

ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales : la tentation du découragement

Voici quelques pistes de réflexion dont l'importance ne vous échappera pas puisqu'elles concernent l'avenir de notre profession. Pour sa contribution à la rédaction de cet éditorial, je remercie Benoist Lejeune à qui la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a confié l'élaboration d'un rapport sur les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales (EOHH-PIN). Il va s'en dire que les nombreux échanges que nous avons les uns et les autres sur ce sujet continueront à enrichir le débat.

Dans la préface du thématique « Hygiéniste dans les établissements de santé » (1), publié en 2001, Jean-Pierre Gachie faisait état de sa réflexion sur les perspectives de la fonction d'hygiéniste en référence aux EOHH-PIN. Il rappelait d'abord les années 1970 qui avaient vu éclore l'hygiène hospitalière autour de « médecins spécialistes de médecine préventive et hygiène » de certains centres hospitalo-universitaires, s'attelant aux préoccupations balbutiantes de ce que l'on appelait infection « hospitalière » et qui deviendra infection « nosocomiale ». L'hygiéniste de cette période, pas si lointaine, était avant tout un formateur, sensibilisant en priorité les paramédicaux. Il soulignait ensuite la transformation de la fonction d'hygiéniste sous l'effet conjugué de la diversification de la profession et du décret de 1988 obligeant tous les établissements publics de santé à disposer d'un CLIN (2) et définissant les missions de ce comité, en ajoutant à la mission de formation, celles de surveillance, de prévention et de conseil technique. Les dix années suivantes verront la création du CTIN et CCLIN, une production foisonnante de textes réglementaires et de recommandations,

ainsi que l'extension de la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) aux établissements privés. Enfin notre collègue concluait sur l'évolution du début des années 2000 (période de la mise en place du signalement et du développement des indicateurs) de la fonction d'hygiéniste autour du contrôle et de l'évaluation en posant trois questions : a) la cohérence scientifique avec la nécessité d'appliquer, chaque fois que possible, la « médecine par la preuve » avant d'édicter des mesures de prévention ; b) l'expertise avec l'acquisition, au-delà de la reconnaissance de la compétence initiale propre à chaque discipline (médecin, pharmacien, paramédical), d'une formation spécifique en hygiène hospitalière et d'un diplôme d'habilitation nationale ; c) la légitimité qui n'est pas sans poser problème sur le plan institutionnel s'il s'agit « d'être un contrôleur des pratiques professionnelles » au lieu de rester « un conseiller de ses pairs pour l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins ».

À partir de 2005, la nouvelle gouvernance et la mise en œuvre de la tarification à l'acte (T2A) fondaient l'espoir d'un mode plus souple et plus fonctionnel d'organisation, de fonctionnement et de gestion financière des établissements de santé. Quelles sont les implications nouvelles pour la LIN ? En terme de fonctionnement, il revient au conseil d'administration d'arrêter la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, après avis de la CME et du CTE, en relation avec le conseil exécutif. La CME comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur, dont le rôle est de contribuer par ses avis à l'élaboration de cette politique en particulier dans quatre domaines dont

celui de la LIN. Les établissements publics doivent disposer d'une sous-commission spécialisée comportant les catégories professionnelles dont l'expertise est nécessaire à l'exercice des missions qui lui sont dévolues ; pour la LIN, le responsable de l'EOHH-PIN est clairement identifié comme un des acteurs. Il faut noter que les établissements publics ont la possibilité d'avoir plusieurs sous commissions spécialisées ce qui permet par exemple de maintenir un CLIN, comité qui reste en vigueur dans les établissements privés (3). En terme budgétaire, on rappelle que l'hygiène hospitalière ne produit en général pas d'actes entrant dans la T2A. Lorsqu'elle existe, la comptabilité analytique de l'établissement devrait pouvoir donner une visibilité budgétaire de ses activités : coût des activités déployées, recettes issues du tarif national de chaque GHM, répartition par pôle. Pourquoi n'avoir pas inscrit la LIN dans la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins (MIGAC) ? Parce que « ce n'était pas une activité nouvelle », parce que cela « dégagerait les établissements de la prévention », parce que... autant de réponses permettant d'esquiver l'essentiel, la volonté réelle de consacrer à la LIN les moyens nécessaires !

Ces nouvelles dispositions engendrées par la nouvelle gouvernance permettent-elles d'éclairer le questionnement de 2001 ou viennent-elles ajouter d'autres interrogations sur l'organisation de la LIN dans les établissements de santé et l'avenir de l'EOHH-PIN ? Concernant la **cohérence scientifique**, s'il importe toujours de tendre vers l'excellence, la majorité des recommandations actuelles (se référer à celles publiées sous l'égide ou en partenariat

CONSEIL D'ADMINISTRATION : M. AGGOUNE - L.-S. AHO-GLÉLÉ - R. BARON - PH. BERTHELOT - H. BLANCHARD - H. BOULESTREAU - A. CARBONNE-BERGER
J.-CH. CETRE - C. CHEMORIN - B. CROZE - C. DUMARTIN - M.-A. ERTZSCHEID - J. FABRY - M.-L. GOETZ - B. GRANDBASTIEN - J. HAJJAR - PH. HARTEMANN - O. KEITA-PERSE
J.-C. LABADIE - C. LÉGER - J.-C. LUCET - M. MOUNIER - P. PARNEIX - A.-M. ROGUES - X. VERDEIL - D. ZARO-GONI.
BUREAU : PRÉSIDENT : J. HAJJAR - VICE-PRÉSIDENTS : PH. BERTHELOT - D. ZARO-GONI.
SECRÉTAIRE : J.-CH. CETRE - SECRÉTAIRE ADJOINT : L.-S. AHO-GLÉLÉ - TRÉSORIER : R. BARON - TRÉSORIER ADJOINT : O. KEITA-PERSE.
CONSEIL SCIENTIFIQUE : PRÉSIDENT : P. BERTHELOT
AUTRES MEMBRES : M. AGGOUNE - M. ERB - O. KEITA-PERSE - B. LEJEUNE - B. LEPELLETIER - J.-C. LUCET - M. MOUNIER - P. PARNEIX - A.-M. ROGUES - P. VANHEMS
COMITÉ DES RÉFÉRENTIELS : PILOTE : H. BLANCHARD - AUTRES MEMBRES : R. BARON - A. CARBONNE - C. CHEMORIN - C. DUMARTIN - M.-L. GOETZ - B. GRANDBASTIEN

avec la SFHH) est élaborée selon une méthodologie rigoureuse, prenant en compte des niveaux de preuves scientifiques. Sûrement un effort devrait-il être fait dans l'évaluation de leur impact et, quand il s'agit d'en évaluer en pratique la performance, de le faire selon un niveau de preuve de la mesure et de son lien avec le risque infectieux. Concernant l'**expertise de l'hygiéniste**, force est de constater une formation actuelle disparate qui demanderait à être confortée par la mise en place d'une d'un diplôme basé sur un programme consensuel au minimum national, au mieux européen. Ce programme pourrait comporter un socle associant au moins connaissances en infectiologie, en gestion de risque et évaluation, en hygiène de l'environnement et en épidémiologie. Les résultats de la réflexion sur ce sujet, confiée à Jacques Fabry, ne devraient pas tarder à être connus. Espérons que son rapport fasse aussi le point sur l'accès au concours de praticien en hygiène hospitalière (dont sont exclues actuellement toutes les spécialités en dehors de la santé publique, de la biologie médicale et de la pharmacie) et sur la reconnaissance d'une spécialisation infirmière en hygiène hospitalière (seulement admise pour les IBODE). Il serait du plus grand intérêt d'examiner la reconnaissance du contenu des diplômes universitaires par le registre national des compétences professionnelles. Sur le terrain, l'étendue des compétences requises explique, selon la taille de l'établissement et les possibilités locales de coopération entre établissements, la nécessité que l'EOHH-PIN soit multidisciplinaire ou qu'elle établisse des liens étroits avec les experts des autres disciplines concernées. Concernant la **légitimité de l'EOHH-PIN**, la question peut être reformulée en terme de spécificité et d'utilité. Son antériorité et son expérience dans la gestion des risques suffisent à justifier qu'il faille préserver la **spécificité** de l'EOHH-PIN et affirmer son rôle et ses missions (multiples tâches qui lui incombent sous les intitulés de surveillance, prévention, formation et évaluation) en lui donnant une place définie et une reconnaissance claire au sein de l'établissement (l'enquête nationale sur les EOHH-PIN avait noté que dans nombre d'établissements elles étaient masquées par le CLIN). Cela n'est pas contradictoire avec son rapprochement du dispositif global de gestion de la qualité et des risques, sous réserve que l'EOHH-PIN soit un service à part entière au sein d'une organisation opérationnelle de type pôle par exemple. Quant à son **utilité**, il suffit d'imaginer les années de salaire d'une EOHH que représentent les coûts des événements relatés conjointement par Philippe Hartemann et Martin Exner (4), survenus à l'hôpital de Fulda en Allemagne (924 lits, 2500 salariés). Cet établissement a été confronté au printemps 2007 à une épidémie de salmonellose nosocomiale (270 cas, deux décès attribuables) qui a duré un mois, entraîné une baisse de l'admission des patients et la diminution des recettes supérieure à 50 000 euros par jour. La fermeture des services a eu pour effet une stagnation de l'eau à l'origine en juillet de la même année d'une contamination du réseau d'eau

par *Legionella pneumophila*. Pour faire des économies, l'hôpital ayant externalisé le conseil en hygiène, n'avait que des contacts épisodiques avec un hygiéniste à trois heures et demi de route de Fulda !

Enfin comment ne pas aborder le problème de la **taille de l'EOHH-PIN** et de sa place au sein de l'**organisation générale de la LIN** ? Les effectifs de l'EOHH-PIN, envisagés par la circulaire budgétaire de 1991, ont été redéfinis par la circulaire de 2000 qui précisait que « l'objectif serait d'atteindre, d'ici trois ans, un ratio d'un personnel infirmier équivalent temps plein pour 400 lits et d'un personnel médical ou pharmaceutique équivalent temps plein pour 800 lits. Chaque établissement de santé se dote de ressources humaines spécifiquement dédiées à la gestion du risque infectieux. Dans les établissements de petite taille, la mutualisation des ressources humaines, y compris pour le secrétariat, par la création d'équipes inter-établissement est à privilégier » (5). Sur la base du rapport national d'activités des CLIN de 2004, l'existence d'une EOHH-PIN était attestée dans 69 % des établissements de santé de court séjour, mais le ratio défini plus haut dans seulement 15 % des établissements ! Et ce n'est pas l'ICALIN dans sa formulation actuelle qui permet une réelle évaluation des effectifs puisqu'il attribue le même nombre de points à ce critère quelle que soit la fraction de temps dédié à la LIN. Si on fait abstraction de l'étude de Haley (6) qui date de 1985, les travaux récents s'essayant à la justification rationnelle des ratios sont peu nombreux, mais s'accordent à rejeter le nombre de lits comme base du calcul des effectifs nécessaires au profit du nombre d'admissions ou d'actes en soins infirmiers. Selon les modèles ou les critères retenus, les résultats montrent tous des ratios très supérieurs à ceux actuellement retenus en France (6,7). Alors que dire des établissements sans EOHH, ceux avec un paramédical isolé, ceux partageant une équipe écartelée entre le nombre d'établissements ou leur éloignement ? Comment prendre en charge une activité croissante, des missions ou des demandes nouvelles dont celles émanant notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ? Quelle **reconnaissance** pour l'EOHH-PIN dans un schéma organisationnel de plus en plus complexe : CTINILS rattaché à la CSS du HSCP, GROUPELIN, CCLIN, ARLIN, GREPHH, RAISIN (InVS), cellule infections nosocomiales... sans compter les autres instances ou agences de l'état (HAS, Afssaps...) qui peu ou prou interviennent dans la LIN ? À empiler les structures nous voilà dans le paradigme du « mille-feuille » en espérant que l'issue ne soit pas celle de la tour de Babel. Quelle **considération** pour l'EOHH-PIN lorsqu'elle voit débarquer (la primeur ayant été réservée aux médias pour qui cela semble avoir été construit !) ce que d'aucuns ont baptisé « score agrégé » (8) se défendant de dire indicateur pour ne pas avoir à justifier l'absence de bases scientifiques ayant présidé à sa construction ?

Des constats qui n'ont pas encore (?) altéré l'**ardeur** sur le terrain des EOHH-PIN permet-

tant d'apporter aux établissements et aux professionnels une aide méthodologique et technique pour que la LIN soit effective. Pour que perdure leur **enthousiasme** et que se créent de nouvelles **vocations**, il convient d'assurer sa visibilité, de positionner clairement sa place au sein du dispositif de gestion de la qualité et des risques, de la doter d'effectifs formés et adaptés aux activités et aux missions qui lui sont confiées.

En résumé faire en sorte que ne s'installe pas la tentation du découragement.

DOCTEUR JOSEPH HAJJAR

Références bibliographiques

- 1- GACHIE JP. Hygiéniste dans les établissements de santé. [Préface]. Hygiènes 2001; 6: 368-369.
- 2- DÉCRET N°88-657 DU 6 MAI 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public (Abrogé).
- 3- DÉCRET N° 2006-550 DU 15 MAI 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires).
- 4- HARTEMANN P, EXNER M. De l'utilité d'une équipe d'hygiène hospitalière. [Éditorial]. Hygiènes 2007; 3: 191.
- 5- CIRCULAIRE DGS/DHOS/E2 - N° 645 DU 29 DÉCEMBRE 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- 6- VAN DEN BROEK PJ, KLUYTMANS JA, UMMELS LC *et al*. How many infection control staff do we need in hospitals? J Hosp infect 2007; 65: 108-111.
- 7- HEALTH CANADA, NOSOCOMIAL AND OCCUPATIONAL INFECTIOUS SECTION. Development of a resource model for infection prevention and control programs in acute, long term, and home care settings: Conference proceedings of the Infection Prevention and Control Alliance. Am J Infect Control 2004; 32: 2-6.
- 8- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. DHOS, DGS. Modalités de calcul et de classement du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/score/docs/fiche_technique_score.pdf

Sigles

Afssaps (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé); ARLIN (antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales); CCLIN (centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales); CSS (commission sécurité sanitaire); CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales); CTIN (comité technique des infections nosocomiales); CTINILS (comité technique national des infections nosocomiales et des infections associées aux soins); GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière); GROUPELIN (groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales); HAS (haute autorité de santé); HCSP (haut conseil de la santé publique); InVS (institut de veille sanitaire); RAISIN (réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales).