



**EHESP**

---

**Ingénieur d'Etudes Sanitaires**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **septembre 2011**

---

**Analyse des pratiques d'inspection  
légionelles dans les établissements de  
santé des DT de l'ARS Ile-de-France et  
propositions d'améliorations**

---

**Katia**

**ANDRIANARIJAONA**

---

# Remerciements

---

Je tiens particulièrement à remercier mon maître de stage Mme Pascale GIRY ainsi que mes tuteurs Mme Audrey MARTIN et Mr. Nicolas BUCKENMEIER, qui m'ont accompagné tout au long de ce travail. Leur soutien méthodologique et leurs conseils auront été un appui précieux dans la construction de mes réflexions.

Je souhaite également exprimer mes remerciements à l'ensemble des agents des délégations territoriales de l'ARS Ile de France pour la disponibilité dont ils ont fait preuve lors de mes enquêtes et leur soutien dans la construction de ce travail et en particulier les agents de la délégation territoriale des Hauts-de-Seine pour leur accueil lors de ce stage.

Je souhaite également saluer Mr Vincent METTAUER, Mr. Gilles SAUVAGET et mon référent pédagogique, M. Pierre LECANN pour leur appui durant ce stage.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Contexte.....	2
1.1 Réglementation.....	2
1.1.1 Compétence et prérogatives des agents des ARS .....	2
1.1.2 Champs d'application relatif aux inspections légionelles .....	2
1.2 Orientations nationales .....	3
1.2.1 Le renforcement de la fonction d'inspection-contrôle.....	3
1.3 Organisation institutionnelle .....	3
1.3.1 La prévention de la légionellose .....	4
1.4 Enjeux pour la région IDF .....	4
1.4.1 Un turn-over important des équipes .....	4
1.4.2 Une densité et une diversité d'établissements.....	4
1.4.3 Un nombre variable d'agents affectés à la thématique dans les DT de la région Ile-de-France .....	5
2 Eléments de méthode .....	6
2.1 Objectifs et enjeux de l'étude .....	6
2.2 Le recueil des données .....	7
2.2.1 L'approche contextuelle .....	7
2.2.2 Les entretiens semi-directifs.....	7
2.2.3 La participation aux inspections .....	7
2.3 Le sous-groupe de travail régional .....	8
2.4 Le traitement des données et les résultats .....	8
2.4.1 L'accès aux données chiffrées .....	8
2.4.2 La méthodologie de comparaison des pratiques .....	8
3 Analyse des pratiques d'inspection des DT de l'ARS Ile-de-France au regard des « bonnes pratiques d'inspection » .....	9
3.1 Les variables intervenant lors de la programmation de l'inspection.....	9
3.1.1 Les facteurs influençant le respect des programmes.....	9
3.1.2 Le choix des critères de priorisation des établissements.....	10
3.2 Les variables intervenant dans la préparation de l'inspection.....	11
3.2.1 Le choix du type d'inspection .....	11
3.2.2 Le choix de l'équipe d'inspection.....	14
3.2.3 Le choix de l'étude préalable des documents.....	15
3.3 L'annonce à l'établissement inspecté.....	16
3.3.1 Le choix de la date d'inspection .....	16

3.3.2	Le contenu de la lettre d'annonce .....	17
3.4	Les variables intervenant dans le déroulé de l'inspection .....	17
3.4.1	Le déroulé de la réunion plénière .....	17
3.4.2	Le déroulé de la visite des locaux .....	18
3.4.3	Le déroulé de la réunion de clôture.....	20
3.5	Les variables intervenant dans le contenu du rapport.....	21
3.5.1	Le choix du principe du contradictoire.....	21
3.5.2	Le choix du format du rapport .....	21
3.5.3	Le choix de la structure du rapport.....	21
3.5.4	Le choix du contenu du rapport .....	22
3.5.5	L'envoi informatisé du rapport.....	23
3.5.6	La lettre d'accompagnement.....	24
3.6	La variabilité des délais .....	24
3.7	Les variables intervenant dans le suivi .....	24
	Conclusion.....	25
	Bibliographie.....	27
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Liste des tableaux et des figures.....	II
	Annexe 2 : Présentation du CSSM 92.....	III
	Annexe 3 : Programme de stage .....	I
	Annexe 4 : Organisation des fonctions d'inspections et de contrôle .....	I
	Annexe 5 : Grille d'entretien.....	II
	Annexe 6 : Les critères de priorisation des établissements .....	I
	Annexe 7 : Synthèse des pratiques d'inspection .....	II
	Annexe 8 : Mode opératoire pour la hiérarchisation des établissements de santé .....	I
	Annexe 9 : Méthodologie d'inspection.....	II
	Annexe 10 : Synthèse des recommandations pour l'harmonisation des pratiques .....	I
	Annexe 11 : Fiche actions DT 92 .....	IV
	Annexe 12 : Fiche synthèse des pratiques, exemple pour la DT 92.....	VII

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- CSP** : Code de la Santé Publique
- CSSM** : Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux
- CVAGS** : Cellule Veille, Alerte et Gestion Sanitaire
- DREAL** : Directions Régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
- DRIEE** : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Environnement et de l'Énergie
- DT-ARS** : Délégation Territoriale de l'ARS
- DT 92** : Délégation Territoriale des Hauts-de-Seine
- ECS** : Eau Chaude Sanitaire
- EHESP** : École des Hautes Études en Santé Publique
- ERP** : Établissement Recevant du Public
- GBPI** : Guide des Bonnes Pratiques d'Inspection de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
- IDESP** : Infirmières Diplômée d'Etat de Santé Publique
- IES** : Ingénieur d'Etudes Sanitaires
- IGS** : ingénieur du Génie Sanitaire
- IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- MAFI** : Mission d'Animation des Fonctions d'Inspection
- MPP** : Mission Méthodologie Performance
- MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique
- MRIC** : Mission Régionale d'Inspection Contrôle
- PNSE** : Plan National Santé Environnement
- PRIC** : Programme Régional d'Inspections Contrôle
- PRSE** : Plan Régional Santé Environnement
- TS** : Techniciens Sanitaires

## Introduction

En 2010, environ 1540 cas de légionellose ont été recensés, parmi lesquels 7% sont reliés à la fréquentation d'établissements de santé. Le risque de légionellose peut être réduit en adoptant les mesures nécessaires en termes de conception et d'entretien pour limiter la prolifération des légionelles dans les installations à risque de dispersion d'aérosols (réseaux d'eau chaude sanitaire, tours aérorefrigérantes, etc.). Ces mesures préventives sont mises en œuvre dans les établissements de santé depuis 2002<sup>1</sup>. Des missions d'inspection d'établissements de santé, ont été menées depuis quelques années, par les DDASS (jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2010), puis par les Agences Régionales de Santé (ARS), pour la surveillance de la bonne application de ces mesures préventives qui entre dans la politique de réduction de la prévalence des cas de légionelloses.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire<sup>2</sup> (HPST) du 21 juillet 2009 a entraîné une réforme du paysage institutionnel à travers la mise en place des ARS qui resserre le pilotage des politiques de santé publique autour de la région. Celle-ci a conduit l'ARS Ile-de-France à s'engager dans une démarche d'harmonisation. En effet, les Délégations Territoriales de l'ARS (DT-ARS), issues des DDASS, ayant des pratiques disparates suivant les départements ont ressenti la nécessité de s'harmoniser.

Cette étude s'intègre dans cette perspective en analysant les différences de pratiques des DT-ARS en matière d'inspections relatives aux risques liés aux légionelles (dites « inspections légionelles ») au sein des établissements de santé. Cette analyse est suivie de propositions visant à l'amélioration des pratiques au regard du guide des bonnes pratiques de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'harmonisation des pratiques des délégations territoriales de la région Ile-de-France.

Le contexte de l'étude est exposé en première partie. Puis, la démarche d'analyse mise en œuvre est abordée en seconde partie. Sont ensuite présentés les résultats des investigations menées.

---

<sup>1</sup> Circulaire DGS/DS7A/SD5C-DHOS/E4 N°2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé

<sup>2</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

# 1 Contexte

## 1.1 Réglementation

### 1.1.1 Compétence et prérogatives des agents des ARS

Les missions des ARS en matière d'inspection sont définies dans le Code de la Santé Publique (CSP). Les articles L 1421-1 et L 6116-1 du CSP qualifie les six corps d'inspection de l'État (dont les Ingénieurs du Génie Sanitaire (IGS), les Ingénieurs d'Études Sanitaires (IES) et les Techniciens Sanitaires (TS)) pour exercer les missions d'inspection ou de contrôle dans les établissements sanitaires. Sur la base de l'article R 1435-15 du CSP, les cadres A contractuel peuvent être habilités à effectuer une inspection si une formation de 120 heures dispensée par l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) leur a été attribuée et sanctionnée par un examen.

Les agents chargés de l'inspection doivent être habilités et assermentés. Les modalités de l'habilitation sont précisées dans le décret n°2007-75 du 22 janvier 2007 et confèrent à un agent la possibilité d'exercer des fonctions de police judiciaire afin de constater des infractions dans des domaines précis. Elle est un préalable à l'assermentation qui est une prestation de serment prononcée devant le tribunal de grande instance et confère aux agents de l'Etat la possibilité de dresser des procès verbaux.

Les articles L 1421-1 à 6 attribuent aux agents chargés de l'inspection certaines prérogatives (accès aux locaux, aux installations de jour comme de nuit). En contre partie, les agents chargés de l'inspection ont certaines obligations : ils sont astreints au secret professionnel (art. L6116-1 CSP), à la discrétion professionnelle et au devoir de réserve. Les principes d'indépendance et d'impartialité s'appliquent aux inspecteurs en mission comme à tout fonctionnaire en application de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

### 1.1.2 Champs d'application relatif aux inspections légionelles

L'arrêté du 1<sup>er</sup> février 2010<sup>3</sup> impose une surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire des Établissements Recevant du Public (ERP) par leur exploitant. Sa circulaire d'application (circulaire du 21 décembre 2010<sup>4</sup>) préconise le contrôle de la mise en œuvre des dispositions réglementaires de l'arrêté pour chacun des établissements dont la fréquentation aura été

---

<sup>3</sup> Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire

<sup>4</sup> Circulaire DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010 relative aux missions des Agences régionales de santé dans la mise en œuvre de l'arrêté du 1er février 2010

reliée à la survenue de cas de légionellose. Les établissements de santé sont visés plus spécifiquement par les dispositions de la circulaire du 22/04/2002<sup>5</sup>.

## 1.2 Orientations nationales

### 1.2.1 Le renforcement de la fonction d'inspection-contrôle

La fonction de contrôle, d'inspection et d'évaluation est un devoir général de protection des personnes qui incombe aux services de l'État. Elle doit s'entendre au sens d'une « procédure administrative qui consiste à effectuer au sein d'un établissement des investigations approfondies mettant en œuvre l'autorité régaliennne de l'État »<sup>6</sup>. Elle se distingue des missions de contrôle et d'enquête selon les principes énoncés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 : définitions**

Champ	Demande	Réalisation	Démarche	Résultats	Décisions
<b>Inspection</b>	Autorité administrative compétente	Autorité administrative compétente	Sur place	Mesure des écarts par rapport à un texte réglementaire	Injonctions, recommandations
<b>Contrôle</b>	Autorité administrative compétente	Autorité administrative compétente	Sur place ou sur pièces uniquement	Mesure des écarts par rapport à une norme ou une règle	Constats, Propositions
<b>Enquête</b>	Autorité administrative compétente	Autorité administrative compétente	Sur place	Constat des écarts par rapport à une norme ou une règle	Constat positif ou négatif en totalité ou partiellement

Les ARS détiennent des pouvoirs et des devoirs d'inspections très étendus dans le domaine sanitaire et social. Le renforcement des fonctions d'inspection des services déconcentrés dans ces domaines correspond à un enjeu d'actualité lié à une demande de plus en plus exigeante des usagers quant à la sécurité des prestations fournies et un contexte associatif de plus en plus attentif au respect des droits des usagers n'hésitant plus à recourir au contentieux.

## 1.3 Organisation institutionnelle

Autrefois assuré par la Mission d'Animation des Fonctions d'Inspection (MAFI), le pilotage de l'inspection est aujourd'hui assuré par la Mission Méthodologie Performance (MPP), placée auprès de l'IGAS. La MPP anime une commission nationale chargée de coordonner les demandes d'inspections émanant des différentes directions d'administration centrale (dont la direction générale de la santé) afin

<sup>5</sup> Circulaire DGS/DS7A/SD5C-DHOS/E4 N°2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé

<sup>6</sup> Guide des bonnes pratiques d'inspection de l'Inspection générale des affaires sociales



d'arrêter les orientations nationales d'inspection ; elle est, en outre, chargée de coordonner le réseau des Missions Régionales d'Inspection Contrôle (MRIC) (annexe 4). A partir des orientations nationales d'inspection, la MRIC ajoute les priorités régionales pour l'élaboration d'un PRIC. Ces priorités régionales sont décidées au sein d'un comité technique constitué des représentants des directions métiers de l'ARS (direction de la santé publique et direction de l'offre de soins et médico-sociale) et des DT-ARS. L'animation et la mise en œuvre du PRIC est assuré au sein des DT-ARS par la Mission Inspection-Contrôle. Pour les inspections légionelles dans les établissements de santé, la MRIC élabore le PRIC en lien avec le département Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux (CSSM) du siège de l'ARS IDF.

Concernant le bilan, la MRIC s'appuie sur le référent Mission Inspection-Contrôle ainsi que sur les services CSSM des DT-ARS pour la remontée des données (annexe 4).

### **1.3.1 La prévention de la légionellose**

Dans le cadre de la surveillance du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé, le Plan National Santé Environnement (PNSE), prévoit chaque année l'inspection de 10% des établissements de santé par département. Cet objectif a été repris au niveau des orientations nationales d'inspection-contrôle 2011 (fiche DGS n°5: « pour les établissements de santé, finaliser au niveau régional le programme d'inspection lancé en 2005 à hauteur de 10% des établissements chaque année ») et décliné dans le PRIC Ile-de-France.

## **1.4 Enjeux pour la région IDF**

### **1.4.1 Un turn-over important des équipes**

La région francilienne est souvent évoquée comme région de première affectation et est caractérisée par un turn-over important des agents. Cet état de fait entraîne la perte de connaissance notamment sur les inspections antérieures et nécessite un renouvellement quasi-permanent de la formation des agents. C'est pourquoi l'harmonisation des pratiques et la mise en œuvre d'outils régionaux accessibles à tous, prend tout son sens.

### **1.4.2 Une densité et une diversité d'établissements**

La région Ile-de-France ne représente que 2% du territoire mais concentre 19 % de la population. C'est pourquoi l'offre hospitalière francilienne est dense et diversifiée. Environ 420 établissements de santé sont répartis sur la région. La taille et les statuts des établissements implantés en Ile-de-France sont particulièrement diversifiés. Parmi ces structures, la région compte d'importants groupes hospitaliers universitaires appartenant à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Parallèlement, la région compte plus de 200 établissements de soins de suite et de réadaptation, 410 établissements de

chirurgie et médecine et une centaine d'établissements de médecine d'urgence, tous considérés comme « à risque » vis-à-vis du risque légionelles.

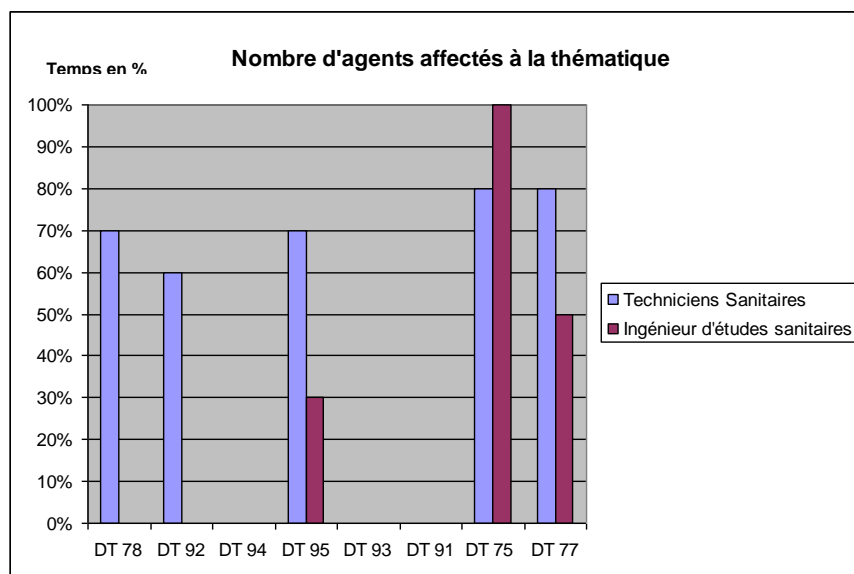
### 1.4.3 Un nombre variable d'agents affectés à la thématique dans les DT de la région Ile-de-France

Selon les DT-ARS, un nombre variable d'agent est affecté à la thématique « légionelles » :

**Figure 1 : nombre d'agents en pourcentage de temps affectés à la thématique (\*)**

\*NB : données du 94, du 93 et du 91 indisponibles

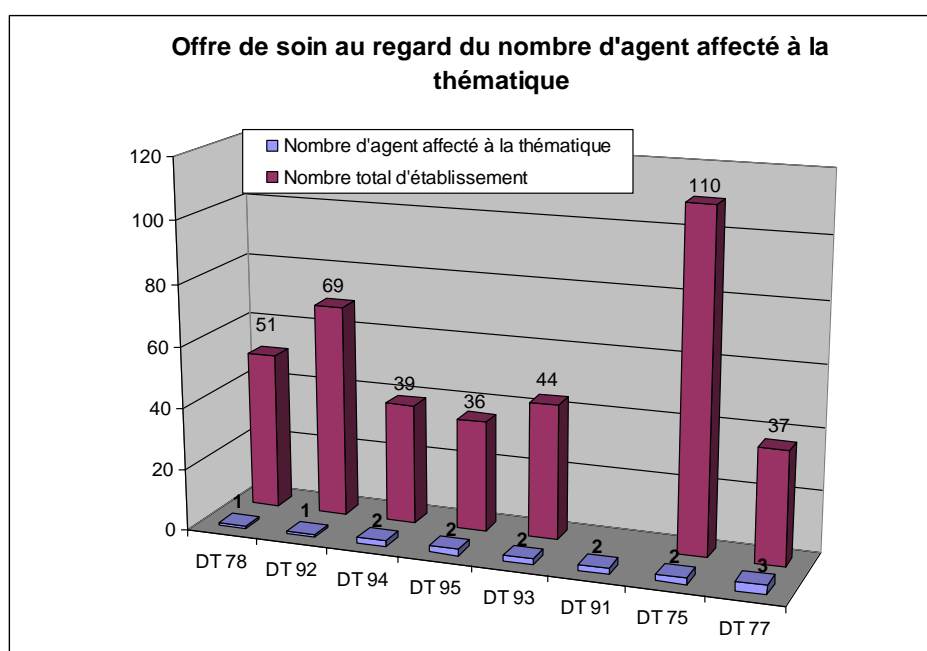
Or, ce nombre d'agent n'est pas adapté en fonction du nombre d'établissement rencontré par département, qui varie de façon significative selon le territoire considéré : si certains départements ne concentrent qu'une quarantaine d'établissements (DT 94, 95, 93), d'autres en compte près d'une centaine (DT 92, 78)



comme le montre le graphique ci-dessous :

**Figure 2 : offre de soin au regard du nombre d'agents affectés à la thématique (\*)**

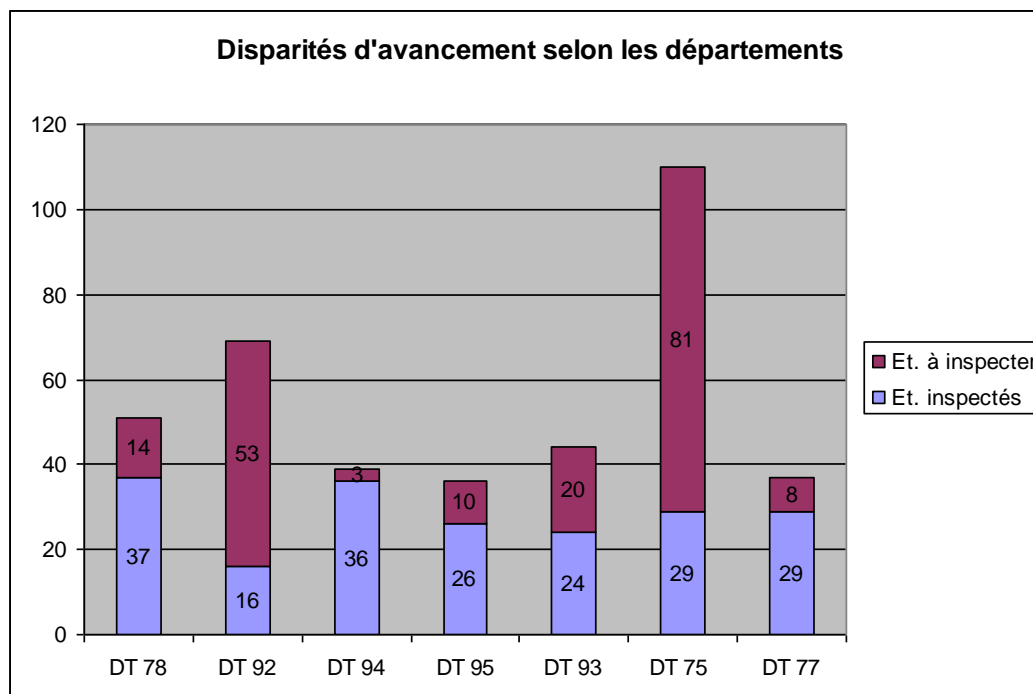
\*NB : données du 91 indisponibles



Ces variabilités en termes de nombre d'établissement et de ressources humaines disponibles peuvent, en partie, expliquer la diversité d'avancement des inspections selon les départements :

**Figure 3 : disparités d'avancement selon les départements (\*)**

\*NB : données du 91 indisponibles



Les DT-ARS tentent d'ajuster au mieux les programmes avec les réalités de terrain : au cours des programmations, les DT tiennent compte de l'effectif des agents réellement affectés aux inspections et des impératifs du service. En outre, la variabilité du nombre d'établissement par département fait que certaines DT-ARS ne tiennent pas les directives nationales.

## 2 Eléments de méthode

Dans ce chapitre sont exposés les objectifs et les enjeux ayant conduit à la mise en place de cette étude, ainsi que la démarche adoptée pour la réalisation de ce stage.

### 2.1 Objectifs et enjeux de l'étude

L'objectif initial de ce stage était d'analyser les pratiques de la DT 92 en matière d'inspection légionelles en vue de proposer des améliorations. Or, la régionalisation des politiques de santé publique à travers la mise en place des ARS a amené à inscrire ce travail dans une perspective régionale. Les conditions de stage ont donc été modifiées par la mise en place d'un tutorat au niveau du siège.

L'objectif de cette étude est donc d'examiner les pratiques des DT-ARS d'Ile-de-France.

Cette analyse des pratiques d'inspection qui a été réalisée au regard des recommandations du Guide des Bonnes Pratiques d'Inspection (GBPI) de l'IGAS, s'inscrit dans une démarche d'harmonisation des procédures et des outils utilisés au sein de la région Ile-de-France. Cette démarche a été réalisée par le biais d'une enquête auprès des délégations territoriales et avait pour finalité de conserver à l'issue de cette étude les pratiques et outils les plus efficaces de chaque DT ou de faire des propositions d'amélioration, le cas échéant.

## **2.2 Le recueil des données**

### **2.2.1 L'approche contextuelle**

En premier lieu, il a paru important de replacer la thématique des inspections légionelles dans un cadre réglementaire et institutionnel (cf. chap.1). Une rencontre avec la MRIC puis avec le référent MRIC au sein de la DT 92 a permis de comprendre l'organisation de la programmation au sein de la région Ile-de-France ainsi que les implications législatives des inspections.

Une étude des documents réglementaires est venue enrichir la recherche documentaire. Celle-ci a été complétée par la lecture des priorités nationales d'inspection, des Programmes Régionaux d'Inspection-Contrôle (PRIC) et des bilans de ces programmes.

### **2.2.2 Les entretiens semi-directifs**

Parallèlement, il a été décidé de réaliser un état des lieux des pratiques. Pour ce faire, des enquêtes ont été réalisées auprès des référents légionelles (six IES et 4 TS) des huit DT-ARS de la région Ile-de-France selon un entretien semi-directif. Ces entretiens ont été réalisés de manière uniforme afin de permettre l'analyse et la comparaison des réponses grâce à l'utilisation d'un questionnaire d'entretien (annexe 5) réalisé en début de stage et validé par mes tuteurs régionaux. L'organisation des questions d'entretien s'est basée sur les principes méthodologiques énoncés dans le guide des bonnes pratiques d'inspection (GBPI) de l'IGAS. Ces entretiens se sont déroulés en face à face, au sein de chaque DT-ARS et ont permis de récupérer les outils mis en place par les différentes DT-ARS afin de procéder à leur comparaison.

Le choix, des interviews en face à face a été un choix chronophage toutefois, il a permis de m'identifier auprès de mes futurs collègues et des partenaires rencontrés en tant que futur référent sur la thématique.

### **2.2.3 La participation aux inspections**

Les réponses obtenues au cours de ces enquêtes ont pu être corroborées par l'accompagnement d'agents sanitaires (ingénieurs, techniciens, médecins) en inspection. Cet accompagnement a permis d'observer les pratiques techniques et d'enrichir les

observations en termes d'échanges avec les acteurs des établissements de santé. J'ai ainsi réalisé au cours du stage cinq inspections en établissement de santé avec trois DT-ARS différentes (DT 75, DT 78, DT 92). Les demandes de participation aux inspections ont été réalisées en début de stage hors, certaines DT occultent les périodes d'été pour la programmation des visites. Ainsi, sur les huit entretiens, seuls trois ont pu être corroboré par un accompagnement en inspection. Cinq entretiens se sont donc limités à du déclaratif. La possibilité d'accompagner des agents en inspection a été extrêmement formatrice en termes d'appropriation de la thématique.

## **2.3 Le sous-groupe de travail régional**

Les observations effectuées à travers ce stage s'inscrivent dans le travail d'harmonisation des pratiques amorcé par le sous-groupe de travail régional « légionelles » constitué par les référents légionelles du siège et par les représentants de certaines DT-ARS. Ce sous-groupe est issu du groupe de travail régional rassemblant l'ensemble des référents légionelles des DT et du siège, dont les rôles sont d'échanger sur les pratiques, les problématiques, l'actualité, etc. Au commencement de cette étude, le sous-groupe a déjà mis en place un référentiel d'inspection commun en train d'être testé par les DT au moment du stage. Le sous-groupe souhaite connaître le retour des DT sur l'utilisation du référentiel et entamer un travail d'harmonisation plus global. Ainsi, l'objectif de ce stage contribue directement à enrichir ce travail de réflexion.

## **2.4 Le traitement des données et les résultats**

### **2.4.1 L'accès aux données chiffrées**

Certaines DT ne dispose pas de tableau statistique de suivi des inspections. Ainsi, l'accès aux données chiffrées (sur le nombre total d'établissement inspecté par exemple) a demandé un effort de recherche et de calcul à certaines DT. Toutefois, cela a également amené quelques DT à se questionner sur la nécessité d'un suivi statistique ou la réalisation de bilans plus réguliers.

### **2.4.2 La méthodologie de comparaison des pratiques**

Une grille d'analyse des données a été élaborée à partir de la liste des différents thèmes abordés en entretien. Chaque entretien a ensuite été découpé en fonction des thèmes de la grille d'analyse. Ainsi, pour chaque DT a été créé une fiche récapitulative des procédures mises en œuvre et des outils utilisés (annexe 12). Cette grille d'analyse commune a ainsi facilité la comparaison des pratiques des DT sur les différents thèmes. En outre, les fiches récapitulatives par DT pourront permettre au sous-groupe de travail d'avoir une vision qualitative des différences de pratiques sur ce thème.

Grace à ces observations, des propositions d'actions pour une harmonisation des pratiques régionales ont pu être définies (annexe 10). Ces propositions se sont également basées sur les retours d'expériences d'autres régions avec lesquelles j'ai pris contact et qui ont pu me renseigner sur le travail d'harmonisation des pratiques qu'elles avaient mises en œuvre sur ce thème. Mes principales observations et conclusions ont été présentées au sous-groupe de travail lors d'une réunion afin que mes conclusions puissent contribuer à enrichir le travail d'harmonisation initié par le sous-groupe.

L'ensemble des actions menées au cours de stage est résumé dans le calendrier d'activités en annexe 3.

### **3 Analyse des pratiques d'inspection des DT de l'ARS Ile-de-France au regard des « bonnes pratiques d'inspection »**

Le Guide des Bonnes Pratiques d'Inspection de l'IGAS (GBPI) considère qu'une inspection comporte six grandes phases qui s'imposent à l'inspecteur : la programmation, la préparation, la réunion de lancement, la visite sur place, le rapport et le suivi de l'inspection. Ce chapitre expose pour chacune de ces phases les différences de pratiques observées par les DT-ARS.

#### **3.1 Les variables intervenant lors de la programmation de l'inspection**

Bien que la programmation de l'inspection fasse l'objet d'une procédure pilotée par la MRIC, les entretiens menés ont conduit à mettre en évidence des critères de variabilité dans la programmation des établissements à inspecter, notamment en termes de répartition des inspections au cours de l'année et de critères de priorisation des établissements qui sont décidés en interne par chaque service en réunion d'équipe.

##### **3.1.1 Les facteurs influençant le respect des programmes**

Les DT 94 et 93 élaborent leur programme d'inspection en fin d'année N-1 pour l'année N. Les DT 95, 78 et 77 décident de la distribution des inspections en début d'année N. Cette programmation précoce permet de prendre en compte les agendas et donc de s'assurer des disponibilités de chacun des membres de l'équipe, notamment des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) ou des Infirmières de santé publique (IDESP) qui accompagnent les ingénieurs et les techniciens pour ce type d'inspection. Ainsi, des créneaux dédiés aux inspections sont posés pour l'année et sont revus « au fil de l'eau » en fonction des besoins. En effet, l'ensemble des DT s'accordent à dire que la programmation n'est pas figée et peut parfois être revue en fonction des demandes de report de date par les établissements. De ce fait, les DT 91 et 75 réalisent une revue semestrielle de la programmation.

Si d'une façon générale, la programmation est respectée pour l'ensemble des DT, des impondérables peuvent influencer le respect des programmes : la survenue de cas de légionellose nosocomiale dans un établissement ou la survenue de commandes ministérielles au cours de l'année constituent des facteurs de perturbation du programme élaboré en début d'année. Ainsi, par exemple, en 2010, le nombre d'inspections réalisées est significativement inférieur au nombre d'inspections programmées pour l'ensemble des DT ce qui peut s'expliquer par le fait que le ministère de la santé ait mobilisé l'ensemble des acteurs des ARS pour enrayer l'épidémie de grippe A au cours de cette année.

De plus, comme vu plus haut (cf. chap.1.4), les DT-ARS ajustent au mieux les programmes avec les réalités de terrain et l'effectif des agents disponibles.

### **Proposition**

La période d'élaboration du programme est fonction de l'expérience des services mais est également souvent liée aux exigences de la direction territoriale qui valide le programme. Le nombre d'inspections réalisées par rapport au programme initial peut être quant à lui soumis à des événements ou un contexte non maîtrisable.

Concernant les modalités de répartition dans l'année, il apparaît pertinent de s'accorder sur un maximum d'une inspection par mois en raison des délais de préparation de l'inspection et de rédaction du rapport en excluant les mois de juillet et d'août pour lesquels l'expérience des services montre qu'il s'avère difficile de réunir l'ensemble des acteurs de l'établissement inspecté.

### **3.1.2 Le choix des critères de priorisation des établissements**

La circulaire du 20/06/2005<sup>7</sup> établit les critères sur lesquels les ARS doivent se baser pour prioriser les établissements à inspecter. Toutefois, l'enquête menée auprès des DT-ARS tend à montrer que ces critères ne sont pas respectés par les services (annexe 6).

Le faible taux de réponse ou la perte de connaissance des résultats de l'enquête nationale de 2003 due au turn-over des équipes explique cette non utilisation. Les autres critères proposés par la circulaire nécessitent une connaissance approfondie de l'établissement qui n'est pas toujours accessible aux services CSSM des DT-ARS.

Aussi, les résultats de l'enquête menée auprès des DT-ARS montrent que la priorisation des établissements à inspecter se fait selon tout ou partie des critères suivants :

- ✓ le signalement d'un cas de légionellose nosocomiale,
- ✓ la taille de l'établissement,
- ✓ les nouveaux établissements,

---

<sup>7</sup> Circulaire N° DGS/SD7A/DHOS/E4/2005/286 du 20 juin 2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé

- ✓ la nature des soins pratiqués dans l'établissement : cette information n'est pas toujours disponible pour les services CSSM. Il est donc important de créer un lien de transversalité avec le pôle « offre de soin » des DT-ARS qui peut avoir accès à ces informations.

Méthode de travail mise en place par la DT 78 : de 2005 à 2010, la DT 78 a réalisé une enquête départementale relative au risque légionelles sous forme de questionnaire envoyé chaque année aux établissements. Sont demandés les résultats des analyses légionelles de l'année N-1 et le programme d'action pour la gestion du risque légionelles de l'établissement. Les résultats de cette enquête permettent à la DT 78 de prioriser les établissements à inspecter pour l'année N.

### **Proposition**

L'ensemble des critères recommandés par la réglementation nécessite une connaissance approfondie de l'établissement et induit donc de réaliser une enquête auprès des établissements de santé. Dans cette perspective, à l'instar de ce qui est réalisé par la DT 78, un questionnaire pourrait être envoyé aux établissements de chaque département afin d'obtenir ces informations. Toutefois, au vu de la programmation qui est en moyenne de dix établissements par an, cette méthode pose la question de l'engagement de la responsabilité des DT-ARS en cas de connaissance d'un dysfonctionnement sur un établissement n'ayant pas pu faire partie de la programmation.

Néanmoins, il semble pertinent de rassembler des critères de priorisation des établissements dans une procédure commune afin que l'ensemble des DT-ARS puissent réaliser des inspections plus ciblées. L'analyse des propositions de critères mis en œuvre par les DT, d'un entretien réalisé avec un MISP de la DT 92 et des informations disponibles par les pôles « offre de soin » a permis d'élaborer une proposition de procédure disponible en annexe 8.

## **3.2 Les variables intervenant dans la préparation de l'inspection**

### **3.2.1 Le choix du type d'inspection**

Le GBPI ne donne pas de réelle définition sur les inspections conjointes, néanmoins elles sont assimilées aux inspections inter-institutionnelles c'est-à-dire réalisées conjointement avec d'autres administrations de l'état.

On parle d'inspections mono disciplinaires lorsqu'un corps d'inspection programme le contrôle d'une thématique pour laquelle il a compétence. Elle peut être menée par un ou plusieurs inspecteurs d'un même corps.

Les inspections multithématiques consistent à contrôler dans une même inspection la gestion par l'établissement de plusieurs risques sanitaires.



Une inspection est dite pluridisciplinaire si l'équipe est constituée d'inspecteurs de corps différents appartenant à la même direction.

En région Ile-de-France, les inspections légionelles sont généralement monothématiques. Quelques DT-ARS pratiquent des inspections pluri thématiques en y associant la gestion des DASRI (DT 92, DT 75), plus rarement le risque amiante (DT 75) et l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (DT 91). La DT 77 réalise systématiquement des inspections pluridisciplinaires englobant les risques amiante, DASRI, légionelles, tabac (réglementation relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics) et l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

Il semblerait que les différences de pratiques entre les DT-ARS soient liées à l'historique des cellules et à la place de la thématique « légionelles » au sein des services CSSM. En effet, historiquement la thématique « légionelles » est rattachée à la cellule « eau » ce qui ne facilitait pas la transversalité; aujourd'hui, les services CSSM sont encouragés à mettre en place des cellules « hygiène ERP » qui regrouperaient les thèmes « amiante », « DASRI » et « légionelles » et permettraient une plus grande coopération entre les thématiques.

Toutefois, bien que la mise en œuvre d'inspections conjointes présente plusieurs avantages, le retour d'expérience des services montre qu'elle soulève également des contraintes organisationnelles qui découragent les DT-ARS à mettre en place ce type d'inspection. Les points ainsi soulevés sont résumés dans le tableau ci-après :

**Tableau 2 : les inspections conjointes**

<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
Un partage d'expérience entre les services	Les inspections se font généralement en sous-groupe pour gagner du temps, l'échange d'expérience est donc limité
Une vision globale de la gestion des risques sanitaires par l'établissement	Trop d'informations sont soumises en même temps à l'établissement, le message ne passe pas bien sur toutes les thématiques
Une optimisation du temps pour l'établissement : une seule inspection au lieu de plusieurs réparties dans le temps	Les inspections sont très lourdes et mobilisent l'ensemble des acteurs de l'établissement au même moment

Il semble que ces contraintes s'appliquent surtout pour les gros établissements nécessitant généralement la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'établissement voire des prestataires de services et la visite de plusieurs bâtiments.

### **Proposition**

La mise en place d'inspections multithématiques par les DT-ARS semble être freinée par la crainte d'une perte d'efficience au regard des contraintes organisationnelles qu'elles

engendrent. Au cours de ce stage j'ai pu accompagner la DT 92 et la DT 75 en inspection, chacune de ces DT pratiquant des inspections conjointes. L'analyse de ces inspections tend à montrer que mener conjointement les inspections légionelles et DASRI, voire amiante soit possible à plusieurs conditions :

- ✓ réaliser une préparation en amont : permet de faire en une seule demande l'ensemble des documents et informations nécessaires à la connaissance de l'établissement avant la visite sur place.
- ✓ prévoir au minimum un agent par thématique supplémentaire : si pour l'inspection légionnelle, une démarche en binôme est recommandée au vu de la densité des items à contrôler et de la variabilité des installations rencontrées (cf. chap. 3.2.2), elles peuvent être menées par un seul agent pour les inspections DASRI et amiante dont le contenu est moins dense.
- ✓ séparer les agents en sous-groupes au cours des visites : permet de gagner du temps et de ne mobiliser que les acteurs concernés par chaque thématique.

On peut toutefois souligner que réaliser des inspections multithématiques diminue en termes quantitatifs la présence de l'administration dans les établissements. En effet, plusieurs inspections monothématiques réparties dans l'année pour un même établissement permettraient à l'administration une présence - et donc une surveillance - plus régulière au sein de l'établissement concerné. En conséquence, on peut se demander s'il ne serait pas préférable de réaliser une programmation par établissement (élaborer chaque année pour un établissement un programme de plusieurs inspections mono thématiques) plutôt que d'élaborer une programmation par thématique.

Les inspections inter-administrations n'ont, à ce jour, jamais été mises en place dans la région Ile-de-France. Certains hôpitaux comportent des tours aéro-réfrigérantes (TARs) qui sont également des installations à risque pour le risque lié aux légionelles, il serait donc envisageable de mettre en place des inspections conjointes avec les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) (en région francilienne, avec la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Environnement et de l'Energie - DRIEE) pour les inspections des TARs des établissements de santé. Une expérience pourrait être menée afin d'évaluer les bénéfices de ce type d'inspection (une vision globale du risque « légionelles » pour l'établissement) au regard des contraintes qu'elle pourrait engendrer. De cette analyse pourrait découler la généralisation ou l'abandon de ce type d'inspection.

### **3.2.2 Le choix de l'équipe d'inspection**

#### **A) Mener l'inspection en binôme**

En Ile-de-France, les inspections sont généralement menées en binômes IES, TS à l'exception de la DT 91 qui conduit ses inspections avec deux TS et pour la DT 78 pour laquelle l'inspection est réalisée par un TS.

Comme vu précédemment (cf. chap. 1.1), la présence du cadre A n'est pas obligatoire à condition que la désignation des membres de l'inspection tiennent compte de la compétence de chacun dans le champ à investiguer.

#### **Proposition**

Toutefois, il semble pertinent de conduire les investigations par binômes tout particulièrement pour les inspections « légionelles ». La thématique est très technique et les éléments de gestion du risque à contrôler sont nombreux. En outre, les installations de production et de distribution d'ECS varient d'un établissement à l'autre. L'inspection « légionelles » demande donc une attention particulière aux agents menant l'inspection. Ainsi, mener l'inspection en binôme permet de n'oublier aucun élément en s'accordant sur la prise de notes et la conduite des entretiens.

#### **B) La présence du MISP**

L'inspection légionelles comporte, outre la partie technique sur les installations de production et de distribution ECS, une partie médicale portant, entre autres, sur le diagnostic de la légionellose et la mise en œuvre de procédures pour la survenue de cas de légionellose au sein de l'établissement. Pour traiter cette partie médicale, six DT-ARS sur huit (annexe 7) ont mis en place une coopération entre les agents du CSSM et les MISP ou les IDESP de la cellule de Veille, Alertes et Gestion Sanitaire (CVAGS) ou du pôle « offre de soin ». La comparaison de deux inspections accompagnées d'un MISP (avec la DT 75 et la DT 78) et de plusieurs inspections sans MISP permet de conclure que le MISP (ou l'IDESP) apparaît comme un contact privilégié avec l'établissement pour aborder cette thématique. En effet, si l'IES déroule le questionnaire d'inspection, le MISP entre dans un échange médical avec les praticiens du CLIN et approfondit la thématique. En outre, le traitement de la partie médicale par un IES ou un TS pose la question de la compétence et de la responsabilité des agents sur ce champ. Selon le GBPI, « il doit être tenu compte de l'expérience et des compétences de chacun afin d'adapter la composition de l'équipe aux besoins de la mission ».

#### **Proposition**

La généralisation de la présence des MISP ou des IDESP sur cette thématique est à construire mais doit aussi tenir compte des contraintes locales en termes d'effectif. La

participation des MISP aux inspections pourrait être améliorée en intégrant l'inspection « organisation de la lutte contre les infections nosocomiales » aux inspections légionelles. En outre, la partie dédiée aux investigations médicale étant relativement courte, l'inspection pourra être réalisée en sous-groupe (MISP/CLIN et IES/TS/Services techniques) de façon à ce que le MISP puisse réaliser ses investigations sans être contraint par les investigations techniques souvent plus longues.

### 3.2.3 Le choix de l'étude préalable des documents

Selon le GBPI, il est nécessaire d'effectuer un examen approfondi des documents afin d'avoir un début d'analyse avant le contrôle sur place.

Les inspections « légionelles » sont cadrées par un protocole décrit dans un référentiel d'inspection (2005)<sup>8</sup>. S'il convient que l'équipe recueille toutes les informations disponibles et utiles sur l'établissement durant la préparation de la mission, l'envoi préalable du questionnaire issu du référentiel de 2005 à l'établissement ne fait pas l'unanimité au sein des DT-ARS. Aussi, les DT-ARS de la région Ile-de-France procèdent de façon hétérogène quant à la demande des informations relatives à l'établissement avant la visite :

**Tableau 3 : l'étude préalable des documents**

DT	Liste de documents à tenir à disposition	Liste de documents à renvoyer avant l'inspection	Envoi du référentiel 2005
91		X	
92	X	X	X
93	X	X	X
94		X	
95	X	X	X
75		X	
77	X	X	X
78	X		

Les DT-ARS qui n'envoient pas le référentiel de 2005, sollicitent tout de même une liste de documents à renvoyer avant l'inspection. Ces DT-ARS estiment que l'envoi préalable du référentiel oblige l'établissement à répondre deux fois aux mêmes questions et entraîne une certaine redondance lors de la visite sur place. Toutefois, l'expérience des services montre que l'étude préalable du référentiel permet aux inspecteurs de déceler en amont des incohérences ou des dysfonctionnements dans la gestion du risque par l'établissement au travers des réponses au questionnaire. Ainsi l'inspecteur pourra revenir sur ces manquements au cours de la visite sur place et mieux cibler l'entretien. En outre,

<sup>8</sup> Circulaire N° DGS/SD7A/DHOS/E4/2005/286 du 20 juin 2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé

les indications fournies par le référentiel permettent aux inspecteurs de mieux préparer l'inspection : l'indication du nombre de sous-stations de production d'ECS, par exemple, permet d'estimer la durée approximative des visites.

Il est intéressant de souligner que la rapidité de réponse de l'établissement, la qualité des réponses apportées au questionnaire et l'envoi des documents demandés sont déjà des indicateurs de la gestion du risque par l'établissement avant même la visite sur place.

Il est clair que l'envoi préalable du questionnaire et l'analyse de la documentation influe sur le temps consacré à l'inspection. Le choix des DT-ARS d'occulter cette étape est aussi un choix de gain de temps de préparation. En effet, la demande de documentation préjuge de la tenue ou non d'une réunion de préparation. L'enquête réalisée auprès des DT-ARS montre qu'une réunion de préparation est réalisée par toutes les DT-ARS ayant fait le choix de l'envoi du questionnaire (annexe 7). Mise en œuvre de manière informelle ou véritablement préparée, elle permet, selon l'expérience des services, de partager l'analyse des documents et donc de cibler l'inspection sur les manques et les dysfonctionnements de l'établissement. Le GBPI recommande fortement de réaliser une réunion de préparation, voire « de lui conférer un caractère obligatoire ».

### **Proposition**

J'ai eu l'occasion pendant ce stage d'assister à des inspections réalisées sans préparation préalable. Pour l'une, en étant simple « observatrice », accompagnée d'un agent expérimenté et pour l'autre en ayant conduit l'inspection. Pour cette dernière, le temps d'inspection sans préparation a été doublé par rapport à une inspection préparée, pour des établissements de taille comparable. L'analyse de ces deux types d'inspection tend à montrer que pour un agent expérimenté, les conséquences sont peu visibles, a contrario, pour un novice, l'analyse préalable des documents a un impact sur le temps et la tenue de l'inspection car elle entraîne une découverte sur place des éléments de dysfonctionnement. La région Ile-de-France, connaissant un renouvellement régulier d'agents se formant sur le terrain, il serait souhaitable de généraliser l'envoi du questionnaire, l'analyse de la documentation et la mise en œuvre d'une réunion de préparation avant le contrôle sur place.

## **3.3 L'annonce à l'établissement inspecté**

### **3.3.1 Le choix de la date d'inspection**

Les DT-ARS imposent généralement la date d'inspection à l'établissement. Toutefois cette date n'est pas figée et les établissements sollicitent parfois des demandes de report qui bousculent la planification. Les DT accordent le plus souvent cette demande de report.

## **Proposition**

Selon sa finalité, une inspection programmée peut être inopinée (l'équipe d'inspection n'informe pas au préalable l'établissement de sa visite) ou annoncée à l'établissement. Les inspections « légionelles » sont des inspections très techniques nécessitant la présence d'un certain nombre d'acteurs (directeur d'hôpital (DH), représentant du CLIN, services techniques, prestataires) afin d'évaluer la gestion du risque par l'établissement. Ainsi, l'annonce préalable de la date d'inspection (et, d'une manière mesurée, l'acceptation des demandes de reports) permet de s'assurer que l'ensemble des acteurs sera bien présent le jour de l'inspection.

### **3.3.2 Le contenu de la lettre d'annonce**

L'étude des différentes lettres d'annonce montre qu'en l'absence d'une base commune, le contenu des lettres d'annonce à l'établissement est très hétérogène selon les DT-ARS.

## **Proposition**

Afin de répondre aux exigences du GBPI, il semblait nécessaire d'homogénéiser la lettre d'annonce. Aussi, au cours du stage, j'ai pu assister le sous-groupe de travail régional en charge de l'harmonisation des outils d'inspection afin d'harmoniser le contenu de la lettre d'annonce conformément aux bonnes pratiques précitées (les modalités d'harmonisation sont explicitées en annexe 10).

## **3.4 Les variables intervenant dans le déroulé de l'inspection**

L'enquête auprès DT-ARS a montré que le déroulé de l'inspection est homogène pour l'ensemble des DT. Toutefois, chaque phase dans son déroulement peut présenter un écart entre la théorie et la pratique qui peut influencer sur la qualité de l'inspection.

### **3.4.1 Le déroulé de la réunion plénière**

A) Le contenu de la présentation

A l'arrivée et avant le début du travail, une réunion de présentation de la mission aux dirigeants de l'établissement est organisée. La présentation est conforme pour toutes les DT et consiste en un tour de table et un rappel du déroulé de l'inspection.

B) La partie technique et la partie médicale

Débutent ensuite les échanges avec l'établissement et la consultation des documents. Selon les DT, l'IES mène l'inspection ou conjointement avec le TS. Les points abordés pour la partie technique sont homogènes pour l'ensemble des DT.

En l'absence d'un MISP, c'est l'IES qui aborde la partie médicale. Comme vu précédemment (cf. chap. 3.2.2), le traitement de la partie médicale par un IES ou un TS pose la question de la compétence et de la responsabilité des agents sur ce champ.

#### C) La répartition en sous-groupes

Les DT 77, 91 et 93 se répartissent en deux sous-groupes (médical et technique) lors de cet échange avec l'établissement. Ceci n'est pas contraire aux bonnes pratiques qui soulignent qu'« il peut être intéressant que les membres de l'équipe d'inspection se séparent ».

### 3.4.2 Le déroulé de la visite des locaux

#### A) Les points de contrôle des locaux de production

La visite commence par les locaux de production. L'ensemble des DT-ARS visite toutes les chaufferies alimentant des services de soins. Pour les gros établissements comportant plus de dix sous-station de production, un échantillonnage est réalisé selon les critères suivants : exposition (présence d'installation à risques<sup>9</sup>), présence de population à risque<sup>10</sup>, bâtiment à risque (mise en évidence lors des entretiens et de l'étude documentaire de problèmes de température ou de contamination en légionelles<sup>11</sup>).

#### B) Les points de contrôle de la distribution

La visite se poursuit en distribution. Les agents effectuent des relevés de températures aux points d'usages éloignés et représentatifs du réseau. Les agents réalisent au minimum un relevé de température par sous-station. L'attention des DT-ARS doit être attirée sur l'étalonnage des appareils de mesure de la température qui est le garant d'une mesure correcte. L'étalonnage doit être réalisé par un laboratoire accrédité pour la mesure souhaitée (ici température), en fonction du type de thermomètre à étalonner, de la précision de l'étalonnage requise, et de la plage de température.

Les autres éléments de contrôle varient en fonction des DT-ARS selon le tableau ci-dessous :

---

<sup>9</sup> Une installation à risque est une installation pouvant produire des aérosols < 5 µm ex : pommeau de douche

<sup>10</sup> Sont considérés comme patient « à risque » les immunodéprimés sévères et particulièrement les immunodéprimés après transplantation ou greffe d'organe et les immunodéprimés par corticothérapie prolongée ou récente et à haute dose

<sup>11</sup> Le seuil de contamination est de 10<sup>3</sup> UFC/L et inférieur au seuil de détection (250 UFC/L) au niveau des points d'usage accueillant des patients à risque

**Tableau 4 : contrôles en distribution**

DT	Accès colonnes (vérification du calorifugeage)	Etat d'entartrage de la robinetterie	Enquête auprès du personnel de soins	Prise de photos
91	X	X	X	X
92	X	X		
93	X	X		X
94	X	X		
95	X	X		X
75		X	X	
77		X		X
78		X	X	

C) Les outils utilisés

Dans le cadre d'une harmonisation des pratiques, il est indispensable de créer un référentiel d'inspection standardisé. Une grille d'inspection a été réalisée par le sous-groupe de travail régional afin d'harmoniser les pratiques d'inspection. L'enquête réalisée auprès des DT-ARS montre que celles qui envoient le référentiel 2005 à l'établissement pour préparer l'inspection, utilisent peu la grille élaborée par le sous-groupe de travail en inspection car le passage d'un outil à l'autre nécessite une retranscription qui n'est pas forcément réalisée.

Au cours de ce stage j'ai pu réaliser une inspection avec la DT 75 qui utilise la grille régionale. Ce support permet d'uniformiser le contenu des inspections et répond à un des enjeux de la région francilienne caractérisée par un turn-over important des agents dans les services. Cet outil permet donc aux nouveaux arrivants de s'approprier une méthode de travail harmonisée.

**Proposition**

La préparation et le protocole d'inspection préjuge de la méthode. Si deux outils coexistent au sein de la région Ile-de-France (référentiel 2005 et grille GT), la qualité de l'inspection reste homogène entre les DT-ARS. Les entretiens menés avec les inspecteurs révèlent une bonne maîtrise de la réalisation des inspections sur site corroboré par l'accompagnement des agents sur le terrain : l'inspection est réalisée comme décrit dans le référentiel. Il apparaît que même sans préparation et sans analyse préalable des documents, les agents expérimentés ont une maîtrise du protocole qui leur permet de s'en passer et de dérouler les questions dans n'importe quel ordre en fonction de la réactivité de l'établissement. Néanmoins, pour les agents plus « novices » sur cette thématique, il apparaît nécessaire de généraliser l'utilisation de la grille commune. Ainsi, afin de sensibiliser les DT-ARS à l'utilisation de la grille régionale il faudrait qu'elle puisse servir de support à la fois pour la demande d'information auprès des établissements et au



cours de l'inspection. Dans cette perspective, la décision a été prise en sous-groupe de travail de procéder à un remaniement de la grille notamment dans la formulation des questions pour que cet outil puisse être envoyé à l'établissement en préparation de l'inspection.

### **3.4.3 Le déroulé de la réunion de clôture**

L'équipe se réunit en fin de mission pour un débriefing sur site avec la direction de l'établissement. Cette restitution orale en fin de mission « minimise les risques d'équivoques » et constitue, selon le GBPI, « un gage de transparence vis-à-vis de l'organisme contrôlé ».

#### **A) Le choix des points abordés**

L'ensemble des DT-ARS réalise la réunion de clôture en conformité avec les recommandations du GBPI puisque sont abordées les premières remarques constatées, les points positifs et le rappel de la procédure contradictoire.

#### **Proposition**

Il est important de préciser à l'établissement que les premières remarques constatées ne présagent en rien l'issue du rapport sachant qu'une partie de la mission n'est pas achevée, (notamment l'exploitation des documents remis) et que les préconisations ne sont pas définitivement réalisées.

#### **B) Les acteurs de l'ARS présents**

Le MISP est présent à la réunion de clôture pour quatre (DT 78, 77, 75, 94) des six DT qui ont mis en place cette collaboration. Pour la DT 91 et la DT 93, le MISP réalise la restitution de la partie médicale en amont.

La présence du MISP au débriefing garantirait l'unicité de la restitution. Toutefois, comme vu précédemment (cf. chap.3.2.2) la partie dédiée aux investigations médicales est beaucoup plus courte que la partie technique qui s'achève le plus souvent en fin de journée. La visite des locaux de chaufferie n'enrichissant pas les investigations médicales, certains MISP effectuent leur restitution en fin de matinée avant la visite des locaux. Dans la mesure du possible, il conviendrait de favoriser la restitution groupée. Ce choix peut néanmoins rester à l'appréciation des DT-ARS selon les cas.

#### **Proposition**

D'une manière générale, l'harmonisation des pratiques d'inspection implique la mise en œuvre d'une procédure commune retraçant la méthodologie de l'inspection afin de s'accorder sur une méthode standardisée et de permettre aux nouveaux arrivants de

s'approprier la thématique : au vu des propositions réalisées, une proposition de procédure commune est disponible en annexe 9.

### **3.5 Les variables intervenant dans le contenu du rapport**

L'inspection sur place étant terminée, il faut rendre compte des constatations d'où la nécessité du rapport. La production du rapport et de son contenu sont sous la seule responsabilité de l'équipe qui a mené l'inspection.

#### **3.5.1 Le choix du principe du contradictoire**

Le principe du contradictoire n'est pas une obligation systématique néanmoins, l'ensemble des DT-ARS de la région Ile-de-France ont fait le choix du contradictoire en application du principe du respect du droit à la défense.

#### **Proposition**

La consultation des rapports définitifs remis par les DT-ARS montre qu'il y a souvent confusion de la part de l'établissement entre le principe du contradictoire (qui est un droit à la contestation des remarques faites par les inspecteurs) et la réponse aux préconisations de l'ARS. Il serait donc pertinent de rappeler aux établissements les fondements du principe du contradictoire dans la lettre d'accompagnement du rapport provisoire.

Il convient également de souligner que le choix du rapport contradictoire implique des obligations en termes de diffusion du document : doivent être prise en compte les règles relatives à la communication des documents administratifs (loi du 17 juillet 1978) qui stipule que le droit à la communication ne s'applique qu'à des documents achevés (rapport final). Doivent également être prise en compte les règles de protection des informations nominatives.

#### **3.5.2 Le choix du format du rapport**

L'étude des rapports remis lors de l'enquête montre des formats très différents : bien que le choix du contradictoire ait été fait par toutes les DT-ARS, seules les DT 77, 75, 91, 93 et 94 ont prévu un support pour le contradictoire qui peut être situé en annexe, dans la conclusion, dans le corps du texte ou en format trois colonnes selon les rapports consultés.

#### **3.5.3 Le choix de la structure du rapport**

De même, les structures des différents rapports étudiés sont très hétérogènes. Il n'existe pas de plan standard d'un rapport contradictoire, toutefois, le GBPI recommande que la construction du rapport permette d'accroître sa lisibilité en autorisant différents niveaux de lecture.

## **Proposition**

D'une manière générale, il semble pertinent d'harmoniser les outils d'inspection ayant pour objet la communication avec les établissements tels que les rapports ou les lettres. En effet, la région Ile-de-France compte d'importants groupements hospitaliers (AP-HP) répartis sur toute la région qui reçoivent des rapports de structures très différentes d'un département à l'autre. Ceci ne donne pas à l'ARS l'image d'un interlocuteur unique au sein la région. Il convient de créer un rapport standardisé dont les modalités d'harmonisation selon les bonnes pratiques sont explicitées en annexes 9 et 10.

### **3.5.4 Le choix du contenu du rapport**

#### **A) Les terminologies**

L'étude des rapports récupérés a montré que l'énoncé des constats était en accord avec les exigences du GBPI : des descriptions factuelles étayées d'éléments de preuve.

Néanmoins, on constate que les terminologies pour indiquer un dysfonctionnement ou une action à mener sont très hétérogènes selon les DT-ARS. Ainsi le terme « remarque » sera utilisé pour indiquer un dysfonctionnement pour une DT, et a contrario indiquer une action à mener pour une autre DT. Les rapports concentrent ainsi cinq terminologies différentes (commentaires, observations, remarques, points négatifs, recommandations, préconisations) ayant des sens différents selon les DT (annexe 7). Ceci n'est pas conforme aux bonnes pratiques qui préconisent de s'accorder sur la terminologie pour indiquer un dysfonctionnement.

De plus, les propositions des inspecteurs suites aux observations ne sont pas formulées de la même façon d'une DT-ARS à l'autre : les DT 95, 93 et 75 hiérarchisent les propositions avec des délais de mise en œuvre. Trois critères sont utilisés pour déterminer les délais : la faisabilité de la préconisation pour l'établissement (ex : la mise en œuvre d'un protocole est considérée comme rapidement réalisable par l'établissement tandis qu'un changement d'équipement sera considéré en fonction de l'ampleur des travaux), l'évaluation du risque (ex : l'absence d'un suivi des températures ou d'un suivi analytique des légionelles alors que l'établissement a connu des dépassements de légionelles sera considéré un risque important, les délais de mise en œuvre seront donc immédiats) et l'aspect financier (ex : pour la préconisation de gros travaux, les délais de mise en œuvre seront évalués en fonction de l'impact financier pour l'établissement).

## **Proposition**

Au vu des observations réalisées, le rapport-type devra permettre de :

- ✓ s'accorder sur la terminologie pour indiquer un dysfonctionnement : si les préconisations peuvent se traduire par une formulation spécifique (de type « il

convient de... »), les remarques se traduiront par une formulation négative (« absence de... », « aucun ... n'est disponible »).

- ✓ réaliser des « préconisations types » en fonction des remarques des inspecteurs. Il est possible de créer des « rapports automatisés » réalisant sous Excel la génération automatique de préconisations par la fonction de « mise en forme conditionnelle ».
- ✓ hiérarchiser les préconisations des inspecteurs selon 3 niveaux de priorité :
  - les recommandations de niveau 1 constituent des demandes d'actions correctives à mettre en œuvre sans délais lors de la constatation d'écarts réglementaires (exemples : garantir une surveillance de la température ; mettre en place un carnet sanitaire pour chaque installation à risque).
  - les recommandations de niveau 2 correspondent à des actions d'amélioration (exemples : améliorer la liste des points de surveillance des légionelles, formaliser les procédures).
  - les recommandations de niveau 3 correspondent à la mise en œuvre des règles de bonnes pratiques (exemple : disposer de bacs de rétention pour le stockage des produits de traitement d'eau).
- ✓ uniformiser pour chaque proposition les délais de mise en œuvre selon les trois critères cités plus haut.

## B) Le fond

Sur le fond, l'étude des rapports montre que leur contenu est homogène d'une DT à l'autre et suit le référentiel ministériel. Toutefois, des différences sont à souligner sur l'exhaustivité des textes réglementaires. Il convient d'uniformiser les références réglementaires justifiant la mission. Enfin, certaines DT-ARS élaborent ou corrigent les schémas de principe des établissements et identifient les points de relevés de température sur plan. Sur ces derniers points, il convient de souligner que les corrections apportées aux schémas ou aux conceptions des réseaux doivent être réalisées avec prudence car source de contentieux en cas d'erreur. D'une manière générale, l'objet de l'inspection est de contrôler l'application des textes et non pas de réaliser un « audit » des installations de l'établissement.

### 3.5.5 L'envoi informatisé du rapport

L'enquête menée auprès des DT-ARS montre que l'envoi des rapports par informatique est d'usage courant. Ce mode de communication permet en effet aux établissements de remplir leurs avis directement dans le rapport est empêché ainsi la reformulation par les inspecteurs lors des recopies. Toutefois, l'envoi informatique doit être réalisé de manière sécurisée afin que l'établissement ne puisse remplir que les parties qui lui sont

consacrées. Les DT 75 et 94 ont ainsi sécurisé le contenu de leurs rapports, ne laissant la possibilité aux établissements de ne remplir que la partie qui leur est consacrée.

### **Proposition**

Etendre la sécurisation des données à l'ensemble des DT qui pratiquent l'envoi informatique des rapports.

### **3.5.6 La lettre d'accompagnement**

L'étude des documents remis lors de l'enquête montre le contenu des lettres d'accompagnement des rapports est hétérogène selon les DT-ARS. J'ai ainsi pu assister le sous-groupe régional chargé de l'harmonisation des outils afin d'uniformiser le contenu selon les recommandations des bonnes pratiques (les modalités d'harmonisation sont explicitées en annexe 10).

### **3.6 La variabilité des délais**

L'ensemble des DT-ARS ont estimé à un mois le délai d'élaboration du rapport. Dans le cadre de la procédure contradictoire, un délai de réponse d'un mois doit être donné au destinataire. Passé ce délai, l'établissement est réputé acquiescer aux observations et obligations formulées dans le rapport. Ce délai est uniformément respecté par l'ensemble des DT-ARS. Enfin, l'examen des réponses faites par l'établissement ne saurait là encore excéder un 1 mois.

### **3.7 Les variables intervenant dans le suivi**

Le suivi des préconisations stipulées dans le rapport n'est pas systématique pour la plupart des DT-ARS- de la région Ile-de-France (annexe 7). Ce suivi prend la forme d'un échange avec l'établissement qui adresse spontanément les résultats de ces travaux à l'ARS. Les visites de re-contrôle ne sont réalisées qu'en cas de dysfonctionnements jugés importants par les DT-ARS, à l'exception de la DT 94 qui, ayant quasiment achevé l'inspection de l'ensemble des établissements du département, entame les visites de re-contrôle systématique des établissements du Val-de-Marne.

Le suivi des préconisations se heurte à deux limites majeures : d'abord, sans contre-visite le contrôle des suites données aux préconisations se limite à du déclaratif, ensuite la mise à jour systématique des outils en fonction des retours des établissements nécessite une mobilisation des agents et demande des moyens humains que l'état actuel des attributions ne permet pas.

### **Proposition**

Afin de faciliter la méthode de suivi, des outils basés sur des indicateurs du risque légionelles pourrait être mis en place. La DT 75 a mis en place un tableau de suivi en

fonction d'indicateurs selon un système de case à cocher. Il serait possible d'aller jusqu'à un système de cotation de chaque indicateur de risque. Il faudra disposer d'une « échelle de risque » pour chaque thème de l'inspection afin d'attribuer pour chaque établissement une cotation finale. L'objectif du suivi serait alors d'abaisser la note finale de l'établissement.

## **Conclusion**

Les résultats montrent qu'en Ile-de-France, les légers écarts de pratiques constatés ne remettent pas en cause la qualité de l'inspection de l'ensemble des DT-ARS. La maîtrise de la réalisation des inspections sur site permet d'assurer une qualité homogène des inspections sur l'ensemble du territoire. Toutefois, les divergences des outils d'inspection, notamment ceux ayant pour objet la communication avec les établissements, ne donnent pas à l'ARS une image d'unité aux groupements hospitaliers de la région qui reçoivent des rapports de structures très différentes d'un département à l'autre.

Ainsi, la démarche d'harmonisation passe par la création d'outils communs et harmonisés sur la base des recommandations du guide des bonnes pratiques d'inspection IGAS. En outre, la démarche d'harmonisation implique la mise en œuvre de procédures communes, afin de s'accorder sur une méthodologie standardisée, notamment en termes de programmation et de préparation. Cette étape de création de procédures reste à mettre en œuvre pour l'ARS Ile-de-France qui peut se baser sur les propositions de procédures communes disponibles en annexes 8 et 9.

Enfin, la démarche d'harmonisation implique l'adoption d'un référentiel commun d'inspection afin de mettre en place une méthode commune et de permettre aux nouveaux arrivants de s'approprier la thématique.

Cette démarche d'harmonisation des pratiques est en train de se généraliser dans l'ensemble des régions, notamment au sein des services CSSM. L'expérience de l'ARS Ile-de-France montre que pour la bonne application des pratiques harmonisées et l'utilisation des outils d'harmonisation, gage de réussite de la démarche, l'adhésion de tous est nécessaire. L'entité en charge de l'harmonisation veillera donc dans la construction des outils d'harmonisation à tenir compte des réalités de terrain auxquelles sont confrontées les DT. Ainsi, le stage prenant acte au sein de la délégation territoriale des Hauts-de-Seine (DT 92), cette étude a également été l'occasion de décliner plus particulièrement les propositions d'actions pour une mise en œuvre plus concrète des outils harmonisés pour la DT 92 (annexe 11). Les autres délégations territoriales devront également réaliser ce travail afin de décliner au mieux les pratiques harmonisées en fonction des réalités auxquelles elles sont confrontées.

---

# Bibliographie

---

## I. Textes législatifs et réglementaires

- Article L. 1321-1 ; Article L. 1321-4 ; Articles L. 1335-2-1 à L. 1335-2-3 ; Article R. 1321-1 ; Article R. 1321-2 ; Article R. 1321-23 ; Article R. 1321-46 du Code de la santé Publique
- Articles L 1421-1 et L 6116-1 du Code de la santé Publique
- Décret no 2007-75 du 22 janvier 2007 relatif à l'habilitation des agents de l'État et des collectivités territoriales chargés de constater les infractions en matière de contrôle sanitaire et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire
- Circulaire DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010 relative aux missions des Agences régionales de santé dans la mise en œuvre de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire
- Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7A/2005/417 du 9 septembre 2005 relative au guide technique sur l'eau dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/2005/286 du 20 juin 2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/SD7A - DHOS/E4 n° 03/296 du 24 juin 2003 relative à l'enquête visant à évaluer l'application par les établissements de santé des mesures préconisées par la circulaire du 22 avril 2002, relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé

## II. Ouvrages

- MAFI, 2000 « Guide des bonnes pratiques d'inspection de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires » ; Collection MAFI 2000 : 83 p
- Dr CECCHI-TENERINI, Dr DELAVALLE, 2004 « L'inspection, démarche méthodologique » ; M.R.I.I.C.E.-D.R.A.S.S. Languedoc-Roussillon, 2004 : 9 p
- Ministère de la santé et des solidarités, 2005, « Guide de l'eau dans les établissements de santé » ; collection Guides techniques 2005 : 115 p

### **III. Présentations**

- FUGUET, RASSELET, 2011 « Surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire » ; présentation ARS 2011 : 32 p
- AQUAFLUENCE, 2008 « La production d'eau chaude sanitaire » ; présentation Aquafluence, 2008 : 13 p

### **IV. Sites consultés**

- Réseau d'Echanges en Santé Environnementale (RESE) :  
<http://rese.intranet.sante.gouv.fr/>
- Ministère de la santé : <http://www.intranet.jeunesse-social.sante-sports.gouv.fr/>
- Site de l'ancienne DRASS des Pays de la Loire : <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>
- Plateforme risque légionelles : <http://www.legionelle.afnor.org>
- Site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/legionellose/index.htm>



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Liste des tableaux et des figures

**Annexe 2** : Présentation du CSSM 92

**Annexe 3** : Programme de stage

**Annexe 4** : Organisation des fonctions d'inspections et de contrôle

**Annexe 5** : Grille d'entretien

**Annexe 6** : Les critères de priorisation des établissements

**Annexe 7** : Synthèse des pratiques d'inspection

**Annexe 8** : Mode opératoire pour la hiérarchisation des établissements de santé

**Annexe 9** : Méthodologie d'inspection

**Annexe 10** : Synthèse des recommandations pour l'harmonisation des pratiques

**Annexe 11** : Fiche actions DT 92

**Annexe 12** : Fiche synthèse des pratiques, exemple pour la DT 92

## **Annexe 1 : Liste des tableaux et des figures**

### **Tableaux**

- Tableau 1 : définitions
- Tableau 2 : les inspections conjointes
- Tableau 3 : l'étude préalable des documents
- Tableau 4 : contrôles en distribution

### **Figures**

- Figure 1 : nombre d'agents en pourcentage de temps affectés à la thématique
- Figure 2 : offre de soin au regard du nombre d'agents affectés à la thématique
- Figure 3 : disparités d'avancement selon les départements

## **Annexe 2 : Présentation du CSSM 92**

Le service contrôle et sécurité sanitaire des milieux (CSSM) étudie les problèmes de santé liées à l'environnement (intérieur et extérieur) et réalise des investigations à la suite de signalements de maladies liées à l'environnement (saturnisme, légionellose, asthme et maladies respiratoires) ou suite à des anomalies des différents contrôles sanitaires.

Placé sous la responsabilité d'un ingénieur du génie sanitaire assisté de 3 ingénieurs d'études sanitaires, il compte sept techniciens sanitaires et deux secrétaires.

Le service comporte 3 cellules :

### **1- Cellule eau :**

L'eau potable

Il assure l'organisation et la mise en œuvre du contrôle sanitaire de l'eau potable. Les prélèvements et les analyses sont réalisés par un laboratoire agréé. Les urgences lors d'anomalies de qualité de l'eau sont gérées par le service en collaboration avec le laboratoire et les distributeurs d'eau. Une feuille synthétique à joindre à la facture d'eau est éditée tous les ans pour l'information du public.

Contrôle des piscines ouvertes au public

Les prélèvements d'eau et les analyses sont effectués par un laboratoire agréé. Les résultats des analyses sont transmis à la DT pour la gestion des éventuelles anomalies et l'édition de bulletins d'analyse affichés dans les piscines. Un bilan annuel est réalisé, puis transmis aux mairies des communes intéressées et aux directeurs de piscines. L'ouverture des nouveaux établissements fait l'objet d'une instruction par le service.

Légionellose

Le service travaille à la prévention et à la gestion des crises dans le domaine des légionelloses dans l'habitat, les établissements (hôpitaux ou maisons de retraite) ou encore en environnement extérieur suite à des épidémies.

Depuis le passage à l'ARS, la Cellule Veille Alertes et Gestion Sanitaires (CVAGS) a été regroupé avec le service CSSM sous le pôle Veille et Sécurité Sanitaire. Ce regroupement facilite la coopération dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire dont fait partie la légionellose.

### **2- Cellule des espaces intérieurs**

Bruit

Le service traite les plaintes de bruits de voisinage : il apporte son concours technique (mesures acoustiques) aux communes. Le service contrôle les études d'impact pour les établissements ou locaux recevant du public et diffusant de la musique amplifiée. Il mène des actions de sensibilisation vers les jeunes, et d'information vis à vis des élus et des personnes des collectivités territoriales.

#### Habitat insalubre

En cas de plainte des locataires, concernant l'insalubrité de leur logement, le service peut demander au maire de faire procéder à l'inspection de leur logement et contraindre le propriétaire à réaliser des travaux. Si une déclaration d'insalubrité s'avère nécessaire, le service instruit le dossier pour présentation au CODERST.

#### Habitat et santé

Le service réalise des investigations dans divers domaines liés à la santé, et notamment lors de maladies liées à l'environnement (saturnisme infantile lié à la présence de peintures dégradées riches en plomb dans l'habitat, légionellose, asthme dû à la qualité médiocre des locaux d'habitation et à leur insuffisance de ventilation) ou d'atteintes graves à la santé telles les intoxications oxycarbonées (CO).

#### Amiante

Le service contrôle l'application de la réglementation amiante notamment dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

#### Déchets d'activité de soins à risque infectieux

Le service est chargé de l'application des dispositions réglementaires concernant le stockage et l'élimination des déchets d'activité de soins.

### **2- Cellule des espaces extérieurs**

Dans le cadre de l'instruction des demandes d'autorisation des installations classées, le service en collaboration avec le médecin inspecteur de santé publique est chargé de formuler pour le préfet un avis motivé sur les risques sanitaires.

Le service assure l'instruction des procédures de déclaration d'utilité publique des périmètres de protection des captages et contrôle les prescriptions appliquées à ces périmètres.

Le service examine les évaluations des risques sanitaires en amont des projets d'aménagement sur les anciens sites industriels. Il donne un avis sur les permis de

construire (implantation et /ou construction) ou l'extension des établissements accueillant des populations sensibles (il s'agit des enfants de la crèche ou lycée) sur des sols pollués.

Le service assure l'information des collectivités locales et du public en ce qui concerne l'exposition aux champs électromagnétiques et facilite la gestion des éventuels conflits provoqués par l'implantation des antennes.

Dans le domaine funéraire, le service est chargé d'instruire les dossiers de la création ou d'agrandissement de cimetière public, de crématorium et de chambres funéraires. Il est chargé également du suivi de ces installations.

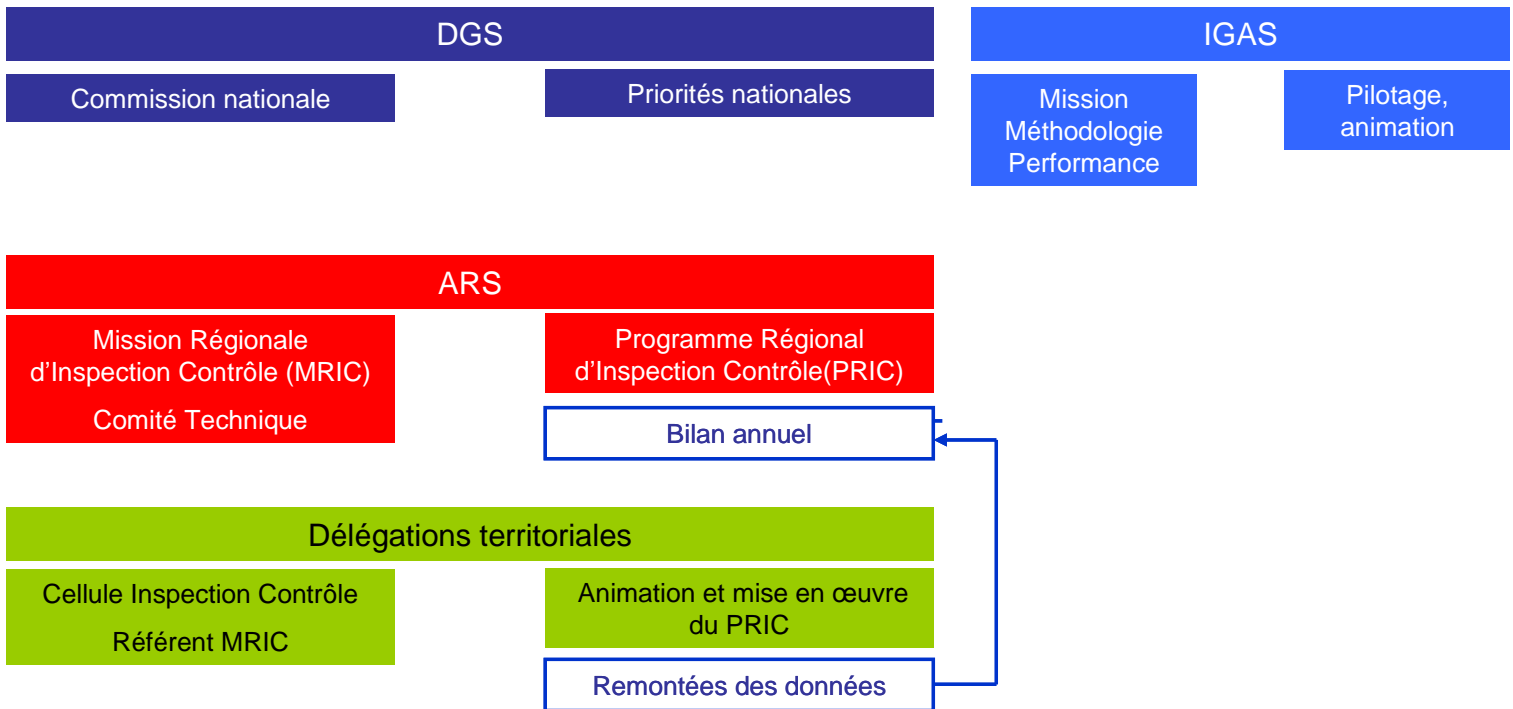
### **La Mission d'Inspection Contrôle (MIC)**

L'ensemble des missions d'inspection sont coordonnées par un référent de la Mission Régionale d'Inspection Contrôle (MRIC) au sein de la délégation territoriale des Hauts-de-Seine. La programmation des inspections légionelles est donc réalisée en collaboration avec la MIC.

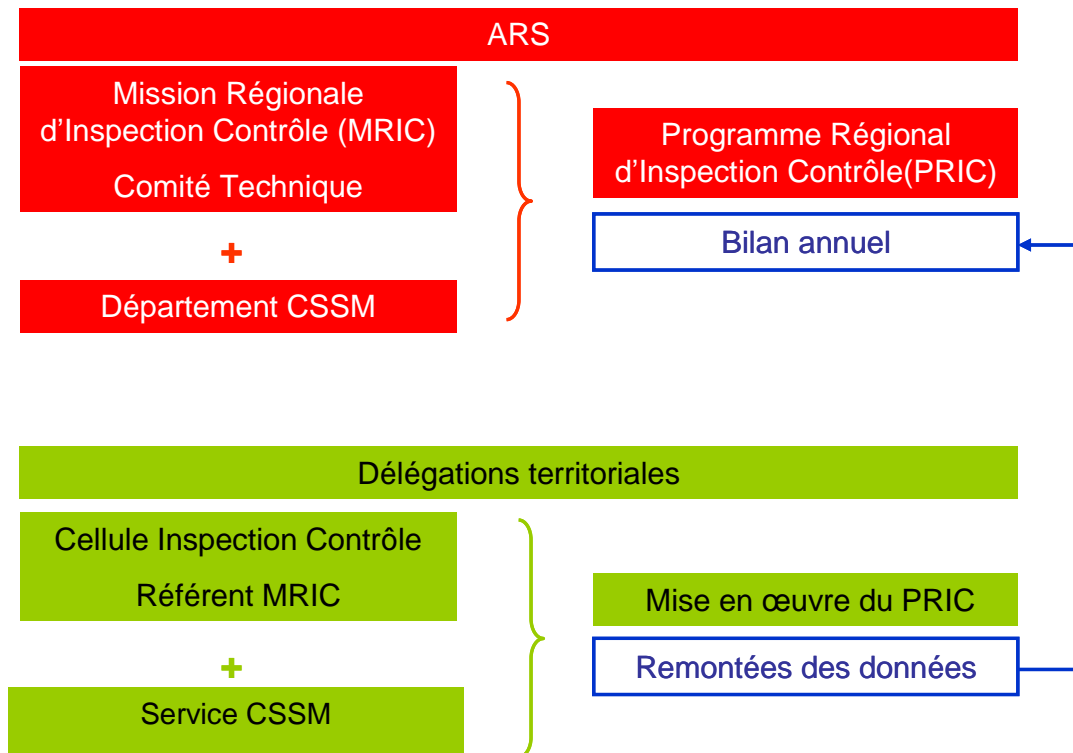
### Annexe 3 : Programme de stage

Tâches	23/05 - 27/05	30/05 - 03/06	06/06 - 10/06	13/06 - 17/06	20/06 - 24/06	27/06 - 01/07	04/07 - 08/07	11/07 - 15/07
<b>POINTS D'AVANCEMENT maître de stage</b>								
<b>ANALYSE DES PRATIQUES DE LA DT 92</b>								
Appropriation des outils d'inspection								
Analyse des outils par rapport au guide de l'IGAS								
<b>ANALYSE DE LA DEMARCHE REGIONALE</b>								
<b>ENQUETES</b>								
Enquête DT 75								
Enquête DT 93								
Enquête DT 95								
Enquête DT 77								
Enquête DT 94								
Enquête DT 78								
Enquête DT 91								
<b>INSPECTIONS TERRAIN</b>								
Inspection DT 75								
Inspection DT 78								
Inspection DT 92								
<b>GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL</b>								
Présentation au GT légionelles								
Présentation au sous groupe "référentiel"								
<b>APPROPRIATION DES BONNES PRATIQUES IGAS</b>								
Rdv avec la MRIC								
Rdv avec le référent MRIC de la DT 92								
<b>PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS</b>								
Retours d'expérience DT 40								
Retours d'expérience DT14								
Rédaction du rapport de stage								

## Annexe 4 : Organisation des fonctions d'inspections et de contrôle



### Particularité des inspections légionelles : l'intervention du CSSM



## Annexe 5 : Grille d'entretien

### GUIDE D'ENTRETIEN

<b>Intitulé de la mission :</b> Analyse des pratiques d'inspection légionelles dans les établissements de santé		
<b>Nom et fonction de l'interlocuteur :</b>		<b>Date de l'entretien :</b>
<b>Présentation du cadre et de l'objectif :</b>		
<p><i>Je suis IES-stagiaire à la DT 92, mon sujet porte sur l'analyse des pratiques d'inspection légionelles (dans les établissements de santé) au regard des bonnes pratiques d'inspection. Ce travail doit s'inscrire dans une perspective régionale (ARS). Dans ce cadre, je souhaite connaître les pratiques de votre DT en matière d'inspections légionelles et récupérer des copies des outils utilisés ce qui permettra d'enrichir le travail d'harmonisation mis en œuvre par le Groupe de Travail régional "légionelles".</i></p>		
Thèmes	Questions	Documents à récupérer
<b>CONTEXTE</b>	Nombre d'établissements de santé dans le département	
	Pourcentage d'établissements restant à inspecter	
	Appréciation globale de la DT sur les établissements. Difficultés à signaler ?	
	Place de la thématique « légionelle » dans le service (rattachée à quelle cellule ?)	
	Organigramme général et de CSSM	X
	Nombre d'agents et ETP consacré aux inspections légionelles par corps d'inspection (MISP, TS et IES, ...)	
<b>PROGRAMMAT ION</b>	Nombre d'établissements programmés par an	
	Modalités de répartition dans l'année : X par trimestre ? X par semestre ? S.O ?	
	Période d'élaboration du programme de l'année N : fin d'année N-1, début d'année N ?	
	Type d'inspections : inspection monothématique ou pluri thématiques (amiante, DASRI, légionelles) ?	
	Critères de priorisation des établissements : choix en lien avec le service « établissements de santé » de la DT ? Travail avec les MISP ? Résultat de l'enquête de 2003 ? Présence de cas nosocomiaux ? Autres ?	
	Dans la programmation, quel est le ratio [nombre d'établissements non encore inspectés /déjà inspectés (suivi)] ?	
	Existence d'outils de programmation (tableau de bord, autres) ?	X
	Nombre d'établissement inspectés par rapport au nombre d'établissements programmés, par an.	
	Fichier statistique sur plusieurs années (depuis circulaire 2002)	X



	Délais entre l'arrêt du planning d'inspection et la date de l'inspection	
	Date d'inspection imposée à l'établissement ? choisie en lien avec l'établissement ?	
	Lettre de mission : contenu administratif	X
	Courrier d'annonce de l'inspection : contenu administratif	X
	Envoi préalable d'un questionnaire : Référentiel 2005 ? Grille GT ? Autres ?	X
	Demande de documents au préalable ? Lesquels ?	
	Existence d'une procédure d'inspection ?	X
<b>REUNION DE PREPARATION</b>	Existence d'une réunion de préparation	
	Qui organise/participe ?	
	Objectifs : Se coordonner ? Fixer le cadre ? Désigner un coordinateur ? Etudier les documents envoyés : quel apport ? Etc.	
	Temps consacré à la préparation	
<b>VISITE SUR PLACE</b>	<u>Acteurs généralement rencontrés :</u> DH, responsable technique, CLIN, EOH, autres ?	
	<u>Déroulé de l'inspection :</u> - Présentation : contenu de la présentation (se présenter, rappeler l'objet, rappeler le déroulé de la mission, ... )?.  - Échanges : contenu des échanges (partie médicale abordées ?), répartitions des tâches (si MISP, séparation de l'équipe partie technique/médicale ?)  - Etude documentaire : copie de certains documents ?  - Visite des locaux : lesquels (toutes les chaufferies ou échantillonnage ?, prise de température dans des douches ?, visite de quels services ?), répartition des tâches ?  - Réunion de clôture ? en présence de qui (directeur, etc.) ?	
	Outil(s) utilisé(s) Référentiel 2005, Grille GT, Autres ?	X
	Temps consacré à l'inspection (1/2 journée, 1 journée, plus ? fonction de la taille de l'établissement ?)	

<b>RAPPORT</b>	Procédure contradictoire ?	
	Si oui Rapport préliminaire : quelle forme (3 colonnes), quel contenu, qui rédige quoi, intègre la partie du MISP, liste de recommandations, circuit de validation, délais d'envoi suite à l'inspection, contenu de la lettre d'accompagnement, accusé de réception, délais de réponse de l'établissement ? Quand s'arrête la procédure contradictoire ?	X rapport X lettre
	Si non Rapport final : quelle trame, quel contenu, qui rédige quoi, intègre la partie du MISP, liste de recommandations, circuit de validation, délais d'envoi, contenu de la lettre d'accompagnement.	X rapport X lettre
	Règles d'écritures : <i>Argumentation</i> <i>Style neutre</i> <i>Utilisation du « je », du « nous »</i> <i>Utilisation du conditionnel</i> Liste de « remarques ou préconisations types » en fonction des différents constats ? Propositions hiérarchisées ? Comment sont déterminés les délais pour l'application des préconisations ?	
	Temps consacré à la rédaction du rapport	
<b>SUIVI</b>	Existence d'un suivi De quel type : visite de contrôle (modalités du contrôle), autres ?	
	Outil de suivi : tableau de bord, autres ?	X
	Modalités de programmation du suivi	
<b>Points forts actuels</b>		
<b>Améliorations Vos attentes du GT « élaboration d'un référentiel d'inspection » sur ce thème ?</b>		

## Annexe 6 : Les critères de priorisation des établissements

ARS - DT	Critères de la circulaire du 20/06/2005								Autres critères retenus
	résultat enquête 2003	prg de prévention	niveau d'information/ de formation	évolution de l'incidence	vulnérabilité des pers accueillies	nature des soins	installations contaminées : niveau, fréquence	conception/ entretien défaillants	
75	N	N	N	O	N	O	N	N	Taille de l'établissement
77	N	N	N	O	O	O	N	N	Taille de l'établissement Nouveaux établissements Besoin des autres services (inspections conjointes)
78	O	N	N	O	O	O	O	N	Taille de l'établissement Réponse à enquête DT 78 relative au risque légio
91	N	N	N	O	O	O	N	N	Taille de l'établissement Nouveaux établissements
92	N	N	N	O	N	N	N	N	Taille de l'établissement
93	N	N	N	O	N	O	N	N	
94	N	N	N	O	N	N	O	N	Nouveaux établissements Bilan des inspections précédentes
95	N	N	N	N	N	O	N	N	Circulaire 2006

### Annexe 7 : Synthèse des pratiques d'inspection

DT-ARS	envoi du référentiel 2005 avant visite	inspection avec MISP OU IDE	réunion de préparation interne	utilisation du questionnaire GT	rapport contradictoire	contenu du rapport : qualification des actions à mener	contenu du rapport : qualification des dysfonctionnements	Recommandations avec délais de mises en œuvre	Suivi : visites de re-contrôle
75	Grille GT	O	O	O	O	Recommandations		O	N
77	O	O	O	O	O	Préconisations	Remarques	N	O
78	N	O	N	Référentiel 2005 simplifié	O	Remarques		N	N
91	N	O	O	Référentiel 2005 simplifié	O	Préconisations		N	N
92	O	N	O	Référentiel 2005 simplifié	O	Préconisations	Points négatifs	N	N
93	O	O	O	O	O	Recommandations		O	N
94	N	O	O	O	O	Préconisations		N	O
95	O	N	O	O + Référentiel 2005 simplifié	O	Recommandations	Commentaires	O	N

## Annexe 8 : Mode opératoire pour la hiérarchisation des établissements de santé

Pour application	Pour diffusion
Délégations territoriales - services contrôle et sécurité sanitaire des milieux - cellule de veille sanitaire - MIC	Siège - département contrôle et sécurité sanitaire des milieux - MRIC

### OBJECTIF DE LA HIERARCHISATION

Accroître l'efficacité de la lutte contre la légionellose par des inspections plus ciblées.

### CRITERES RETENUS POUR UNE INSPECTION SYSTEMATIQUE

Le signalement d'un cas de légionellose nosocomiale dans un établissement : une inspection est réalisée systématiquement lorsqu'un usager ayant contracté la légionellose a séjourné dans un établissement durant la totalité de la période d'incubation.

### CRITERES RETENUS POUR UNE INSPECTION PRIORITAIRE

Les critères sont hiérarchisés en fonction des risques sanitaires distingués en niveau de priorité (priorité haute symbolisée ①, priorité moyenne symbolisée ②).

#### critères de niveau ①

- ✓ le signalement d'un cas de légionellose ayant séjourné dans un établissement durant une partie de la période d'incubation.
- ✓ la nature des soins pratiqués dans l'établissement : pneumologie, post greffés, immunosuppresseurs<sup>1</sup>.

#### critères de niveau ②

- ✓ les établissements longue durée (soins de suite, rééducation) sont à privilégier par rapport à l'ambulatoire.
- ✓ la taille de l'établissement : priorité est faite aux grands ensembles hospitaliers accueillant une quantité de patients importante.
- ✓ les nouveaux établissements : l'ouverture d'un établissement est l'occasion d'inspecter si la mise en œuvre du réseau ECS est en conformité avec les recommandations des guides en vigueur.

<sup>1</sup> Se rapprocher du pôle « offre de soin » des délégations territoriales pour avoir accès à ces informations.

## Annexe 9 : Méthodologie d'inspection

Pour application	Pour diffusion
Délégations territoriales - services contrôle et sécurité sanitaire des milieux - cellule de veille sanitaire - MIC	Siège - département contrôle et sécurité sanitaire des milieux - MRIC

### OBJECTIF DU MODE OPERATOIRE

Définir les règles méthodologiques de l'inspection légionelles en établissement de santé.

### LA COMPOSITION DE L'EQUIPE D'INSPECTION

L'équipe d'inspection comprend :

- des techniciens sanitaires et/ou des ingénieurs d'études sanitaires du CSSM,
- elle s'effectue en binôme - *dans le cadre d'inspection multithématique, prévoir au minimum 1 agent supplémentaire par thématique*
- accompagné d'un médecin inspecteur (MISP) ou d'une infirmière de santé publique (IDESP)

La répartition des tâches est réalisée en fonction des compétences et des métiers : partie médicale réalisée par le MISP ou l'IDESP, partie technique réalisé par le CSSM

### LA PROGRAMMATION DE L'INSPECTION

- Hiérarchiser les établissements de santé à inspecter en priorité selon la procédure « Mode opératoire pour la hiérarchisation des établissements de santé »
- Fixer les dates d'inspection en réunion d'équipe
- S'accorder sur un maximum d'une inspection par mois et en évitant les mois d'été afin de s'assurer de la présence de l'ensemble des acteurs concernés

### LA PREPARATION DE L'INSPECTION

- 1 mois avant l'inspection envoyer la lettre d'annonce au directeur d'établissement pour l'informer de la mission avec le questionnaire en pièce jointe
- 15 jours avant l'inspection, répartir les documents transmis par l'établissement aux membres de la mission et les étudier
- 1 à 3 jours avant l'inspection, tenir la réunion préparatoire : centraliser les remarques issues de l'étude documentaire et cibler les points à aborder lors de la visite sur place.

## Le DEROULE DE L'INSPECTION

- Une inspection dure de 0,5 à 1,5 jours
  - **Présentation** : présenter l'équipe d'inspection, le contexte et le déroulé de la mission
  - **Echanges** : avec le directeur, le responsable du CLIN, les services techniques.
  - **Consulter le carnet sanitaire** : contrôler le recensement des documents, la traçabilité de la surveillance (suivi des températures et analyses légionelles) et la cohérence des relevés de températures.
  - **Visite** : dans le cadre d'inspection multithématique, effectuer la visite en sous-groupe
- locaux de production** : visiter toutes les chaufferies alimentant des services de soins. Pour les établissements comportant plus de dix sous-stations de production, réaliser un échantillonnage selon les critères suivants : exposition (présence d'installation à risques), présence de population à risque, bâtiment à risque (mise en évidence lors des entretiens et de l'étude documentaire de problèmes de température ou de contamination en légionelles).
- locaux de distribution** : réaliser des relevés de températures aux points d'usages éloignés et représentatifs du réseau. Réaliser au minimum 1 relevé par sous-station. Attention à l'étalonnage des appareils de mesure.
- **Restitution orale** : avec le directeur, le responsable du CLIN, les services techniques. Décrire les premières remarques constatées et les points positifs ; rappeler la procédure contradictoire ; préciser que les premières remarques constatées ne présagent en rien l'issu du rapport sachant qu'une partie de la mission n'est pas achevée.

### A titre indicatif :

Thèmes	Acteurs présents (au minimum)
9.30 à 9.45 : Présentation	Direction, CLIN, Services techniques
9.45 à 12.00 : Echanges - fonctionnement de l'établissement - étude des plans des réseaux - étude du diagnostic réseau - carnet sanitaire : recensement des documents, traçabilité de la surveillance (suivi des températures et analyses légionelles) et cohérence des relevés de températures - conduite à tenir en cas de légionellose nosocomiale - conduite à tenir en cas de contamination du réseau - prise en charge des patients à haut risque	Direction, CLIN, Services techniques
12.00 à 13.30 : Repas	

13.30 à 15.30 : Visites - Visite des locaux de production - Visite des locaux de distribution	Services techniques
15.30 à 16.00 : Restitution orale	Direction, CLIN, Services techniques

#### **L'ELABORATION DU RAPPORT D'INSPECTION**

- Rédaction du rapport initial comprenant au minimum : un sommaire avec pagination, un corps de rapport divisé en parties bien individualisées, une numérotation des paragraphes pour faciliter le contradictoire, un résumé des analyses et des propositions, une conclusion et figurant en annexe : la lettre de mission, la liste des personnes rencontrées. Les inspecteurs peuvent s'aider des préconisation-types pour la hiérarchisation des risques et des suites à proposer.
- Transmission à l'établissement au plus tard 1 mois après l'inspection avec la lettre d'accompagnement type. En cas de transmission par voie électronique, sécuriser les parties rédigées par la mission de façon à ce qu'elles ne soient pas modifiables par le destinataire.
- 1 mois après la transmission à l'établissement, analyser les observations de l'établissement et formaliser les réponses de la mission.
- Transmission du rapport définitif au plus tard 1 mois après la réception des observations de l'établissement avec la lettre d'accompagnement type.



## Annexe 10 : Synthèse des recommandations pour l'harmonisation des pratiques

Thématique	Critère de variabilité	Actions à mener	Mise en œuvre
<b>Programmation</b>	Modalités de répartition	S'accorder sur un maximum d'1 inspection/mois en excluant les mois d'été.	Procédure commune de méthodologie d'inspection
	Critères de priorisation des établissements	Elaborer des critères communs pour la priorisation des établissements	Procédure commune de « hiérarchisation des établissements » récapitulant les critères retenus pour l'évaluation des établissements à inspecter en priorité.
<b>Type d'inspection</b>	Inspections mono ou multi-thématiques	Réaliser une préparation en amont : faire en une seule demande l'ensemble des documents et informations  Prévoir au minimum un agent par thématique supplémentaire  Séparer les agents en sous-groupes au cours des visites	Procédure commune de méthodologie d'inspection
<b>Equipe d'inspection</b>	Nombre d'agent	Mener l'inspection en binôme	Procédure commune de méthodologie d'inspection
	Présence du MISP	Sensibiliser les MISP pour la réalisation de la partie médicale des inspections	Intégrer l'inspection « organisation de la lutte contre les infections nosocomiales » aux inspections légionelles; réaliser l'inspection en sous-groupe ; restitution individuelle du MISP.
<b>Préparation de l'inspection</b>	Analyse préalable des documents et tenue d'une réunion de	Généraliser l'analyse préalable des documents et tenue d'une réunion de préparation	Procédure commune de méthodologie d'inspection  Questionnaire type à renvoyer à l'établissement

	préparation		Liste de documents à renvoyer avant l'inspection
<b>Visite sur place</b>	Contrôles	Uniformiser les points de contrôle de l'inspection	Référentiel d'inspection standardisé (réalisé en Ile-de-France)
	Réunion de clôture	Préciser que les premières remarques constatées ne présagent en rien l'issu du rapport	Procédure commune de méthodologie d'inspection
<b>Outils d'inspection ayant pour objet la communication avec les établissements</b>	Contenu de la lettre d'annonce	Inclure dans la lettre d'annonce : - les références réglementaires fondant l'intervention, - la désignation (nominative ou non) des agents - les exigences sur les personnes que la mission souhaite rencontrer - les exigences sur l'envoi préalable du questionnaire d'inspection - les précisions sur le déroulement de la mission (début, durée prévisionnelle).	Lettre d'annonce standardisée (en cours en Ile-de-France)
	Rapport	- Harmoniser le format du rapport comportant expressément un sommaire avec pagination, un corps de rapport divisé en parties bien individualisées, une numérotation des paragraphes pour faciliter le contradictoire, un support pour les observations de l'établissement, un résumé des analyses et des propositions, une conclusion et figurant en annexe : la lettre de mission et la liste des personnes rencontrées. - Harmoniser la structure du rapport en termes de références réglementaires et de qualifications des anomalies : si les préconisations peuvent se traduire par une formulation spécifique (de type « il convient de... »), les remarques se traduiront par une formulation négative (« absence de... », « aucun ... n'est disponible »). - Réaliser des préconisations-types pour les principales anomalies rencontrées. - Hiérarchiser les préconisations selon 3 niveaux de priorités (actions correctives, actions d'amélioration, bonnes pratiques).	Rapport-type  Liste de préconisations-types

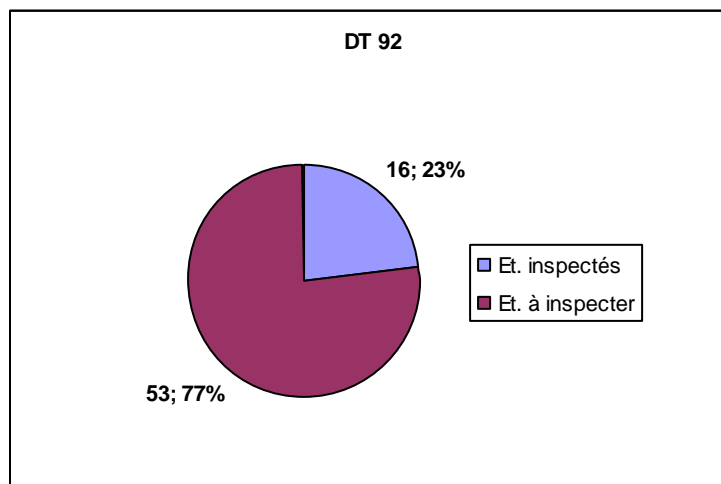
	- Harmoniser les délais de mise en œuvre des préconisations selon 3 critères : la faisabilité de la préconisation pour l'établissement, l'évaluation du risque et l'aspect financier.	
Lettres d'accompagnement	<p>- Harmoniser le contenu des lettres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ un rappel des textes réglementaires</li> <li>✓ un rappel de la date d'inspection</li> <li>✓ le rappel des agents ayant participé à l'inspection</li> <li>✓ le rappel des recommandations principales, annexé à la lettre d'accompagnement</li> <li>✓ le rappel de la procédure contradictoire</li> </ul> <p>Et en complément pour la lettre d'accompagnement du rapport final</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ le rappel de la date de transmission du rapport initial</li> <li>✓ le rappel de la date de transmission des remarques de l'établissement et la prise en compte des remarques</li> <li>✓ le rappel que ce rapport clôt la procédure contradictoire</li> </ul>	Lettres-types

## Annexe 11 : Fiche actions DT 92

### Enjeux pour la DT 92

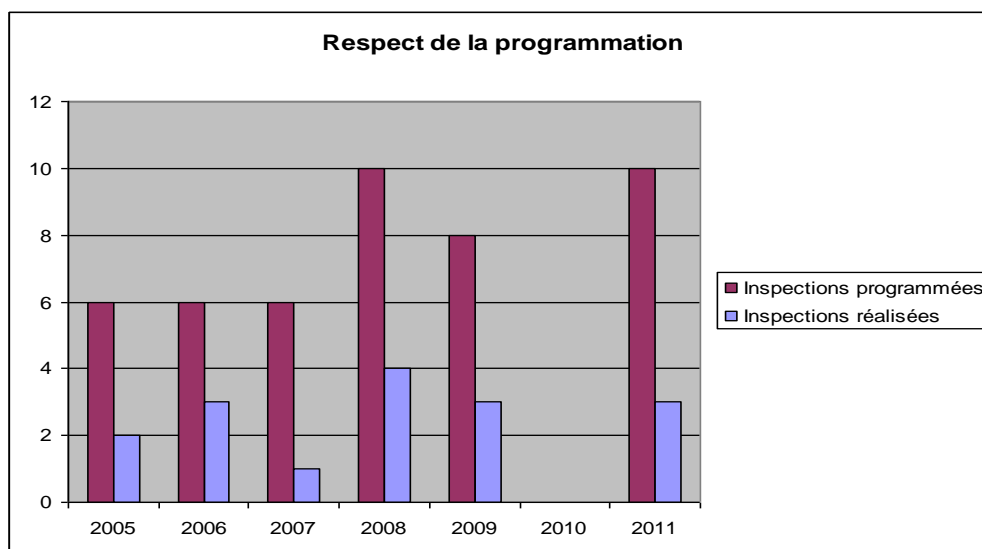
Le département des Hauts-de-Seine est caractérisé par un nombre important d'établissements (69 environ) dont 77 % restent à inspecter.

#### Avancement des inspections dans le département du 92



Au regard des 10% d'établissements à inspecter par an, la délégation territoriale des Hauts-de-Seine (DT 92) devrait réaliser 7 inspections par an. Pourtant, depuis la mise en place des inspections en 2005, la DT 92, souffre d'un ratio [nombre d'inspections programmées / nombre d'inspections réalisées] par an  $\approx 2 / 7$

#### Respect de la programmation



La DT a affecté 1 TS à 50 % sur la thématique « légionelles » pour un nombre d'établissement parmi les plus élevés de la région après Paris qui a consacré à la thématique 2 agents dont 1 IES à temps plein et 1 TS à 80%.

Ces observations expliquent en partie les difficultés rencontrées par le département des Hauts-de-Seine dans le respect de la programmation.

Mes observations des pratiques de la DT 92 en matière d'inspection amène à proposer le plan d'action suivant afin d'améliorer les pratiques et de décliner les propositions d'harmonisation régionales en applications concrètes pour la DT 92.

### Plan d'action DT 92

Thématique	Point d'amélioration	Actions à mener
Programmation	Modalités de répartition	<p>Aucune inspection n'ayant été réalisée en 2010, la période d'élaboration du programme et les modalités de répartition dans l'année sont à redéfinir pour la DT 92.</p> <p>Au vu des retours d'expérience des services, il semble pertinent d'élaborer le programme en début d'année N (mois de janvier) afin de s'accorder sur des créneaux d'inspection et de réaliser une revue semestrielle de la programmation en réunion d'équipe (mois de juin).</p> <p>Respecter un maximum d'1 inspection/mois en excluant les mois d'été.</p> <p>Elaborer un fichier Excel de programmation</p>
	Critères de priorisation des établissements	<p>Respecter des critères communs pour la priorisation des établissements tels que ceux décrits dans l'annexe 8 « mode opératoire pour la hiérarchisation des établissements de santé »</p> <p>Se mettre en lien avec le service « Etablissement » du pôle « Offre de soin » afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> obtenir une liste des établissements de santé du 92 à jour.</li> <li><input type="checkbox"/> construire une collaboration en termes d'échanges d'information sur les établissements concernant : la nature des soins pratiqués dans les établissements du 92 et l'ouverture de nouveaux établissements dans le département du 92</li> </ul> <p>Prioriser les établissements au regard des informations obtenues.</p>
Type d'inspection	Inspections mono ou multi-thématiques	Conserver le fonctionnement actuel : des inspections multithématiques « légionelles » + « DASRI » en binôme pour le risque « légionelles », avec un agent supplémentaire pour le risque « DASRI ». Les agents se séparent en sous-groupe au cours de la visite.
Equipe d'inspection	Nombre d'agent	Mener l'inspection en binôme
	Présence du MISP	Sensibiliser les MISP pour la réalisation de la partie médicale des inspections : - se mettre en lien avec les MISP de la cellule CVAGS et du pôle « offre de soin

		<p>» afin de leur exposer les nouvelles propositions en termes de collaboration aux inspections « légionelles » à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ intégrer l'inspection « organisation de la lutte contre les infections nosocomiales » aux inspections légionelles;</li> <li>✓ réaliser l'inspection en sous-groupe ;</li> <li>✓ restitution individuelle du MISP.</li> </ul>
<b>Préparation de l'inspection</b>	Analyse préalable des documents et tenue d'une réunion de préparation	<p>Dans l'attente du remaniement de la grille par le sous-groupe régional, envoyer le référentiel 2005 à l'établissement pour la préparation de l'inspection.</p> <p>Utiliser la lettre d'annonce proposée par le sous-groupe régional afin d'être conforme aux exigences des bonnes pratiques d'inspection.</p>
<b>Visite sur place</b>	Réunion de clôture	Préciser que les premières remarques constatées ne présagent en rien l'issu du rapport
<b>Outils d'inspection ayant pour objet la communication avec les établissements</b>	Lettre d'annonce, Rapport Lettres d'accompagnement	Utiliser les outils qui seront mis à disposition par le groupe de travail régional

## Annexe 12 : Fiche synthèse des pratiques, exemple pour la DT 92

DT 92											
Réfèrent(s) : <i>précédemment Benoit Van Gastel IES ; Jean Louis Vigroux TS</i>											
<b>Contexte DT 92</b>	<p><b>Nombre d'établissements de santé dans le département : 69</b></p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Nombre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Et. inspectés</td> <td>16</td> <td>23 %</td> </tr> <tr> <td>Et. à inspecter</td> <td>53</td> <td>77 %</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Catégorie	Nombre	Pourcentage	Et. inspectés	16	23 %	Et. à inspecter	53	77 %	
Catégorie	Nombre	Pourcentage									
Et. inspectés	16	23 %									
Et. à inspecter	53	77 %									
	<p><b>Nombre d'agent consacrés aux inspections légionelles : 1TS</b></p> <p><b>Place de la thématique « légionelle » dans le service :</b> cellule eau, 1 TS : piscine, légio, alimentaire, SISE eaux</p>	Organigramme CSSM									
	<p><b>Appréciation globale de la DT sur les établissements :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ prise en compte du risque légio par les établissements: variable, prise en compte du risque après un cas.</li> <li>✓ types d'établissements rencontrés : hétérogénéité des établissements, petits établissements, groupements hospitaliers</li> <li>✓ types de problèmes rencontrés : entretien et maintenance confiée à des prestataires extérieurs, absence d'encadrement des prestataires par l'établissement.</li> </ul>										
<b>Programmation<sup>12</sup></b>	<p><b>Début des inspections :</b> 2005</p> <p><b>Type d'inspection :</b> monothématique en général, parfois conjointe DASRI</p> <p><b>Programme :</b></p> <p><b>Nombre d'établissements programmés par an :</b> 6 = recommandations du PNSE (10%)</p> <p><b>Période d'élaboration du programme :</b> à définir</p> <p><b>Répartition dans l'année :</b> à définir</p> <p><b>Critères de priorisation des établissements :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ recommandations de la circulaire 20/06/2005 :</li> </ul>										

<sup>12</sup> Elaboration de la liste des établissements à inspecter

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- résultats enquête 2003</li> <li>- observance du programme de prévention</li> <li>- niveau de formation, d'information</li> <li>- évolution de l'incidence : cas de légionellose nosocomiale année N-1</li> <li>- vulnérabilité des personnes accueillies</li> <li>- nature des soins : établissement comportant des services à risque (info en lien avec le service « établissement » de la DT)</li> <li>- installations contaminées (niveau, fréquence) : dépassement en légionelles</li> <li>- conception ou entretien défectueux</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ gros établissements</li> <li>✓ nouveaux établissements</li> <li>✓ suivi : bilan des inspections précédentes</li> </ul> <p><i>Est envisagé une coopération avec le service établissement de la DT 92.</i></p> <p><b>Ratio [établissements non encore inspectés / suivi] : 6 / 0</b></p> <p><b><u>Respect de la programmation :</u></b></p> <p><b>Ratio [établissement inspectés / établissements programmés] par an : 3/6</b></p>	
<p><b>Annonce à l'établissement</b></p>	<p><b><u>Courrier d'annonce :</u></b></p> <p><b>Date d'envoi :</b> 1 mois avant l'inspection</p> <p><b>Contenu :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ références réglementaires : <del>circulaire 22/04/2002, loi du 09/08/2004, PNSE, circulaire du 20/06/2005, arrêté 01/02/2010, circulaire de 12/2010</del></li> <li>✓ date d'inspection : imposée / proposée à l'établissement</li> <li>✓ demande la présence des acteurs concernés (en précisant CLIN, équipe hygiéniste, services techniques, prestataires externes)</li> <li>✓ précise nominativement les agents participant à l'inspection</li> <li>✓ précise une liste de documents demandés</li> <li>✓ précise la date de renvoi des documents</li> <li>✓ rappelle le déroulé de l'inspection</li> <li>✓ précise l'envoi d'un questionnaire : <del>référentiel 2005, référentiel 2005 simplifié (disponible sous format « formulaire » par e-mail), grille GT, autre :-</del></li> <li>✓ précise la date de renvoi du questionnaire</li> </ul> <p><b>Envoi préalable d'un questionnaire :</b> <del>référentiel 2005, référentiel 2005 simplifié (sous format « formulaire » par e-mail), grille GT, autre :-</del></p>	<p>Courrier d'annonce + Référentiel 2005 simplifié»</p>



	<p><b>Documents demandés : à renvoyer par courrier / à tenir à disposition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ programme d'action de lutte contre les légionelles</li> <li>✓ plan des réseaux d'eau</li> <li>✓ plan de l'établissement</li> <li>✓ protocole en cas de contamination de l'eau par les légionelles</li> <li>✓ protocole lors du diagnostic d'un cas de légionellose nosocomiale</li> <li>✓ protocole de lutte contre la légionellose dans les services à risque</li> <li>✓ protocole pour la prise en charge des patients à haut risque dans les services n'accueillant pas régulièrement des patients à risque</li> <li>✓ procédure en cas de contamination des TAR</li> <li>✓ protocoles de surveillance, de maintenance et d'entretien des installations de production et de distribution de l'eau chaude</li> <li>✓ carnet sanitaire des installations d'eau chaude</li> <li>✓ résultats des analyses de légionelles des 12 derniers mois</li> <li>✓ résultat du diagnostic technique</li> </ul> <p><b>Lettre de mission :</b> non</p>	
<b>Réunion de préparation</b>	<p><b>Délais :</b> informelle</p> <p><b>Qui organise/participe :</b> <i>précédemment IES / TS / MISP / IDE</i></p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <del>lecture des documents : documents renvoyés par l'établissement</del></li> <li>✓ cibler l'inspection sur les dysfonctionnements et les manques de l'établissement</li> <li>✓ <del>clarifier l'organisation pour les membres de la mission</del></li> <li>✓ <del>remplissage de la grille GT</del></li> </ul> <p><b>Temps global consacré à la préparation :</b> ½ journée</p>	
<b>Inspection</b>	<p><b>Présentation :</b></p> <p><b>Acteurs établissement :</b> DH / responsables techniques / CLIN / EOH</p> <p><b>Acteurs ARS :</b> <i>précédemment IES / TS / MISP / IDE</i></p> <p><b>Contenu :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ tour de table</li> <li>✓ <del>rappel du cadre de l'inspection</del></li> <li>✓ rappel du déroulé de la mission</li> </ul> <p><b>Échange avec l'établissement :</b></p> <p><b>Répartition des tâches :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ensemble / en sous-groupe : (MISP, IDE, CLIN, EOH) + (IES, TS (x2), Services techniques)</li> <li>✓ <i>précédemment IES</i> : mène l'inspection / réalise la partie médicale</li> <li>✓ TS : mène conjointement l'inspection / <del>réalise la partie médicale / intervient ponctuellement</del></li> <li>✓ MISP : <del>réalise la partie médicale</del></li> <li>✓ IDE : <del>réalise la partie médicale</del></li> </ul> <p><b>Points abordés par l'IES / TS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ fonctionnement interne de l'établissement : rôle de chacun</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ partie médicale</li> <li>✓ <del>étude approfondie des procédures</del> / survol des procédures / demande de copies</li> <li>✓ étude du carnet sanitaire : recensement des documents, traçabilité de la surveillance (T°C et analyses), réflexions sur la cohérence des relevés de T°C.</li> <li>✓ étude des plans des réseaux</li> <li>✓ étude du diagnostic réseau</li> <li>✓ installations à risques : étude des mesures préventives</li> </ul> <p><b>Outil(s) utilisé(s) :</b> <del>référentiel 2005, grille GT</del>, référentiel 2005 simplifié, notes personnelles, <del>autre :</del></p> <p><del>Points abordés par le MISP / IDE :</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <del>partie médicale</del></li> </ul> <p><b>Durée :</b> 2 à 3 h</p> <p><b><u>Etude documentaire :</u></b></p> <p><b>Modalités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ survol des documents durant l'échange avec l'établissement</li> <li>✓ <del>étude approfondie sur place / durée :</del></li> <li>✓ ensemble / en sous-groupe : (MISP, IDE CLIN, EOH) + (IES, TS (x2), Services techniques)</li> <li>✓ demande de copies pour étude au bureau</li> </ul> <p><b><u>Visite :</u></b></p> <p><b>Acteurs établissement :</b> DH / responsables techniques / CLIN / EOH</p> <p><b>Acteurs ARS :</b> <i>précédemment</i> IES / TS / <del>MISP / IDE</del></p> <p><b>Répartition des tâches :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ensemble / en sous-groupe : (MISP, IDE, CLIN, EOH) + (IES, TS, Services techniques)</li> </ul> <p><b>Locaux de production :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ visite de toutes les chaufferies qui alimentent des services de soins et hébergement</li> <li>✓ <del>échantillonnage / critères</del></li> <li>✓ <b>relevé de températures :</b> en départ, au retour de boucles</li> </ul> <p><b>Distribution :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ accès colonnes, gaines techniques</li> <li>✓ <b>relevé de températures :</b> aux colonnes montantes, à un point <del>proche de la production</del>, éloigné, représentatif</li> <li>✓ <b>nombre de points relevés :</b> 3 à 10 points en fonction de la taille de l'établissement</li> <li>✓ <del>enquête auprès du personnel de soin</del></li> <li>✓ <del>prise de photos</del></li> </ul> <p><b>Outil(s) utilisé(s) :</b> <del>référentiel GT</del>, prise de notes individuelles, <del>autre :</del></p>	
--	--	--

	<p><b>Durée :</b> 1h30</p> <p><b>Réunion de clôture :</b></p> <p><b>Acteurs établissement :</b> DH / responsables techniques / CLIN / EOH</p> <p><b>Acteurs ARS :</b> <i>précédemment IES / TS / MISP / IDE</i></p> <p><b>Objet :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ état des lieux succinct : premières remarques constatées, points positifs</li> <li>✓ rappel de la procédure contradictoire</li> <li>✓ <del>rappelle que ce sont les points négatifs qui vont surtout ressortir du rapport</del></li> </ul> <p><b>Temps consacré à l'inspection :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ en moyenne : 1/2 journée</li> <li>✓ au maximum : 1 journée</li> <li>✓ <del>fonction de la taille de l'établissement</del></li> </ul>	
<p><b>Rapports</b></p>	<p><b>Procédure contradictoire</b></p> <p><b>Rapport préliminaire :</b></p> <p><b>Forme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <del>3 colonnes</del></li> <li>✓ <del>1 sommaire</del></li> <li>✓ liste nominative des personnes rencontrées</li> <li>✓ <del>liste des sigles utilisés</del></li> <li>✓ <del>liste des tableaux et figures</del></li> <li>✓ <del>support pour les observations de l'établissement</del></li> <li>✓ synthèse des préconisations : <del>en annexe / en conclusion / un chapitre dédié / assorti de délais de mise en œuvre</del></li> <li>✓ lettre de mission annexée</li> </ul> <p><b>Structure :</b></p> <p><b>- partie technique + partie médicale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ rédigée par : <i>précédemment IES / TS</i></li> <li>✓ référentiel 2005 simplifié pré-rempli par l'établissement</li> <li>✓ chapitre points positif, points négatifs : description factuelle appuyée d'éléments de preuve</li> <li>✓ chapitre recommandations : indique les actions à mener</li> <li>✓ <del>photos</del></li> </ul> <p><b>Contenu :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <del>rappel réglementaire</del></li> <li>✓ <del>rappel du déroulé de l'inspection</del></li> <li>✓ <del>critères de programmation</del></li> <li>✓ présentation synthétique de l'organisme contrôlé</li> <li>✓ installation de production de l'ECS : description (existence d'un schéma, mode de production, systèmes de traitements, dispositifs de protection, bouclage, manchettes témoins, points de prélèvements, thermomètres, calorifugeage, étiquetage), schéma de principe</li> <li>✓ réseau de distribution : description (organisation générale du réseau, matériaux, calorifugeage, étiquetage, dispositifs de</li> </ul>	<p>Rapport + Lettre d'accompa- -gnement</p>

	<p>protection, mitigeage, bras mort, points d'usages), plans de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ relevé de température lors de l'inspection, identification des points de prélèvement sur plan</li> <li>✓ carnet sanitaire</li> <li>✓ maintenance et entretien: opérations, fréquences, procédures, traçabilité</li> <li>✓ surveillance de la température de l'eau : stratégie d'échantillonnage, fréquences, procédures, traçabilité</li> <li>✓ recherche de légionelles dans l'eau : procédure, norme NFT 90-431, accréditation du laboratoire, stratégie d'échantillonnage, fréquences, traçabilité, évaluation des campagnes d'analyses</li> <li>✓ identification des installations à risque</li> <li>✓ identification des patients à risque</li> <li>✓ mesures préventives mises en place dans les services à risque (filtres, purges)</li> <li>✓ diagnostic : procédure (antigène, mise en culture, envoi au CNR)</li> <li>✓ en cas de contamination du réseau ECS : procédure, traçabilité</li> <li>✓ en cas de légionellose : procédure, traçabilité</li> <li>✓ organisation interne pour la prévention des risques liés aux légionelles</li> <li>✓ formation et sensibilisation du personnel</li> <li>✓ alimentation en eau potable : surveillance bactériologique et physico chimique</li> <li>✓ conclusion générale : évaluation de la maîtrise du risque par l'établissement / <del>reprise des constats / reprise des recommandations / demande d'envoi de documents (copie des procédures, copie des résultats d'analyses légionelles)</del></li> <li>✓ liste des recommandations : <del>hiérarchisées / avec délais de mise en œuvre</del></li> </ul> <p><del>Critères pour déterminer les délais de mise en œuvre des recommandations :</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <del>faisabilité, possibilité de mise en œuvre par l'établissement</del></li> <li>✓ <del>évaluation du risque</del></li> </ul> <p><b>Délais d'envoi suite à l'inspection : 1 mois</b></p> <p><b>Délais de réponse de l'établissement : 1 mois</b></p> <p><b><u>Lettre d'accompagnement :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ du délégué territorial au directeur d'établissement</li> <li>✓ rappel de la date d'inspection</li> <li>✓ <del>rappel nominatif des agents</del></li> <li>✓ rappel des recommandations principales</li> <li>✓ rappel de la procédure contradictoire</li> </ul> <p><b><u>Rapport final :</u></b> non</p>	
Suivi	<p><b>Systématique/ Non systématique</b></p> <p><b><u>Modalités de contrôle :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ échange permanent avec l'établissement</li> <li>✓ <del>relance des établissements par envoi d'un courrier type</del></li> </ul>	<p>2 tableaux Excel de suivi - Recense les</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <del>contrôle sur pièce-</del></li> <li>✓ <del>visite de re-contrôle-</del></li> </ul>	<p>principaux points critiques et conclusion par établissement - Suivi des dates</p>
--	---	--

ANDRIANARIJAONA	Katia	Septembre 2011
<b>INGENIEUR D'ETUDES SANITAIRES</b> Promotion 2011		
<b>Analyse des pratiques d'inspection légionelles dans les établissements de santé et propositions d'améliorations</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Néant		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La création des ARS implique une meilleure coordination des pratiques des délégations territoriales. Dans cette perspective, cette étude, sous la direction de l'ARS Ile-de-France, a souhaité évaluer de façon qualitative les différences de pratiques des délégations territoriales en matière d'inspection légionelles au sein des établissements de santé et optimiser la démarche d'harmonisation des pratiques.</p> <p>Après une étude documentaire, une enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des DT de la région Ile-de-France selon un entretien semi-directif uniformisé par un guide d'entretien et appuyée par l'accompagnement d'agents sanitaires en inspection.</p> <p>S'il apparaît que le contenu des inspections est homogène sur la région et conforme au référentiel 2005, certains facteurs influencent les activités de la mission d'inspection. Afin de se diriger vers une harmonisation des pratiques, des procédures communes en conformité avec le guide des bonnes pratiques d'inspection de l'IGAS doivent être élaborées. En outre, les outils d'inspection ayant pour objet la communication avec les établissements doivent être harmonisés afin de donner à l'ARS l'image d'un interlocuteur unique au sein la région. La réussite d'une démarche d'harmonisation passe par la mise en œuvre de ce type d'enquête afin de veiller dans la construction des outils d'harmonisation à tenir compte des réalités de terrain auxquelles sont confrontées les DT.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Légionelles, légionellose, inspections, bonnes pratiques, établissement de santé, eau chaude sanitaire, infections nosocomiales.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		