

377 Deux difficultés matérielles limitent l'utilisation de son travail : le sous-équipement  
378 informatique des établissements de santé associé au très faible taux de laboratoire interne. Ce  
379 type de difficultés ne semble pouvoir être levé que par le canal des CPOM. Faut-il pour autant  
380 proposer une priorité nationale, sachant que la résolution de ce problème bénéficierait à de  
381 nombreux autres domaines de la gestion des risques et de la qualité des soins ?

382

383 *d - Les représentants des usagers :*

384 Il existe deux obligations réglementaires de l'établissement de santé vis-à-vis des usagers : une  
385 information synthétique sur le programme annuel de LIN remise avec le livret d'accueil (CSP :  
386 art. R6111-9) et une convocation de leurs représentants aux séances du CLIN présentant le  
387 programme d'action et le rapport d'activités annuels CSP : Art. R6144-30-6 pour le secteur  
388 public et R6111-6 pour le secteur privé).

389 La loi n°2004-806 du 9 août 2004 a institué dans chaque établissement de santé une  
390 « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » (CRUQ). Il  
391 semblerait logique de s'appuyer désormais sur cette instance officielle pour faciliter  
392 l'information des usagers et l'intervention de leurs représentants.

393 Il pourrait être envisagé les dispositions suivantes :

394 • Avis formels de la CRUQ : au même titre que le programme d'action et le rapport  
395 d'activité doivent être soumis à l'avis des instances de l'établissement (CA, CME, CSSI,  
396 CHSCT), es deux documents devraient être soumis pour avis à la CRUQ. Un avis formel  
397 devrait être plus efficace que la simple présence aux séances du CLIN quand ces  
398 documents sont présentés.

399 • Information formelle du CLIN des activités de la CRUQ : réciproquement, il paraîtrait  
400 utile que le CLIN soit tenu informé des activités de la CRUQ relative aux plaintes et  
401 autres problèmes soulevés au sein de la CRUQ et en relation avec des infections  
402 nosocomiales. A cette fin, il pourrait être proposé que la CRUQ adresse un rapport  
403 annuel au CLIN sur ce sujet et que la CLIN auditionne au cours d'une de ses séances les  
404 représentants des usagers à la CRUQ à l'occasion de l'examen de ce rapport.

405 • Information complète des usagers avec le livret d'accueil : il n'y a aucune raison de  
406 limiter l'information des usagers au programme d'action annuel qui ne correspond  
407 qu'aux objectifs de l'établissement. Le rapport d'activités qui doit présenter les actions  
408 effectivement mises en œuvre devrait également en faire partie. de même, Le tableau de  
409 bord fait désormais partie des obligations de l'établissement et ses résultats pourraient  
410 également faire partie des informations remise aux usagers.

411 Enfin, dans le cadre d'une éventuelle régionalisation de la LIN (voir III-a-a ci-après) un  
412 représentant des usagers devrait faire partie du Comité de pilotage régional.

413

## 414 II - FICHE STRUCTURATION DE LA LIN DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

### 415 1 - CONSOLIDER LA STRUCTURATION INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

#### 416 **1.6 - Intégrer la LIN dans les outils de gestion des établissements de** 417 **santé :**

418 Pour consolider l'organisation de la LIN dans les établissements de santé, il conviendra de  
419 développer la prise en compte de celle-ci dans la gestion stratégique et financière de  
420 l'établissement. Le CPOM et la T2A sont deux nouveaux outils qui doivent être mis à  
421 contribution dans cette perspective.

##### 422 a - La LIN dans les CPOM :

423 Le décret du 2 novembre 2006, a introduit dans le CSP « la gestion des risques, notamment la  
424 lutte contre les infections nosocomiales » dans le contenu à fixer dans les CPOM (art D.6114-3).

425 Il ne semble pas utile d'aller plus loin dans l'immédiat. Un bilan des CPOM sur ce point précis  
426 pourrait cependant nous permettre d'en apprécier l'efficacité.

##### 427 b - Le financement de la LIN et la T2A :

428 Le frein essentiel au développement de l'organisation de la LIN dans les établissements est  
429 financier. L'introduction de la T2A dans le financement des établissements de santé pourrait  
430 renforcer cette contrainte ou, au contraire, aider à la lever.

431 Le débat sur l'affectation de ces dépenses entre les MIGAC et la T2A est tranché dans le bon  
432 sens, la LIN fait partie des soins et de leur qualité. Elle ne doit pas être considérée comme une  
433 « mission » des établissements de santé, mais comme un devoir de qualité faisant partie de la  
434 pratique normale et quotidienne des personnels.

435 Ceci étant fixé, on pourrait envisager de s'appuyer sur ce système de financement pour inciter  
436 au financement de la LIN. Deux pistes pourraient être explorées :

##### 437 i - Les AC (Aides à la contractualisation) :

438 Le Guide de contractualisation sur les MIGAC (2<sup>ème</sup> édition)<sup>9</sup> prévoit dans le périmètre des AC  
439 l'amélioration du service rendu et la qualité de la prise en charge (p. 14). Dans ce cadre, il  
440 subordonne l'attribution de crédits AC à la signature d'un CPOM.

441 Pour inciter la mise en route de certains aspects de la LIN notamment la constitution d'EOHH  
442 inter établissements ou le démarrage du financement spécifique de la LIN, le couple CPOM-AC  
443 pourrait être un levier fort pour améliorer l'organisation de la LIN dans certains établissements  
444 de santé présentant des difficultés particulières.

##### 445 ii - La T2A : proposer une fourchette de taux de prélèvements :

446 A l'instar du 1% formation, il pourrait être fixé (par quelle voie ?) ou proposé un taux, ou une  
447 fourchette de taux, à prélever sur la T2A pour le financement de l'EOHH et de son  
448 fonctionnement.

449 Cette disposition est plus ou moins en train de se mettre en place dans les établissements,  
450 notamment dans le secteur public au travers des contrats de pôles prévus par l'article L6145-16  
451 du CSP. Mais, elle n'est pas générale et fait l'objet d'âpres discussions. Par ailleurs, quand ce  
452 prélèvement est prévu sur la T2A des pôles, rien ne garantit que ce prélèvement soit  
453 effectivement utilisé pour financer les postes de l'EOHH et son fonctionnement.

<sup>9</sup> [http://www.intranet.sante.gouv.fr/hopital/accueil/signaler/publi/guide\\_migac/frameset.htm](http://www.intranet.sante.gouv.fr/hopital/accueil/signaler/publi/guide_migac/frameset.htm)

454 Pour inciter à la transparence et au financement effectif des EOHH on pourrait envisager de  
455 faire assortir le Programme d'activités d'une annexe budgétaire proposant le financement du  
456 programme par un budget dont le montant serait constitué par les recettes de la T2A. Le CPOM  
457 pourrait aussi être utilement utilisé pour fixer ce mécanisme.

458 Afin de proposer une fourchette réaliste, un travail d'évaluation des coûts de la LIN pourrait être  
459 demandé au Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (GACAH)  
460 qui dans son dernier rapport<sup>10</sup> étudie le cas de différentes fonctions transversales (DIM,  
461 stérilisation, génie biomédical etc.) mais n'y a pas inclus la LIN.

---

<sup>10</sup> [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gacah\\_2005/rapport\\_2005.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/gacah_2005/rapport_2005.pdf)

463 **2- Adapter le dispositif de LIN aux particularités des établissements**  
 464 **de santé :**

465 La phase d'implantation de l'organisation de la LIN a traité indistinctement tous les  
 466 établissements de santé. Cela était nécessaire pour faire de la LIN une priorité nationale déclinée  
 467 dans chaque lieu de soins hospitaliers. Cet objectif est en grande partie atteint.

468 Pour consolider la structuration interne de la LIN dans les établissements, il faut envisager une  
 469 organisation adaptée aux particularités de chacun, notamment à la nature des soins dispensés : à  
 470 chacun selon ses risques.

471 **2.1 - Un constat de nécessité :**

472 Certaines catégories d'établissements méritent un traitement tout à fait particulier. Pour certains  
 473 établissements, comme certaines MECSS ou les établissements de postcure alcoolique, on peut  
 474 se demander s'ils doivent continuer à être soumis à l'obligation d'organiser la LIN, telle que  
 475 décrit dans le CSP. Les établissements ambulatoires (centres d'endoscopie notamment), la  
 476 plupart des centres de rééducation fonctionnelle (axés sur la kinésithérapie) ne méritent pas  
 477 d'être soumis aux mêmes contraintes que les établissements MCO. Les établissements de faible  
 478 taille n'ont peut-être pas besoin d'un CLIN comprenant plus d'une dizaine de personnes. Les  
 479 hôpitaux locaux dont le corps médical est composé essentiellement de médecins généralistes  
 480 libéraux ne peuvent pas répondre aux mêmes exigences que les CHU.

481 Déjà, la réglementation actuelle introduit une différence d'organisation et de composition du  
 482 CLIN entre le secteur public et le secteur privé. L'introduction dans la circulaire n° 645 de taux  
 483 d'encadrement pour la composition des EOHH est une autre modalité d'adaptation déjà  
 484 existante. Enfin, il a déjà été signalé plus haut la nécessité d'adapter la définition des  
 485 correspondants en hygiène aux modes d'organisation des services de soins.

486 **2.2 - Des pistes de réflexion :**

487 Il sera nécessaire de passer en revue l'ensemble du dispositif mis en place par la réglementation  
 488 et la circulaire n° 645 pour étudier en premier lieu les nécessités d'adaptation puis, dans un  
 489 deuxième temps, les possibilités de traduire cela en termes réglementaires.

490 *a - Identifier précisément les adaptations nécessaires :*

491 Pour identifier les adaptations nécessaires, il est nécessaire de réunir une expertise spécifique à  
 492 chaque situation déjà identifiée : établissements psychiatriques, HAD, MECSS, ambulatoires,  
 493 hôpitaux locaux, établissements de faible taille. Cette expertise sera chargée de définir les  
 494 priorités de la LIN en fonction de l'identification des risques de chacun et de proposer des  
 495 modalités d'adaptation du dispositif aux modes de fonctionnement des établissements et  
 496 d'organisation des soins.

497 Des groupes de travail associant les référents régionaux de la LIN des DRASS et les antennes  
 498 régionales de LIN pourraient être constitués, avec l'appui méthodologique des C-CLIN et sur la  
 499 base d'un cahier des charges défini par le GroupiLIN. Chaque groupe de travail serait chargé de  
 500 conduire cette expertise avec les établissements concernés.

501 *b - La réglementation doit être prolongée par une contractualisation encadrée :*

502 Si le principe de l'adaptation des modalités d'organisation est retenu, il faudra se poser la  
 503 question de l'adaptation de la réglementation à ces particularismes. La traduction intégrale de

505 ce principe dans le CSP pourrait aboutir à une réglementation longue, complexe et, au final, peu  
506 opérationnelle. Il n'est guère envisageable de prévoir dans le CSP les différentes adaptations  
507 nécessaires aux différentes catégories d'établissements.

508 D'autre part, il est probable que l'ampleur des adaptations nécessaires soit différente en fonction  
509 du profil des établissements de chaque région, chaque région pouvant par ailleurs présenter des  
510 spécificités dont il conviendra également de tenir compte.

511 Ainsi, une plus grande place devrait être faite à la contractualisation. L'échelon naturel de la  
512 contractualisation serait la région et le cocontractant serait naturellement l'ARH (ARS), avec  
513 éventuellement l'URCAM. L'évolution des CPOM va déjà dans ce sens.

514 Cependant, il faudra garantir une harmonisation des exigences de qualité sur l'ensemble du  
515 territoire ; les adaptations nécessaires ne doivent pas conduire à moduler les exigences de  
516 qualité, mais seulement les voies et moyens pour répondre à un niveau d'exigence de qualité  
517 équivalent pour tous.

518 C'est pourquoi, il faudra envisager que le rôle du CSP soit de fixer

- 519 • d'une part, les principes de l'organisation de la LIN dans les établissements de santé
- 520 • d'autre part, le cadre dans lequel devront être adaptées les modalités d'application propre  
521 à chaque catégorie d'établissements.

522 Le contenu de la contractualisation (thèmes) serait également précisé dans le CSP, directement  
523 ou par voie d'arrêté du ministre (à l'instar du contenu du bilan d'activités). Cette dernière  
524 disposition (l'arrêté) permettrait une plus grande souplesse et une meilleure réactivité à  
525 l'évolution nécessaire du dispositif.

526 Plusieurs principes devraient être retenus parmi lesquels :

- 527 • Il faudra éviter que cette disposition se transforme en une organisation de la LIN à la  
528 carte, établissement par établissement. Il conviendra également de garantir l'égalité de  
529 traitement des établissements d'une région à l'autre, les exigences devant être les mêmes  
530 à risque égal. Un système de validation a priori ou de contrôle a posteriori devra être  
531 intégré au cadre défini par la partie réglementaire du CSP et le principe d'une adaptation  
532 par catégorie d'établissements devra être retenu.
- 533 • L'adaptation négociée devra reposer sur une évaluation des risques associés aux soins  
534 spécifiquement dispensés par catégories d'établissements. L'implication des CCLIN et  
535 des ARLIN sera indispensable pour cette évaluation préalable à toute décision.

536 Cadre réglementaire et adaptation régionale en fonction des risques évalués reposent, pour être  
537 efficace, sur un équilibre fragile. Cela pourrait conduire rapidement à une situation confuse.

538

539 ***Il sera donc probablement plus sage de conduire une expérimentation dans plusieurs régions***  
540 ***volontaires avant de généraliser l'application de cette procédure par son inscription dans le***  
541 ***CSP.*** Cette expérimentation devra être conduite par un Comité de pilotage national chargé de  
542 suivre et d'évaluer l'évolution des régions volontaires sur une période pluriannuelle suffisante.

544 **3 - Approfondir les activités de LIN dans les établissements de santé**

545

546 La lutte contre les infections nosocomiales ou d'une façon générale la gestion du risque  
547 infectieux a deux objectifs:

548

- réduire au maximum les risques quotidiens de survenue des infections nosocomiales ;

549

- préparer l'établissement à la mise en œuvre sans délai des procédures nécessaires lors de  
550 la survenue de phénomènes épidémiques (nosocomiaux ou non) imprévisibles (ex :

550

551 *Clostridium difficile*, ERV, grippe aviaire...) ou dus à une défaillance humaine.

551

552 Jusqu'à maintenant, l'accent a été mis sur le premier objectif, le second étant géré au cas par  
553 cas.

554

554 Pour le 1<sup>er</sup> objectif, une politique d'incitation a été mise en place depuis deux ans et mérite  
555 d'être poursuivie.

555

556 Pour le 2<sup>ème</sup> objectif, il serait utile de prévoir dans chaque établissement un scénario de gestion  
557 de crise afin de compléter le dispositif déjà mis en place, d'où l'idée de l'élargissement à la  
558 gestion du risque infectieux en établissement de santé.

558

559 Les différentes dispositions de ce chapitre ne pourront faire l'objet que d'une politique  
560 incitative. *Les éléments retenus seraient donc intégrés au prochain Programme national de LIN*  
561 *et déclinés dans les différents indicateurs du tableau de bord dont on a pu vérifier la forte*  
562 *valeur incitative.*

562

565 **3.1 - Réduction des risques quotidiens de survenue d'IN :**

566

567 L'action incitative menée jusqu'à maintenant repose sur la promotion d'un thème national  
568 annuel d'audit de bonnes pratiques (hygiène des mains, préparation de l'opéré) avec proposition  
569 d'une méthodologie d'une part et, d'autre part, sur l'adoption de protocoles côtés dans ICALIN  
570 (5 prioritaires et 10 essentiels).

571 a- Confirmation d'un thème national annuel :

572 Ce principe d'un thème annuel national est à maintenir et à inscrire dans la prochaine circulaire.  
573 Cependant la mise en œuvre annuelle serait plutôt à confier au GREPHH (Groupe d'Evaluation  
574 des Pratiques en Hygiène Hospitalière) sous la responsabilité des CCLIN. Les outils pourraient  
575 comporter, outre la méthodologie de l'audit, la diffusion d'un protocole standard. Enfin, il  
576 pourrait être prévu dans la 2<sup>ème</sup> version d'ICALIN un nombre de points réservés spécifiquement  
577 à la participation au thème national, protocole et audit.

578 Un tel dispositif, protocole de référence, audit national, campagne informative et cotation dans  
579 ICALIN 2, pourrait ainsi progressivement balayer les principales activités de réduction du risque  
580 quotidien d'IN. Elle maintiendrait également une vigilance régulière sur l'ensemble de la  
581 problématique de la LIN.

582 Cette opération nécessitera un budget spécifique au niveau de l'administration centrale, son  
583 renouvellement annuel ne pouvant guère être envisagé avec les effectifs actuels de la Cellule IN.

584 b - Adaptation des procédures aux catégories d'établissements :

585 Des protocoles prioritaires sont définis dans ICALIN. Ces protocoles prioritaires sont à redéfinir  
586 en tant que protocoles obligatoires et indispensables à la maîtrise du risque infectieux "banal"  
587 dans tous les ES.

588 D'autres protocoles essentiels dans certains ES, le sont moins pour d'autres.

589 Par exemple, le traitement des DM peut ne pas être prioritaire dans les établissements  
590 psychiatriques, les hôpitaux locaux et certains établissements de soins de suite, le circuit du  
591 linge est inopérant dans les HAD et les MECSS, l'entretien des locaux dans les HAD,  
592 l'élimination des déchets dans les MECSS, etc.

593 D'autres méritent un traitement particulier, comme l'élimination des déchets dans les HAD  
594 indépendante d'un établissement d'hospitalisation complète.

595 Le choix des protocoles prioritaires ou essentiels pourraient donc varier d'une catégorie  
596 d'établissements à l'autre. L'expertise mobilisée pour adapter les modalités d'organisation de la  
597 LIN devant appuyer son travail sur l'étude des risques spécifiques, cette analyse servira  
598 également à sélectionner les protocoles à prioriser pour chaque catégorie d'établissements.

601 **3.2 - Prévention et gestion de crise au niveau de l'établissement :**

602 Chaque crise a ses caractéristiques et demande des réponses adaptées. Au-delà de l'efficacité  
603 réelle des mesures prises ponctuellement, le problème de la précocité du diagnostic et de la  
604 rapidité de la réponse apportée est essentiel à l'efficacité du dispositif.

605 Pour cela deux dispositifs sont nécessaires :

- 606 - un système de surveillance qui est déjà fortement développé ;
- 607 - un scénario de gestion de crise prêt à l'emploi qui est à systématiser.

608 a- Le système de surveillance :

609 Cette surveillance a deux composantes : la détection précoce et la surveillance continue

610 **La détection précoce** de survenue d'infections nosocomiales comportant un risque épidémique  
611 doit permettre de prendre immédiatement les mesures de contingentement pour éviter leur  
612 diffusion. Actuellement, elle s'organise autour de 2 piliers :

- 613 • le système de signalement des infections nosocomiales : déjà réglementé dans le CSP, il  
614 est l'objet d'une inspection nationale en 2007-2008. Les résultats de cette inspection  
615 devront permettre de préparer une adaptation éventuelle de ce système. Un rapport  
616 d'étape pourrait être demandé avant son terme (fin 2008) ;
- 617 • le système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES) : il est défini par  
618 voie de circulaire sous la responsabilité de la DRT. Chaque adaptation est l'objet d'une  
619 concertation avec la DGS et la DHOS. Dans cette configuration, ce dispositif est  
620 davantage orienté vers la protection des personnels soignants. Il pourrait être utile  
621 d'élargir la réflexion à la protection des soignés dans le cadre des transmissions  
622 soignants-soignés.

623 **La surveillance continue** de la diffusion des sources permanentes d'infections nosocomiales est  
624 organisée de deux façons différentes et est inégale d'un ES à un autre.

625 Elle est répond à deux objectifs différents :

- 626 - Les surveillances continues, basées sur le volontariat des ES, qui sont développées dans la  
627 cadre du réseau RAISIN (ISO<sup>11</sup>, bactériémies nosocomiales, infections en réanimation,  
628 BMR<sup>12</sup> et AES) reposent sur des protocoles dont l'objectif est plus épidémiologique  
629 qu'opérationnel et dont la généralisation à l'échelon national semble peu réalisable.
- 630 - Le programme de maîtrise des BMR, priorité nationale, inscrit dans ICALIN (rendu de fait  
631 obligatoire), a permis de poser le principe de sa généralisation. Le Cahier des charges  
632 d'ICALIN définit trois conditions pour la réalisation de ce programme : la définition des  
633 BMR prioritaires pour l'établissement, l'organisation d'une surveillance annuelle des BMR  
634 sur l'ensemble de l'établissement et un protocole sur les «Techniques d'Isolément».  
635 L'objectif est opérationnel et non épidémiologique (au sens de comparaison d'une année sur  
636 l'autre).

637 NB : Comme annoncé dans la « Note aux établissements de santé » de novembre 2007  
638 accompagnant la transmission des résultats provisoires du tableau de bord 2006, il sera proposé

<sup>11</sup> ISO : Infections du site opératoire

<sup>12</sup> Bactéries multi-résistantes

639 aux établissements de santé, en 2008, un plan d'action devant permettre à la France de réduire  
640 fortement les taux d'infections à BMR en général et à SARM en particulier. Ce plan d'action  
641 sera accompagné d'un système d'évaluation intégrant un indicateur mesurant la mise en place de  
642 ce plan d'action et un indicateur de résultats lissé sur plusieurs années.

643 **L'analyse des données du laboratoire de microbiologie** est un outil servant aussi bien à la  
644 détection précoce qu'à la surveillance continue. Elle est cotée dans ICALIN. Mais, sans autre  
645 précision, elle est laissée à l'appréciation de chaque établissement. Il pourrait être utile de  
646 produire un guide national pour aider les établissements à rationaliser cette analyse dans ce  
647 double objectif de détection précoce et de surveillance continue. La cotation dans ICALIN serait  
648 modulée par les éléments essentiels assurant une utilisation efficace des données du laboratoire  
649 de microbiologie.

650 **D'une manière générale, il faudrait retenir le principe que toute procédure cotée dans un**  
651 **indicateur devrait bénéficier d'une référence nationale.** Cette référence nationale présenterait  
652 les objectifs de la procédure et les éléments essentiels (sans surenchère) garantissant son  
653 efficacité. Cela permettra, en outre, d'amorcer le passage à la 2<sup>ème</sup> génération du Tableau de  
654 bord (voir ci-après).

655 *b - Un scénario de gestion de crise au niveau de l'établissement :*

656 Jusqu'à peu, une seule situation de crise était connue : les crises liées aux dispositions de la loi  
657 sur l'information des malades après la découverte d'un risque non connu au moment de la  
658 dispensation des soins aux patients.

659 Récemment, la survenue des épidémies de *Clostridium difficile* et d'ERV, ou la programmation  
660 de la survenue de potentielle épidémie (grippe aviaire) a nécessité la mise au point d'un scénario  
661 de gestion de ces épidémies dans les établissements touchés. Il faut préparer les établissements à  
662 la répétition, très fortement probable, de nouveaux phénomènes équivalents.

663 Sur la base des recommandations mises au point à l'occasion de ces deux épidémies et de  
664 l'expérience accumulée, aussi bien à la DGS qu'à la DHOS, à l'InVS ou dans les CCLIN, au  
665 cours des crises de 1<sup>er</sup> type, il serait nécessaire de proposer des « recommandations standards »  
666 (un genre de plan ORSEC) servant à la définition systématique d'un dispositif de crise dans  
667 chaque établissement de santé. Les recommandations spécifiques à une nouvelle crise  
668 s'appuieraient sur ce standard pour l'adapter aux particularités de l'actualité.

669 *Ce scénario de gestion de crise « nosocomiale » devrait être intégré systématiquement dans les*  
670 *Plans blancs des établissements de santé.*

671 Ce dispositif serait un gage de plus grande rapidité dans la réponse locale aux épidémies. Il  
672 permettrait également de préciser aux établissements le rôle de leurs différents interlocuteurs  
673 dans une crise : C-CLIN, InVS, services déconcentrés du ministère de la santé etc.

674 Une demande semblable a été formulée auprès des Conseillers généraux des établissements de  
675 santé à la Dhos. Il semble nécessaire de compléter cette intervention par une expertise technique  
676 telle que décrite ci-dessus validée par un avis du CTINILS.

677

678

679

680

681

682

684 **III - FICHE COMPLETER L'ORGANISATION DE L'ENVIRONNEMENT DES**  
 685 **ETABLISSEMENTS DE SANTE :**

686  
 687 L'environnement des établissements de santé est d'abord constitué des autres secteurs de soins  
 688 avec lesquels les établissements de santé sont susceptibles d'interagir.

689 Il s'agit également des structures d'accompagnement et de soutien aux établissements ainsi que  
 690 des instances de suivi et d'impulsion de la politique nationale de LIN.

691 Il s'agit enfin des outils chargés de mettre en œuvre les différents volets de cette politique.

692 **1 - Liaison avec les autres secteurs de soins :**

693 Deux éléments récents ont attirés l'attention sur la problématique des infections associées aux  
 694 soins dans les EHPAD.

695 Les récentes épidémies à *Clostridium difficile* et à ERV ont montré que les infections associées  
 696 aux soins ne connaissent pas de frontières étanches avec les autres structures dispensant des  
 697 soins : les pensionnaires des EHPAD hospitalisés reviennent porteurs de micro-organismes  
 698 contractés en milieu hospitalier qu'ils diffusent à leur tour dans leur collectivité.

699 La réforme des établissements pour personnes âgées transforme progressivement les USLD  
 700 (établissements de santé organisant déjà la LIN) et les maisons de retraite (établissements  
 701 médico-sociaux non soumis à l'obligation d'organiser la LIN) en EHPAD. Les EHPAD sont des  
 702 établissements médico-sociaux qui ont pour fonction d'assurer des soins, ce qui n'était pas le cas  
 703 dans les maisons de retraite en dehors des sections de cure médicale. Ils n'ont à ce jour aucune  
 704 obligation d'organiser la lutte contre les infections liées aux soins. Pour autant, ils présentent les  
 705 mêmes facteurs de risque infectieux que certaines catégories d'établissements de santé,  
 706 notamment les hôpitaux locaux avec lesquels ils partagent souvent les mêmes profils de clients  
 707 et ont la même catégorie de prescripteurs, les médecins libéraux.

708 Ces deux éléments montrent à quel point il devient nécessaire d'organiser la lutte contre les  
 709 infections associées aux soins dans les EHPAD. On peut également élargir la réflexion aux  
 710 autres établissements médico-sociaux avec structure d'hébergement dispensant des soins  
 711 invasifs, tels que les Maisons d'accueil spécialisé (MAS)<sup>13</sup>.

712 On peut penser qu'il faudrait soumettre les EHPAD à cette obligation et ceci ne peut se faire  
 713 qu'à partir d'un support législatif sur lequel pourra se développer une réglementation  
 714 appropriée.

715 A l'occasion de l'épidémie à clostridium, il a été décidé que les EHPAD pourraient faire appel  
 716 aux EOHH du CH le plus proche<sup>14</sup> et les Antennes régionales de lutte contre les IN<sup>15</sup> ont vu  
 717 leurs missions élargies à ces établissements. Ces solutions décidées dans l'urgence doivent être  
 718 revues dans le cadre d'une réflexion plus large.

719 A priori, le système implanté dans les établissements de santé ne peut pas être appliqué  
 720 directement dans les EHPAD. Il faudra l'adapter en l'allégeant pour répondre aux exigences de

<sup>13</sup> La MAS - Maison d'Accueil Spécialisé - accueille des adultes handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale, un accompagnement et des soins constants

<sup>14</sup> CIRCULAIRE N°DGAS/SD2C/DHOS/E2/DGS/5C/5D/2006/404 du 15 septembre 2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les EHPAD

<sup>15</sup> Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

721 sécurité des pensionnaires dans le cadre très spécifique d'un lieu de vie collective où les soins ne  
722 sont pas la raison d'être de ce type d'établissement.

723 Se posera enfin la question de la structuration de l'environnement de ces établissements dans la  
724 lutte contre les infections associées aux soins. Faudra-t-il créer un environnement spécifique ou  
725 élargir les compétences, et les moyens qui vont avec, de tout l'environnement spécialisé des  
726 établissements de santé ? En ce qui concerne l'environnement régional, il serait pertinent  
727 d'étendre les missions des CCLIN et des ARLIN. Au niveau national, si la partie « expertise »  
728 est déjà intégrée aux missions du CTINILS, il faudra envisager une instance de suivi et de  
729 pilotage différente du GroupiLIN, les partenaires étant différents.

730  
731

### III - FICHE COMPLETER L'ORGANISATION DE L'ENVIRONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :

## 732 **2 - Structuration de l'accompagnement des établissements de santé :**

733  
734 La création des antennes régionales de LIN et la prochaine publication de l'arrêté fixant les  
735 missions de ces antennes régionales et des C-CLIN parachèvent la mise en place des structures  
736 d'appui technique des établissements de santé.

737 En matière d'accompagnement, la nouvelle phase de l'organisation de la LIN retenant les  
738 principes d'adaptation et de contractualisation, il semblerait utile de prévoir un échelon régional  
739 entre le niveau national (réglementation et Programme national) et l'établissement de santé  
740 (mise en œuvre).

741 L'adaptation des structures et des actions ne peut être raisonnablement déclinée au niveau  
742 national. Tant en termes de réglementation (structures et missions générales) que d'objectifs  
743 (mise en œuvre des moyens et réalisations des activités), la déclinaison selon les particularités  
744 des établissements pourraient conduire à une complexité extrême de cette réglementation ou des  
745 objectifs du programme national.

746 Il semble nécessaire d'introduire une gestion intermédiaire de l'accompagnement de la LIN dans  
747 les établissements qui pourrait se traduire par un échelon régional :

- 748 • l'échelon national fixe le cadre (réglementation) et les objectifs (Programme national)
- 749 • l'échelon régional adapte l'un et les autres dans le cadre d'une contractualisation avec les  
750 établissements de santé.

751

### 752 a - Vers une coordination régionale de la LIN :

753 L'environnement immédiat des établissements comprend, outre les C-CLIN et les antennes  
754 régionales de la LIN, les DRASS et leur référent régional en IN, les ARH, les CRAM etc.

755 Les récentes situations de crise, gérées de façon inégale (Clostridium et ERV), crises ayant  
756 essentiellement un caractère régional et crises dont on peu penser qu'elles se répéteront à  
757 l'avenir, pourraient justifier également cette coordination. Nous avons vu la nécessité de  
758 préparer un scénario de crise au niveau des établissements de santé. Cette même exigence paraît  
759 nécessaire au niveau régional.

760 S'il est confirmé le principe d'une articulation entre la réglementation et une contractualisation,  
761 le niveau naturel de cette contractualisation est probablement la région, siège des ARH, CRAM,  
762 DRASS, ARLIN.

763 De même, c'est probablement au niveau régional que pourra le mieux s'exprimer la plus-value  
764 apportée par les associations d'usagers dont on voit bien la difficulté à assurer une présence  
765 effective dans tous les établissements de santé.

766 Ainsi, à l'instar de ce qui a été créé au niveau national, on pourrait envisager une coordination  
767 réunissant ces différents intervenants et les établissements, selon des modalités à préciser. En  
768 matière d'accompagnement des établissements, cette coordination de tous les intervenants dans  
769 le cadre d'une politique régionale (voir ci-après) pourrait être un levier incitatif très efficace.

### 770 b – Vers un Programme régional de LIN :

771 Si la nouvelle phase de l'organisation de la LIN doit s'orienter vers une adaptation aux  
772 spécificités des établissements, il serait logique que le nouveau Programme national soit préparé

773 dans cette perspective.

774 L'organisation des soins, les priorités et les objectifs sont déclinés au sein des SROS. La LIN  
775 n'est pas une spécialité médico-chirurgicale relevant de ce mécanisme. Mais, la nécessité  
776 d'adapter l'organisation et les actions au plus près des besoins doit conduire à décliner les  
777 objectifs nationaux en fonction des besoins régionaux et locaux.

778 Dans cet esprit, un Programme régional de LIN fixant les priorités régionales, dans le cadre des  
779 priorités nationales, mais les adaptant aux déficits réels de la région, serait l'un des outils  
780 essentiels à la nécessaire adaptation de l'organisation et des activités vers laquelle il convient de  
781 se diriger pour améliorer l'efficacité de la LIN dans les établissements.

782 La perspective de développer les indicateurs de résultats au niveau de la région plutôt que de  
783 l'établissement (voir ci-après) permettrait d'élaborer un tableau de bord régional pour faciliter la  
784 détection des améliorations nécessaires.

785  
786

III - FICHE COMPLETER L'ORGANISATION DE L'ENVIRONNEMENT DES  
ETABLISSEMENTS DE SANTE :

787 **3 - Les outils de la LIN :**

788 La politique nationale de la LIN dispose de quatre outils : le Programme national, le tableau de  
789 bord des IN, la réglementation et la circulaire.

790 **3.1 - Programme national de la LIN :**

791 L'actuel programme s'achève à la fin de l'année 2008. Cette dernière année doit être l'occasion  
792 d'en faire le bilan. Ce bilan doit permettre :

- 793 - de mesurer le degré d'atteintes des objectifs qu'il s'était fixé ;  
794 - de valider l'utilité et la pertinence de prolonger ses différentes priorités dans le prochain  
795 Programme national.  
796 - de proposer de nouveaux objectifs tenant compte de l'évolution de la situation depuis 2005 et  
797 des progrès accomplis par les établissements.

798 Ce bilan et le résultat des études, expertises et consultations prévues dans la partie A de ce  
799 rapport, serviront de base à l'élaboration du prochain Programme national. Un groupe de travail  
800 a été constitué et une consultation du projet de Programme national 2009-2012 sera organisée à  
801 l'automne 2008.

802 **3.2 - Le tableau de bord des IN :**

803 Les indicateurs du tableau de bord se sont montrés souvent plus efficaces que les dispositions  
804 d'une circulaire ou même que la réglementation en vigueur. Le tableau de bord constitue une  
805 incitation efficace à l'amélioration de la qualité des soins.

806 La nouvelle phase de l'organisation de la LIN devra logiquement s'accompagner d'une  
807 adaptation de cet outil d'évaluation.

808 a – Cadre du tableau de bord et fiabilité des données :

809 Le système français d'indicateurs sur la LIN est original et caractérisé par la combinaison de  
810 quatre éléments : un recueil de données déclaratif, des résultats nominatifs par établissement, un  
811 affichage public des résultats nominatifs et une publication des résultats par l'Etat.

812 Les trois premiers éléments pris séparément posent chacun la question de la fiabilité des  
813 données produites :

- 814 • le système déclaratif rend difficile un recueil de données homogène ;  
815 • les résultats nominatifs sont susceptibles de pénaliser les établissements et de les inciter à  
816 améliorer l'indicateur plutôt que le phénomène mesuré ;  
817 • la publication des résultats nominatifs laisse planer un doute sur la sincérité des réponses  
818 de la part d'établissements qui, logiquement, ne souhaitent pas mal figurer dans les  
819 classements.

820 Combinés, ces trois éléments amplifient le problème. Enfin, les résultats étant publiés par l'Etat,  
821 ils doivent être le plus irréprochables possible.

822 Pour les premiers indicateurs publiés, nous avons réussi en grande partie à donner aux données  
823 une fiabilité satisfaisante avec l'adjonction d'un « Cahier des charges » fixant une définition  
824 homogène des items et définissant les éléments de preuve pour chaque item. Une circulaire

825 spécifique sur la validation des données fondée sur ce « Cahier des charges » demandait aux  
826 services déconcentrés du ministère de la santé de valider chaque année 10% des établissements.

827 Les résultats de cette procédure ont permis de vérifier le caractère satisfaisant de la fiabilité des  
828 données :

829 • une étude du projet COMPACQ sur ICALIN, avant la 1<sup>ère</sup> publication de l'indicateur,  
830 avait montré que si la conformité des réponses n'était que de 64%, la conformité du  
831 résultat de l'indicateur était de 84%, confirmant ainsi la robustesse de l'indicateur grâce  
832 à la méthodologie utilisée pour le construire.

833 • l'évaluation de la validation de 274 établissements en 2007 a montré que 77% des  
834 établissements n'avaient pas changé de classe après validation, 16% régressant d'une  
835 classe au moins et 7% augmentant d'une classe au moins.

836 *b – Simplifier le recueil de données :*

837 La publication du tableau de bord a augmenté l'exigence de fiabilité des données qui a conduit à  
838 multiplier les procédures de validation des données aussi bien par l'établissement lui-même  
839 (demande de la DDASS de confirmation des données par l'établissement) que par les DDASS et  
840 les DRASS/DSDS à partir d'un Cahier des charges listant les éléments de preuve à produire par  
841 les établissements pour le contrôle annuel de 10% d'entre eux.

842 La mise en ligne de ce recueil de données financé par la DGS permet de réduire au strict  
843 minimum toute la partie administrative de cette phase préalable : saisie en ligne par les  
844 établissements, validation interne, relance des non répondants, transmission des résultats du  
845 tableau de bord.

846 Cette saisie sur internet facilite également la gestion de questionnaires modulables selon les  
847 données administratives de l'établissement, notamment sa catégorie.

848 La conséquence positive de la publication du tableau de bord est que toutes les DRASS, DDASS  
849 et DSDS se sont investies auprès des établissements de santé dans la LIN.

850 La simplification de la phase de saisie des données permettra de dégager du temps permettant de  
851 demander aux services déconcentrés d'investir ce temps dans l'accompagnement des  
852 établissements. Cela pourra se faire en mettant l'accent sur la validation des données, opération  
853 permettant de faire le bilan, avec l'établissement, des difficultés et d'envisager les voies et  
854 moyens d'y remédier.

855 *c - Réviser les méthodes de cotation et de classement :*

856 La première version du tableau de bord a été construite avec une optique plus scientifique que  
857 de santé publique. Il conviendra de revenir à la finalité primitive d'un tableau de bord :  
858 visualiser l'évolution d'un phénomène à partir de « traceurs » représentatifs de ce phénomène. Il  
859 ne s'agit pas tant de produire des données épidémiologiques de type scientifique que de détecter  
860 les éventuelles faiblesses ou accidents de parcours nécessitant des mesures correctives. Un  
861 tableau de bord est avant tout un outil de gestion de santé publique avant d'être un outil de  
862 connaissance.

863 *c1 - Adapter les indicateurs aux profils d'activités :*

864 La méthode des percentiles appliquée à chaque catégorie d'établissement avait pour but de tenir  
865 compte des différences entre ces catégories pour lesquels tous les items n'étaient pas d'égale  
866 importance.

867 Il serait plus pertinent d'adapter l'indicateur à chaque catégorie d'établissements plutôt que de  
868 corriger la « taille unique du costume » par la méthode de classement. Ce qui a été initié avec  
869 ICATB pour les protocoles et listes d'antibiotiques devrait être généralisé à tous les indicateurs

870 Ceci suppose donc que chaque item introduit dans un indice composite soit affecté aux seules  
871 catégories d'établissements devant le mettre en œuvre, les autres en étant exemptés.

872 Ce principe pourrait rendre compliqué un système de cotation numérique comme on le voit pour  
873 ICATB. La deuxième axe de réflexion ci-après, en supprimant une cotation numérique, rendra  
874 se problème obsolète.

875 *c2 - Fixer des objectifs à atteindre plutôt que des scores :*

876 La finalité du dispositif est de faire progresser les établissements de santé vers une meilleure  
877 qualité de soins sur le chapitre de la LIN. Ainsi :

- 878 • L'objectif de la cotation doit être de mesurer le niveau de qualité atteinte par  
879 l'établissement.
- 880 • L'objectif du classement doit être de synthétiser les informations données par la cotation  
881 en situant l'établissement sur une échelle de qualité allant du plus faible niveau de  
882 qualité au meilleur.
- 883 • Le niveau à atteindre peut être différent selon la catégorie d'établissements.
- 884 • L'expression du résultat se ferait par un ratio ayant le niveau atteint au numérateur et le  
885 niveau final attendu au dénominateur : niveau 2 atteint / 3 niveaux attendus.

886 ***Par ce système, l'établissement peut se situer par rapport aux efforts qu'il lui reste à***  
887 ***accomplir et les usagers peuvent disposer d'une information précise par rapport au niveau de***  
888 ***qualité atteint par l'établissement.***

889 *c3 - Coter la qualité des items :*

890 A de rares exceptions près (réunions du CLIN, nombre de correspondants en hygiène), ICALIN  
891 et ICATB se contente de coter si l'item existe ou non ; le protocole, le temps médical de  
892 l'EOHH etc. existe ou n'existe pas. On ne cote pas le fait que le protocole corresponde à un  
893 référentiel reconnu, ni s'il est bien appliqué ou non.

894 La nouvelle politique devant s'attacher à promouvoir la qualité des activités mises en place, les  
895 indices composites de 2<sup>ème</sup> génération devront traduire cette recherche de qualité. Par exemple :

- 896 - cotation progressive du temps médical de l'EOHH en fonction du ratio ETP / volume  
897 d'activités (à l'exemple des correspondants en hygiène) ;
- 898 - cotation progressive d'un protocole en fonction de la présence au nom d'éléments essentiels  
899 d'un guide national (à l'exemple du programme de surveillance des BMR);
- 900 - cotation progressive du programme d'action annuel en fonction des éléments essentiels qu'il  
901 doit contenir.

902 *d - Les indicateurs de résultats : au niveau de l'établissement ou de la région ?*

903 \* Les premiers indicateurs publiés ne concernent que des procédures et des moyens. Ils  
904 présentent deux avantages :

- 905 • il s'agit d'une déclaration sur des éléments positifs (ils existent et c'est bien), donc  
906 facilement vérifiables par un élément de preuve : « Vous déclarez un protocole, montrez-  
907 le ».
- 908 • la cotation des indicateurs est progressive : plus il y a d'items existants, meilleure est la  
909 note et le classement.

910 Pour les indicateurs de résultats de type « pathologique », c'est exactement le contraire :

- 911 • il s'agit d'une déclaration sur des éléments négatifs (ils existent et ce n'est pas bien),  
912 donc difficile à vérifier sur éléments de preuve : « Vous déclarez ne pas avoir d'ISO

913 ou de SARM (ou un nombre faible), montrez-nous ... ? » ; quel est l'élément de preuve  
914 des SARM ou ISO déclarés comme non existant ?

915 • la cotation de l'indicateur est donc régressive : plus on déclare d'éléments, moins bonne  
916 est la note et le classement. Il est difficile de distinguer les meilleurs des non répondants  
917 ou de ceux qui ne recueillent pas les données, tous à 0 ou proches de 0.

918 Il a été envisagé une validation par une méthode proche de celle utilisée pour le contrôle du  
919 PMSI : étude sur dossiers d'un échantillon de 100 malades et rectification des résultats quand le  
920 résultat du contrôle sort de l'intervalle de confiance à 95%. Outre que cette méthode n'est pas  
921 très satisfaisante pour des indicateurs de résultats<sup>16</sup>, la charge de travail nécessaire n'était pas  
922 envisageable par les agents de l'Etat dans les services déconcentrés.

923 Faute de pouvoir assurer un contrôle a posteriori (défaut de méthode ou charge de travail  
924 incompatible), pour résoudre la question de la fiabilité des données, le système de recueil des  
925 données de type déclaratif pour des indicateurs de type régressif n'est donc pas adapté : il ne  
926 permet pas la vérification sur éléments de preuve (on ne peut pas prouver ou vérifier que  
927 quelque chose n'existe pas).

928 \* Que ce soit pour l'information des usagers ou pour l'aide à la gestion de la LIN dans les  
929 établissements, le tableau de bord attribue réalise une évaluation de chaque établissement.

930 Il est donc logique de n'inclure dans les indicateurs que des informations dont la présence ou  
931 l'absence peuvent être attribuées à l'établissement. Il ne serait pas acceptable que les  
932 établissements soient jugés (en bien ou en mal) sur des éléments pour lesquels leur  
933 responsabilité ne serait pas engagée.

934 En matière d'indicateurs de résultats, ce n'est pas une évidence.

935 Si on prend le taux d'IN, il n'est pas un résultat attribuable uniquement à l'établissement. Les  
936 établissements du Nord Pas-de-Calais ont du vu voir en 2006 leur taux d'IN augmenter à cause  
937 de l'épidémie d'ICD alors que l'on sait qu'ils ne sont pas responsable de cette épidémie. Leur  
938 responsabilité n'est engagée que dans la rapidité de la maîtrise de l'épidémie qui ne pourrait être  
939 mesurée que par l'évolution des ICD limitée à la période d'épidémie (cela permettrait de  
940 distinguer les bons et les mauvais résultats). Le taux d'IN ne serait donc pas un bon indicateur  
941 de résultats à l'échelle de l'établissement. Il pourrait cependant être un bon indicateur de  
942 résultats à l'échelle nationale, voire régionale.

943 Pour les SARM, e même problème se pose. Si les SARM acquis peuvent être attribués à  
944 l'établissement, les SARM importés ne lui sont pas attribuables. Ils dépendent du recrutement de  
945 l'établissement qui dépend d'autres éléments que des décisions de l'établissement et de la  
946 qualité de ses soins. Par ailleurs, un établissement entreprenant un programme efficace de  
947 maîtrise des BMR pourra voire une proportion importante de SARM importés : au fur et à  
948 mesure de l'amélioration des résultats, le résultat attribuable à l'établissement compterait pour  
949 moins de 50% dans l'indicateur de résultats des établissements efficaces dans ce domaine. En  
950 termes de tendances, le résultat attribuable sera de moins en moins important et l'indicateur  
951 reflétera de moins en moins l'efficacité de l'action de l'établissement.

952 \* La question de fond qui est posée est celle de la validité de ces indicateurs de résultats à  
953 l'échelle d'un établissement. Très sensible à une modification du profil des patients, ils reflètent  
954 plus l'histoire locale que la qualité des soins : une épidémie va entraîner un pic conjoncturel de  
955 l'indicateur. Mais, tous les établissements victimes d'une épidémie ne sont pas de mauvaise  
956 qualité et tous les établissements de mauvaise qualité ne sont pas victimes d'une épidémie.

---

<sup>16</sup> Un intervalle de confiance à 95% sur un échantillon de 100 dossiers se situe aux environs de +/- 20-25% du résultat.

957 En fait, les indicateurs choisis précédemment sont probablement mieux adaptés à une analyse  
958 macro épidémiologique qu'à une évaluation de la qualité individuelle des établissements. On  
959 pourrait se poser la question de la création d'indicateurs régionaux. La part du résultat non  
960 attribuable à l'établissement pourrait être attribuée en tout ou partie à des facteurs  
961 environnementaux de proximité : l'épidémiologie régionale, les procédures d'information lors  
962 des transferts de malade porteurs de SARM etc.

963 Il serait donc envisageable que les indicateurs de résultats, du moins ceux pour lesquels le  
964 résultat attribuable à l'établissement est trop faible, soient produits à un niveau régional. Cela  
965 présenterait plusieurs avantages :

- 966 • l'indicateur serait affecté au niveau auquel on peut attribuer le mieux son résultat ;
- 967 • la publication non nominative des résultats permettrait une amélioration de la fiabilité  
968 des données (restera la part due à la transmission non anonyme des données auprès des  
969 tutelles chargées du recueil) ;
- 970 • les tutelles (ARH, DRASS, DDASS) et les structures d'accompagnement des  
971 établissements (C-CLIN, ARLIN) seraient stimulées par des indicateurs correspondant à  
972 l'efficacité de leur rôle : suivi de l'application de la politique nationale, coordination  
973 entre les établissements, appui et conseils pour améliorer la qualité des soins au sein des  
974 établissements.

#### 975 d - Autres indices et indicateurs:

976 L'existence des indicateurs actuels ne doit pas être figée. ICALIN a pratiquement atteint son  
977 objectif avec plus de 80% de classe A et B. Il faudra un indice composite de 2<sup>ème</sup> génération  
978 prenant en compte les nouveaux objectifs de la LIN et permettant une cotation de la qualité (voir  
979 ci-dessus).

980 Les indicateurs relatifs à des techniques comme ICATB et ICSHA sont appelés à être complétés  
981 et à se multiplier.

982 Pour ICATB, s'adressant uniquement aux antibiotiques, il pourrait être envisagé de l'étendre à  
983 d'autres thérapeutiques fortement liées aux IN tels que les antifongiques (les maladies  
984 mycosiques sont moins souvent la cause d'une hospitalisation que d'origine nosocomiale).

985 Pour ICSHA, les objectifs fixés sont volontairement sous-évalués. Le problème va se poser  
986 d'élever les exigences pour les rapprocher de l'optimum sans pour autant conduire à une  
987 régression des résultats.

988 D'autres indicateurs peuvent être envisagés. La stérilisation est un des éléments essentiels de la  
989 lutte contre les IN. Lui appliquer un indicateur de qualité permettrait de compléter l'approche  
990 globale de l'évaluation des établissements dans le domaine de la LIN.

991

### 992 **3.3 - La réglementation :**

993 L'éventuelle adaptation de la réglementation actuelle ne pourra être envisagée qu'après la  
994 synthèse des différents débats permettant de faire le bilan du dispositif actuel (voir les études,  
995 expertises et rapports proposés dans la partie A de ce rapport).

996 La réglementation n'est pas la seule voie à utiliser pour impulser une politique. Nous avons vu  
997 qu'un indicateur, voire quelques points dans un indice composite, était tout aussi incitatif qu'un  
998 article dans le CSP.

999 L'objectif de la politique de la LIN n'étant pas de sanctionner mais d'inciter et d'accompagner  
1000 les établissements de santé vers une amélioration de la qualité, il conviendra à chaque occasion

1001 de se poser la question de l'utilité de réglementer. A titre d'exemple, on peut considérer que  
1002 l'utilité de l'existence d'un CLIN ou d'une instance équivalente est indispensable et relève de la  
1003 réglementation, mais que la fixation de son nombre de réunions annuelles relèverait plutôt d'un  
1004 autre mécanisme, tel que l'indicateur ICALIN au sein duquel il pourrait être adapté selon la  
1005 catégorie d'établissements par voie de circulaire.

1006 Le CSP doit fixer le cadre de l'organisation de la LIN à différents niveaux et doit offrir la  
1007 possibilité d'adapter facilement cette organisation aux évolutions de la problématique générale.  
1008 A cet effet, le recours plus fréquent à des arrêtés ministériels pourrait s'avérer très utile en  
1009 permettant une adaptation rapide aux évolutions liées à des techniques ou des connaissances  
1010 nouvelles. A titre d'exemple, en ce qui concerne les EOHH, on pourrait envisager que :

- 1011 - le principe d'une EOHH soit fixé par la partie réglementaire du CSP ;
- 1012 - la composition de l'EOHH (temps médical, pharmaceutique, infirmier etc.) soit fixée par  
1013 arrêté du ministre de la santé, prévu dans le CSP ;
- 1014 - les ratios de personnels en fonction de l'activité ou de la capacité d'accueil des  
1015 établissements soit définis par voie de circulaire ou /et au sein d'un indicateur.

1016 Le principe à retenir serait d'introduire de la souplesse en utilisant de façon adéquate les  
1017 différents outils juridiques à notre disposition : la loi fixe les obligations (Chaque établissement  
1018 organise la LIN en son sein), le décret fixe le cadre de la mise en œuvre de cette obligation  
1019 (CLIN, EOHH, programme annuel etc.), l'arrêté fixe les modalités pratiques d'application  
1020 (thèmes du programme annuel, composition de l'EOHH etc.).

1021

### 1022 **3.4 - La circulaire :**

1023 La circulaire constitue l'ultime étape du processus aussi bien pour annoncer les modifications de  
1024 la réglementation que pour annoncer les objectifs du Programme national, voire compléter les  
1025 unes et les autres avec des dispositions particulières (comme l'introduction des correspondants  
1026 en hygiène et des ratios de personnels des EOHH dans la circulaire n° 645).

1027

---