



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**«COORDINATION REGIONALE DE LA LUTTE
CONTRE LES INFECTIONS LIEES AUX SOINS.
MISE EN PLACE ET FONCTIONNEMENT DE
L'ANTENNE REGIONALE DE LUTTE CONTRE LES
INFECTIONS NOSOCOMIALES (ARLIN) EN
PAYS DE LA LOIRE»**

– Groupe n° 1 –

- CAVELIER Florent
- DENIE Stéphane
- DUCHAMP Evelyne
- GEORGE Laurent
- GIRARD Anne
- LEMESLE Michèle
- MARTIN Mireille
- PHILIPPOT Delphine
- VANSTEENE Inès

Animatrice(s)

Frédérique ALLAIRE

Fabienne BIAIS -DEFFRENNES.

S o m m a i r e

DEFINITIONS.....
METHODOLOGIE.....	1
INTRODUCTION	2
1 Etat des lieux de la lutte contre les infections nosocomiales en Pays de la Loire : une organisation originale mais incomplète.....	5
1.1 Panorama de l'organisation en matière de LIN en Pays de la Loire.....	5
1.1.1 La structuration organisationnelle sous forme de réseaux : une première réponse à l'isolement des petits établissements et aux besoins du territoire ligérien.....	5
1.1.2 Le financement des réseaux : des ressources diversifiées.....	7
1.1.3 L'organisation en « réseaux » : une incidence positive sur les indicateurs en matière de LIN	8
1.2 L'APLEIN : une coopération informelle d'échanges de pratiques et de partage d'expériences.....	9
1.3 L'application de l'arrêté du 17 mai 2006 : la mise en place de l'ARLIN et son insertion dans le dispositif.....	11
1.3.1 Rôle et missions : aspects réglementaires	11
1.3.2 Un dispositif acté dans la région Pays de la Loire : état des lieux	11
2 Les incidences de la mise en œuvre de l'ARLIN sur les structures préexistantes.....	12
2.1 Effets positifs attendus dans la mise en œuvre de l'ARLIN par les acteurs : .	12
2.1.1 L'ARLIN comme vecteur d'amélioration des modalités d'intervention pour une meilleure couverture territoriale et un élargissement du champ d'activités de la LIN	12
2.1.2 La nécessité d'un positionnement de l'ARLIN cohérent et lisible dans la déclinaison de ses missions.....	13
2.2 La question du changement de modèle de financement de la LIN :.....	13
2.2.1 Le financement de l'ARLIN : un modèle bien délimité mais qui peut présenter des difficultés dans son application.....	14
2.2.2 Des financements de réseaux à sécuriser et à diversifier	15

2.2.3	La question non réglée du financement de la LIN aux EHPAD	15
2.3	Les appréhensions relatives aux changements induits par la mise en place de l'ARLIN.....	16
2.3.1	Les interrogations sur la pérennité de la dynamique des réseaux	16
2.3.2	La question de l'autonomie des acteurs dans le cadre d'une nouvelle gouvernance	17
3	L'ARLIN comme levier d'optimisation et de redimensionnement du dispositif ligérien en matière de LIN : pistes de réflexion	18
3.1	Analyse de dispositifs opérationnels existants et pérennes.....	18
3.1.1	La LIN en Italie : une organisation fortement intégrée aux échelons régional et local.....	18
3.1.2	L'organisation effective des ARLIN dans les autres régions françaises et l'exemple spécifique de l'ARLIN Basse Normandie.....	20
3.2	Formulation de pistes de réflexion : pour une ARLIN Pays de la Loire efficiente dans un dispositif cohérent et pérenne.....	21
3.2.1	Faut-il envisager une entité juridique inhérente à l'ARLIN ?.....	21
3.2.2	Quelle(s) source(s) de financement pour l'ARLIN, et pour la LIN en général?....	22
3.2.3	Quelle gouvernance faut-il envisager pour la politique de LIN en Pays-de-la-loire ?.....	23
3.2.4	Une indispensable recomposition parallèle des réseaux	25
	CONCLUSION :	26
	Liste des annexes.....	I
	Bibliographie.....	XXIII

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons remercier Madame le Docteur Frédérique ALLAIRE, Médecin Inspecteur de Santé Publique de la DRASS Pays de la Loire, ainsi que Madame Fabienne BIAIS – DEFFRENNES, animatrices du groupe, pour leur disponibilité et leurs conseils méthodologiques.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes interviewées, dans le cadre de ce module interprofessionnel, pour leur disponibilité, la qualité de nos échanges, et la confiance témoignée : directeurs, médecins, professionnels de santé et associations.

Liste des sigles utilisés

AC	Aide à la contractualisation
ARH	Agence Régionale de l'hospitalisation
ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
APLEIN	Association pour la lutte et l'éviction des infections nosocomiales
BMR	Bactérie multi résistante
BO	Bulletin officiel
CCLIN	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CH	Centre hospitalier
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLIN	Centre de lutte contre les infections nosocomiales
CNSA	Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
COM	Contrat d'objectifs et de moyen
COPIL	Comité de pilotage
CRS	Conférence régionale de la santé
CRUQ	Commission des relations avec les usagers pour la qualité de la prise en charge
CSP	Code de la santé publique
CTIN	Comité technique national des infections nosocomiales
CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DURQ	Direction des usagers, des risques et de la qualité
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evénement indésirable grave

EIOH	Equipe opérationnelle inter établissement d'hygiène
EOHH	Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ES	Etablissement de santé
ESMS	Etablissement social et médico-social
ETP	Equivalent temps plein
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patient, santé, territoriale
IAS	Infections liées aux soins
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indicateur composite lié au bon usage des antibiotiques
ICHSA	Indicateur de la consommation de solutions hydro alcooliques
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
InVS	Institut de veille sanitaire
ISO	Infection site opératoire
JO	Journal officiel
LIN	Lutte contre les infections nosocomiales
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MIP	Module interprofessionnel
MIR	Médecin inspecteur régional
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
PH	Praticien hospitalier
PSPH	Participant au service public hospitalier

RAISIN	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RHH	Réseau hygiène hospitalière
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthyciline
SHA	Solution hydro alcoolique
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soin de suite et de réadaptation
SURVISO	Surveillance des infections sur site opératoire
T2A	Tarification à l'activité
URLM	Union régionale des médecins libéraux

DEFINITIONS

Afin de permettre une meilleure compréhension technique du sujet, un certain nombre de définitions apparaissent nécessaires :

➤ **Selon le traité de Santé Publique de F. BOURDILLON, G. BRÜCKER et D.TABUTEAU :**

Une *infection est dite nosocomiale* (IN) si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et qu'elle était absente lors de l'admission à l'hôpital.

Lorsque la situation à l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins 48Heures après l'admission (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté.

Une *infection est dite associée aux soins* (IAS), si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Lorsque l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu, un délai d'au moins 48Heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS.

Pour les infections de site opératoire, on considère comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant ou d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention.

La prévalence d'une maladie se définit comme la proportion du nombre de cas d'une maladie observée à un instant donné parmi la population dont sont issus ces cas.

L'incidence est une mesure qui prend en compte la vitesse de survenue de la maladie dans une population. Au numérateur de l'incidence figure le nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus pendant une période de temps donnée. L'incidence est donc l'outil mettant en rapport l'écoulement du temps et la survenue des maladies.

➤ **En référence au dossier concernant le tableau de bord des infections nosocomiales de janvier 2009 disponible sur le site du ministère de la santé :**

L'objectif du tableau de bord des infections nosocomiales est d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la LIN et vise à améliorer la qualité des soins. Ce tableau répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.

Ce tableau de bord comprend 5 indicateurs :

ICALIN publié le 6 février 2006 ; **ICSHA** et **SURVISO** le 18 janvier 2007 ; **ICATB** le 30 janvier avec pour une meilleure lecture la mise en place du **SCORE AGREGE** élaboré à partir des résultats de ces indicateurs permettant ainsi aux usagers un affichage simplifié à leurs dispositions.

Depuis le 21 janvier 2009, un dernier indicateur mis en place : l'indice SARM.

L'accessibilité par tous de ces tableaux de bord par établissement se fait depuis le site <http://www.icalin.sante.gouv.fr/>

❖ **ICALIN** : Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Cet indice s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 100 et permet de caractériser l'activité des établissements de santé publics et privés en matière de LIN.

Objectifs :

Premier indicateur du tableau de bord qui permet d'inciter les établissements à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de LIN.

Suivi dans le temps et comparaisons entre établissements de mêmes catégories, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.

Propose à l'usager un éclairage synthétique de la complexité des LIN.

Echanges avec les professionnels de santé.

S'inscrit dans le cadre du programme national de LIN avec pour objectif que le score ICALIN ait progressé pour tous les établissements.

❖ **ICSHA** : Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques (SHA) pour l'hygiène des mains.

Marqueur indirect de la mise en œuvre effective d'une des techniques utilisées pour l'hygiène, mesure –clé de prévention des IN.

L'hygiène des mains fait référence à des techniques de lavage des mains ou de friction désinfectantes des mains avec une SHA.

Pourquoi les SHA ?

L'utilisation large des SHA, technique à la fois rapide et efficace, contribue à la diminution des IN et celles liées aux BMR.

De ce fait, inciter les établissements de santé à promouvoir cette technique pour l'hygiène des mains.

Comment ?

Objectif national annoncé : 20 litres pour 1000 journées d'hospitalisation, en moyenne 7 frictions par patient et par jour tout en pondérant l'objectif en fonction des types d'activités.

Volume consommé exprimé en pourcentage, l'objectif fixé étant le minimum à atteindre.

❖ **SURVISO** : Surveillance des infections du site opératoire.

Indicateur rendant visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.

Objectifs :

Mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale permettant de mesurer la fréquence des infections du site opératoire (ISO).

La surveillance des ISO repose sur le suivi du nombre des patients infectés pendant l'hospitalisation et jusqu' à 30 jours suivant la sortie du patient (1 an en cas de pose de prothèse), rapporté au nombre total de patients opérés.

Leur surveillance est une priorité car ces infections sont recensées au 3^{ème} rang des IN.

❖ **ICATB** : Indicateur Composite du bon usage des AnTiBiotiques

Sur la forme d'un score chiffré sur 20, le ministère de la santé a lancé un plan national en 2001 pour préserver l'efficacité des antibiotiques. La France étant à cette période le pays européen qui consommait le plus d'ATB et possédait un des taux les plus élevés de résistance bactérienne.

Cet indicateur reflète une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements ATB avec un bénéfice pour le patient par un traitement adapté et un bénéfice collectif par la limitation de l'émergence de bactéries résistantes.

❖ **SARM** : Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthycilline

Indice triennal dont la bactérie multi résistante (**BMR**) aux ATB est fréquemment en cause dans les infections nosocomiales.

Objectif : permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement et sa capacité à la maîtriser par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient associées à une politique de maîtrise des prescriptions d'ATB.

Les bactéries sont dites multi résistantes (**BMR**) aux ATB lorsque du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'ATB, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'ATB utilisables en thérapeutique.

La multi résistance est une étape vers l'impasse thérapeutique.

Les variations annuelles au sein d'un même établissement étant important d'une année à l'autre, l'indice triennal permet de « lisser » ces variations.

❖ **LE SCORE AGREGÉ :**

Le tableau de bord 2007 affichait 5 indicateurs dont le dernier, le **SARM** est un indicateur de résultats et de ce fait ne permet pas un classement pertinent des établissements.

Le ministère de la Santé a développé un score agrégé élaboré à partir des résultats de chacun des 4 indicateurs pour améliorer la lecture du tableau de bord. Le **SARM** n'est pas intégré dans le score agrégé.

Objectifs :

Une transparence pour l'utilisateur

Un outil de pilotage pour améliorer la qualité des soins.

Si l'outil est le même sa lecture est différente selon qu'il s'agit d'un usager ou d'un professionnel. Ce dernier utilisera les indicateurs pris individuellement pour identifier les domaines à améliorer ; l'utilisateur aura à disposition un affichage simplifié des 4 indicateurs.

➤ Concept de « réseaux » :

Au préalable, il convient d'analyser le concept de réseau. Les réseaux, au sens de partage de pratiques et capitalisation des savoirs sont mis en place dans de nombreuses organisations. Réseau vient du latin *rets* qui évoque le filet des pêcheurs ou des dentellières : c'est-à-dire un ensemble de relations entre des points et des nœuds **sans que l'un d'entre eux occupe une position centrale.**

Guy Le Boterf considère un réseau comme un système de **relations entre les acteurs :**

- organisé autour de finalités professionnelles ;
- reconnu socialement même s'il ne s'inscrit pas nécessairement dans un organigramme hiérarchique ;
- dont les échanges sont utiles pour la réalisation des objectifs ;
- dont les relations entre les membres sont influencées par la structure du réseau ;
- pour lesquelles la qualité et l'intensité des relations entre les membres du réseau dépendent pour une large part du climat de confiance et de réciprocité qui y règne.

Les réseaux constituent de véritables « **communautés de pratiques** ». Les professionnels y ont en commun un même domaine de spécialisation et un même intérêt de partager, élaborer et diffuser du savoir et des connaissances. **Une même passion pour une même expertise.**

De telles communautés se caractérisent par :

- leur transversalité et positionnement hors structure ;
- l'adhésion volontaire de leurs membres, qui décident eux-mêmes de leurs objectifs et de leur mode de fonctionnement ;
- la participation continue de leurs membres à un processus de partage qui ne se limite pas à quelques réunions ponctuelles ;
- la forte fonction identitaire qu'elle joue vis à vis de leurs membres ;
- la capacité à faire face à de situations incertaines, déconcertantes, inédites ;
- les relations de solidarité.

La notion de réseau est complexe aux yeux de F.X SCHWEYER. Elle évolue selon le contexte épidémiologique et institutionnel (notamment les financements), d'autre part un réseau est d'abord une équipe ayant l'ambition de coordonner le travail de chacun au bénéfice du patient. La démarche de construction de réseau repose sur des données de cadrage, une revue de littérature, une analyse de besoins.

METHODOLOGIE

L'objectif du MIP est double : répondre à une problématique de santé et travailler en interfiliarité. Dans un premier temps, les animatrices du groupe présentent à l'équipe le thème de l'étude, fournissent des éléments complémentaires au dossier documentaire ainsi qu'un tableau de planification des entretiens et visites proposées¹. Ensuite l'équipe nomme le référent logistique chargé de toutes les démarches administratives, puis, établit une liste de diffusion des adresses électroniques et numéros de portable des membres du groupe afin de faciliter la diffusion de l'information. Un animateur est ensuite désigné pour la coordination des sous-groupes et le respect du calendrier. Il veille également à l'expression de chacun et au respect de l'interfiliarité dans la composition des sous groupes.

Pour construire sa démarche d'étude, le groupe a choisi d'utiliser la méthodologie proposée dans manuel de recherche en sciences sociales de Quivy².

Questions de départ : suite aux échanges avec les animatrices, trois questions de départ sont arrêtées.

Phase exploratoire, problématique : une recherche documentaire complémentaire individuelle est réalisée pour s'appropriier les concepts et les outils de la lutte contre les infections nosocomiales. Une visite sur deux sites nous permet de réaliser des entretiens exploratoires afin de définir la problématique.

Construction du modèle d'analyse : l'équipe élabore une ébauche de plan en construisant les hypothèses et les concepts.

Observation : l'équipe construit des grilles d'entretiens semi directifs adaptées aux profils des personnes interrogées³ ainsi qu'une trame de compte-rendu standardisée. Des entretiens téléphoniques et sur sites sont réalisés. L'analyse de contenu de ces entretiens est réalisée avec la grille ASERC⁴

Exploitation, analyse des données, conclusions : des débriefings quotidiens en formation plénière ont permis de croiser les différents points de vue. L'ensemble des éléments recueillis est diffusé à tous pour garantir le même niveau d'information. Un plan détaillé et l'élaboration des différents scénarii sont arrêtés en séance plénière. L'équipe se répartit l'écriture du rapport en sous-groupes. Une lecture finale collective du rapport est réalisée et validée par le groupe.

¹ Annexe I : Tableau de planification des visites et entretiens

² Annexe II : Logigramme de la méthodologie en sciences sociales selon Quivy

³ Annexe III, IV, V : Grilles d'entretien, supports d'entretiens sur site et exemple de compte rendu d'entretien

⁴ Annexe VI : Grille d'analyse ASERC

INTRODUCTION

En 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lançait le premier défi mondial pour la sécurité des patients avec pour thème " A bonne hygiène, bons soins – un soin propre est un soin plus sûr ". Cet engagement démontre l'enjeu de santé publique que constitue à présent la lutte contre les infections associées aux soins (IAS). En ce sens, le Parlement Européen s'est également saisi de cette problématique de Santé Publique en publiant un rapport⁵ proposant des mesures concrètes en vue de réduire de 20% le nombre de personnes touchées annuellement par les IAS dans l' Union Européenne.

Révélatrices d'une carence qualitative, ces infections induisent une morbidité importante et une surmortalité non négligeable. Le coût financier et humain (perte de fonctionnalité et d'autonomie) est considérable. En France, les infections nosocomiales causeraient entre 7000 à 12 000 décès par an. 5 à 10% des patients hospitalisés en seraient atteints ; 2 à 5% des journées d'hospitalisation en court séjour seraient liées à l'existence de ces infections dont le traitement représenterait près d'1/3 des dépenses totales en antibiotiques. La dernière enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, réalisée en 2006⁶, situe la France dans la fourchette basse des valeurs rapportées dans d'autres pays européens, avec un taux de 5,38%. Les infections les plus fréquentes sont les infections urinaires (30 %), les infections respiratoires basses (14,7 %), les infections du site opératoire (14,2%)⁷ et les infections cutanées (10%).

Jusqu'en 2007, les pathologies infectieuses étaient classées selon deux types : infection communautaire et infection nosocomiale (ou infection acquise en établissement de santé). Cependant, tant la multiplication des parcours de soins et des intervenants dans la dispensation afférente, que la diversification des structures et des systèmes prestataires de soins, ainsi que la survenue parfois tardive de l'infection après chirurgie⁸, ont amené à reconsidérer cette classification .On parle désormais d'IAS, et ce, afin de ne plus restreindre le lieu d'acquisition aux seuls établissements hospitaliers.

⁵ PARLEMENT EUROPEEN, «Sécurité des patients : réduire les infections liées aux soins de santé», 23-04-2009, [visité le 7 Mai 2009] <http://www.europarl.europa.eu>

⁶ Enquête nationale de prévalence 2006, réalisée dans 2337 ES sur 358 467 patients

⁷ F BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, Traité de santé publique, 2^{ème} édition

⁸ Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les trente jours suivants les interventions ou s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou de matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention.

La prise de conscience du risque infectieux en milieu hospitalier, dans un contexte d'amélioration de la qualité des soins, a conduit au développement d'une politique volontariste de prévention des infections nosocomiales adossée à une réglementation précise. En 1988, l'obligation de constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), instance pluridisciplinaire en charge de la définition d'un programme de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), s'est imposée aux établissements publics de santé. Cette obligation figure dans la loi de sécurité sanitaire du 1^{er} Juillet 1998 et a été étendue en 1999 aux établissements de santé privés. En 1992 ont été créés les centres de coordination de la LIN (CCLIN) sur une base interrégionale, avec pour missions le conseil, l'aide technique et la formation destinée aux Etablissements de Santé ainsi qu'un comité technique national des IN (CTIN), instance d'expertise et de conseil placée auprès du ministère de la santé. A ce titre, des moyens financiers spécifiques ont été accordés aux établissements de santé pour la mise en place d'équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH) et aux CCLIN pour la coordination. Un premier plan 1995-2000⁹, a précisé les orientations nationales de la lutte contre les IN. Les avancées majeures en résultant constituent encore aujourd'hui le socle de la politique nationale, avec un dispositif spécifiquement dédié à la LIN, structuré jusqu'en 2006 en trois niveaux (national, interrégional et local), et complété par le maillage territorial des services déconcentrés de l'Etat. Les programmes suivants ont alors hiérarchisé les priorités sous tendues par les problématiques de l'évitabilité des infections et de l'amélioration de la qualité des soins. De fait, la baisse significative du taux de prévalence des patients infectés observée en 2006, comparativement aux données antérieures, a démontré la réelle efficacité de la politique menée depuis le milieu des années 1980.

Au-delà des circulaires centrées sur le risque nosocomial, la loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 précise que les établissements de santé doivent développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ; exigence d'évaluation renforcée autour de deux logiques : l'accréditation et l'évaluation des projets faisant l'objet d'un financement contractuel. En effet, la prise en compte du risque infectieux est aujourd'hui au cœur des démarches d'évaluation, et s'inscrit pleinement dans cette dimension lancée par la loi de santé publique du 9 Août 2004.

⁹Circulaire GGV/DS/V2/DH/E01n°17 du 19 Avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales

Jusqu'ici concrétisée à travers l'utilisation d'outils tel que le bilan standardisé des activités de LIN, elle dispose d'un cadre structuré sur le plan national par la définition d'objectifs nationaux quantifiés mesurés au travers d'indicateurs de moyens¹⁰ évoluant progressivement vers des indicateurs de résultats¹¹.

De façon concomitante, l'accessibilité de ces résultats au grand public constitue le moteur principal d'une dynamique d'amélioration pour les établissements de santé. Le niveau d'information et d'exigence des usagers, en terme de qualité de prise en charge, relayé auprès des pouvoirs publics par les associations et les médias, s'apprécie également à l'aune d'un accroissement du nombre de recours au dispositif d'indemnisation des risques infectieux, même si cette évolution s'avère encore modeste¹².

La volonté de mieux coordonner les actions des établissements de santé dans la LIN, a conduit à la création par voie réglementaire d'un échelon régional, l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), chargé d'assurer un relais de proximité des CCLIN auprès des établissements de santé et des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)¹³. La mise en œuvre de ce dispositif dans la région Pays de la Loire vient modifier le cadre de l'organisation préexistante structurée autour d'une association de professionnels experts dans le domaine, l'Association Pour la Lutte et l'Eradication des Infections Nosocomiales (APLEIN), et neuf réseaux d'hygiène locaux dont le maillage, reposant sur différents modèles liés au contexte et aux acteurs, ne recouvre pas la réalité des territoires de santé.

Au regard de cette situation nouvelle, comment faire de l'ARLIN un levier d'optimisation et de redimensionnement du dispositif existant afin de garantir davantage de cohérence et d'efficience en matière de lutte contre les IAS dans la région Pays de la Loire ?

Notre étude nous amènera à présenter l'état des lieux de la lutte contre les infections nosocomiales en Pays de la Loire (1), à préciser les incidences de la mise en place de l'ARLIN (2) pour enfin proposer des pistes de réflexion sur son positionnement dans l'optimisation et le redimensionnement du dispositif ligérien de LIN (3).

¹⁰ ICALIN, ICSHA, ICATB, SURVISO Cf. définitions

¹¹ SARM

¹² Indemnisations ONIAM : 19 cas d'infections nosocomiales en 2004, 48 en 2005 et 60 en 2006

¹³ Annexe VI : Arrêté du 17 mai 2006 portant sur la mise en place des ARLIN

1 Etat des lieux de la lutte contre les infections nosocomiales en Pays de la Loire : une organisation originale mais incomplète

Le dispositif de LIN en Pays de Loire s'appuie principalement sur des réseaux (1.1) et sur une association d'échanges de pratiques et de partage des expériences, qu'est l'APLEIN (1.2). Dans un objectif d'optimisation de ce dispositif, les pouvoirs publics souhaitent par l'arrêté du 17 mai 2006 mettre en place des Antennes Régionales de Lutte contre les Infections Nosocomiales (1.3).

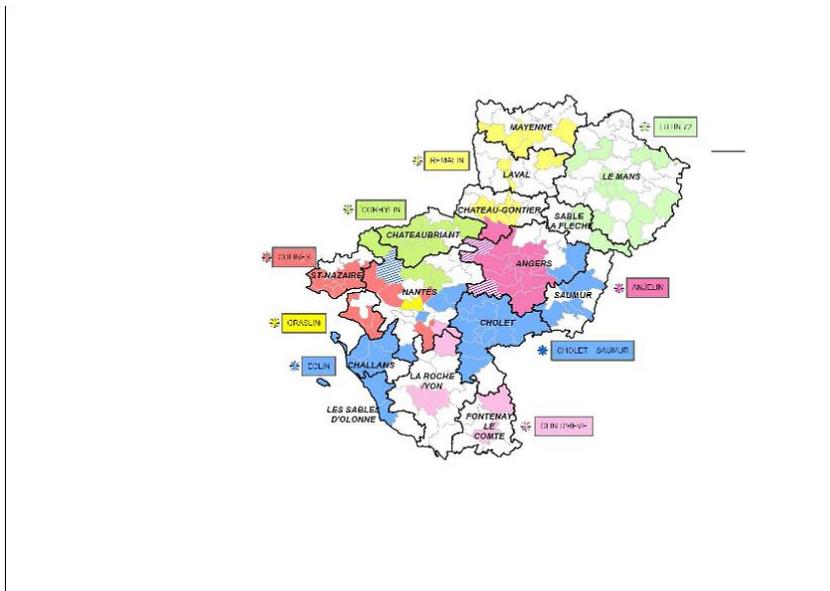
1.1 Panorama de l'organisation en matière de LIN en Pays de la Loire

Afin de répondre au mieux à l'isolement de petits établissements en matière de LIN dans la région Pays de la Loire, les acteurs ont été amenés à s'organiser en réseaux afin de mettre en place une couverture territoriale adaptée aux besoins mais qui demeure très hétérogène (1.1.1.). En outre, cette organisation en « réseaux » s'est accompagnée d'évolutions en terme de financement (1.1.2) et joue un rôle positif sur les indicateurs de LIN (1.1.3).

1.1.1 La structuration organisationnelle sous forme de réseaux : une première réponse à l'isolement des petits établissements et aux besoins du territoire ligérien

L'organisation de la LIN en Pays de la Loire présente une certaine originalité. En effet, cette région a dès le début des années 90 structuré l'hygiène hospitalière autour de réseaux inter-établissements. Devançant de fait les textes réglementaires, la DRASS impulsait un processus de coopération hospitalière intéressant, en lançant un appel à projets pour constituer des réseaux de LIN, prenant la forme d'une équipe d'hygiène hospitalière affectée à un établissement support, et regroupant autour d'elle un réseau de correspondants locaux dans les établissements périphériques. Ce dispositif avait un double objectif très clair : sécuriser la lutte contre le risque infectieux dans des petits établissements (hôpitaux locaux) et rationaliser les organisations et les coûts en évitant l'effet « saupoudrage » sous tendu par une dispersion des crédits à une nuée de petites structures. Ceci était d'autant plus important que la région Pays de la Loire est celle qui compte le plus d'hôpitaux locaux en France.

Neuf réseaux existent aujourd'hui couvrant une grande partie du territoire ligérien, dont 7 ont été créés lors de l'appel à projets et deux autres en 2003 et 2005.



Carte des réseaux de lutte contre les infections nosocomiales en Pays de la Loire

Bien que tous appelés réseaux, il est constaté une importante segmentation des services rendus dans la mesure où chaque réseau peut être amené à fonctionner de manière différente. Pour autant, la mutualisation des moyens passe par un partage des pratiques professionnelles pouvant évoluer vers une véritable organisation d'équipe opérationnelle inter hospitalière d'hygiène (EOIH) telle que décrite par la circulaire n°DGS/DHOS/E2/2000/645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la LIN dans les établissements de santé. De plus, ces réseaux présentent des différences, tant dans leurs modes de fonctionnement qu'au regard de leurs statuts juridiques.

A) Disparité des modes de fonctionnement

Sur les 9 réseaux existants, 4 fonctionnent comme une EOIH :

- ✓ Eclin : CH de Challans
- ✓ Clind'Rêve : CH La Roche sur Yon
- ✓ Cholet-Saumur
- ✓ Corhylin : CH Châteaubriand

Ce fonctionnement passe par la mutualisation des moyens et l'identification de temps dédié à chaque établissement, tout en sachant que l'EOHH de l'établissement support et celles des petits établissements ne font qu'une.

Les 5 autres réseaux présentent des spécificités propres faisant apparaître une grande disparité dans leur mode de fonctionnement respectif. En effet, le niveau d'opérationnalité et de partage des moyens est très variable selon les réseaux. Certains d'entre eux ne constituent qu'un lieu d'échange de pratiques professionnelles (Graslin), d'autres mettent à disposition un temps de praticien ou de cadre hygiéniste pour effectuer quelques interventions sur sites (notamment en termes de formation et d'audit) mais à un degré demeurant limité.

B) Disparité des entités juridiques

La majorité des « réseaux » ont formalisé les liens entre acteurs par voie de convention simple, sous la forme d'une coopération hospitalière voire dans une organisation intégrée où les moyens sont totalement mutualisés, formant ainsi une véritable EIOH comme Clin d'Rêve.

D'autres ont choisi le mode associatif type loi 1901 comme Colines (association d'établissements) et Graslin (association de personnes) pour des raisons pratiques et de souplesse juridique.

Les autres réseaux relèvent de formes juridiques beaucoup plus abouties : les réseaux Cholet –Saumur et Eclin ont fait le choix du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qui améliore l'organisation des soins en permettant les interventions communes de personnels médicaux et non médicaux dans tous les établissements membres. Pour Eclin, la LIN constitue l'un des douze champs de coopération du GCS, ce qui démontre le niveau très intégré de leur coopération.

1.1.2 Le financement des réseaux : des ressources diversifiées

Le rapport Allaire/Biais –Deffrennes de mai 2009¹⁴ précise que « chaque année, entre 10 et 20 millions d'euros sont consacrés à la lutte contre les IAS. Néanmoins, l'intégration de cette dernière dans les tarifs a rendu son financement moins lisible pour les établissements. Ce problème est accentué quand il s'agit d'équipes inter-établissements, intervenant à la fois dans des établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A), des établissements sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF) et des établissements médico-sociaux. »

Il existe en la matière différents modes de financement par :

- Les **aides à la contractualisation (AC)** : l'ARH vise à pallier l'absence de prise en compte de certaines dépenses au moment de la mise en place de la T2A, en 2005. Cependant certains établissements continuent d'afficher des déficits de financements de leur réseau ou de l'équipe inter-hospitalière d'hygiène. La remise à plat des aides à la contractualisation prévue par l'ARH en 2009 devrait permettre d'objectiver le financement des réseaux.
- L'apport des **laboratoires** : ils contribuent de façon sensible au financement des journées de formation des réseaux.
- Le financement spécifique des **GCS** : les conventions constitutives prévoient généralement la participation financière des établissements membres du GCS au titre de la prestation rendue par

¹⁴ Dr Frédérique Allaire et Mme Biais –Deffrennes Rapport sur la «mission évaluation des réseaux d'hygiène ligériens» DRASS Mai 2009.

la structure de coopération hospitalière, mais on constate par exemple à ECLIN que les établissements membres ne versent aucune contribution financière.

En revanche, aucun réseau n'est en mesure de facturer ses prestations du fait de sa difficulté d'évaluer et de valoriser les coûts relatifs au temps dédié en matière de LIN : il est par exemple difficile d'évaluer le temps consacré à la permanence téléphonique et donc de le valoriser.

Une analyse approfondie du fonctionnement des réseaux met en évidence une grande hétérogénéité sur le territoire même si leur mise en place a eu un effet positif sur les indicateurs en matière de LIN.

1.1.3 L'organisation en « réseaux » : une incidence positive sur les indicateurs en matière de LIN

Dans le cadre du rapport sus-cité, l'adhésion au dispositif d'évaluation propre à la LIN a été unanime puisque 100% des établissements sanitaires ont renseigné les indicateurs.

A) ICALIN

L'adhésion à un réseau permet aux établissements sanitaires de bénéficier de points notamment liés à l'EOHH. Ils peuvent ainsi comptabiliser du temps de présence des praticiens ; les formations proposées par les réseaux, la mutualisation des protocoles apportent également un certain nombre de points. De même, la participation des professionnels des EIOH au programme d'action du CLIN rend le dispositif plus efficient et améliore de fait le score des établissements.

Au regard de l'étude réalisée, il apparaît qu'il existe bien un lien entre l'appartenance à un réseau et l'amélioration du score ICALIN pour les établissements adhérents.

B) ICATB

Il a été observé au niveau national, une nette amélioration pour cet indicateur classé sur une échelle de A à F.

Cette même analyse a été faite pour les Pays de La Loire puisque désormais, plus aucun établissement ne se trouve en classement F. L'étude de 2006 et 2007 montre que la région des Pays de la Loire affiche une progression nette plus marquée qu'au niveau national pour la même période et pour ce même indicateur¹⁵.

¹⁵ Rapport Allaire /Biais –Deffrennes : tableau des résultats en annexe VII.

C) ICSHA

Cet indicateur étant basé sur l'achat des SHA, les établissements n'ont donc pas besoin d'appartenir à un réseau pour qu'il y ait un impact particulier.

Cependant, il a été observé par les établissements pilotes de réseau que l'organisation de la journée nationale d'hygiène des mains a eu un effet bénéfique au sein des autres établissements, les supports utilisés pour l'organisation de cette journée étant fournis par le Ministère de la Santé.

De plus, l'hygiène des mains est fortement développée dans chaque formation mise en place par les réseaux. Ainsi, l'adhésion à un réseau, de par ces formations, fait progresser les bonnes pratiques au sein des établissements de santé concernés.

D) SURVISO

Le CCLIN Ouest sollicite les EOIH de réseaux pour mettre en œuvre la surveillance des ISO. Dans les pièces à fournir par l'établissement, doit figurer le document transmis par le réseau qui détaille la liste des spécialités chirurgicales participantes. Cependant cette surveillance présente des contraintes en ce sens où elle implique une étude d'incidence sur un certain nombre d'interventions par spécialité et est mal vécue par les équipes soignantes. Dès lors la pertinence du rapport entre investissement et bénéfice direct se pose, ce qui peut éventuellement conduire à la remise en cause de la crédibilité du praticien hygiéniste, pilote du réseau.

E) Score agrégé

Il se calcule selon la formule suivante :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4 + (\text{ICSHA} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO})$$

Du fait de l'impact positif sur ICALIN et ICATB pour un établissement adhérent à un réseau, la logique veut que le score agrégé soit positif également.

De ce rapport (sus cité), il ressort donc que l'adhésion à un réseau pour un établissement est porteuse d'amélioration sur les indicateurs de la LIN. Jusqu'à présent, l'ensemble des responsables des réseaux se réunissent autour d'une coopération informelle d'échange de pratiques et de partage des expériences : l'APLEIN.

1.2 L'APLEIN : une coopération informelle d'échanges de pratiques et de partage d'expériences.

L'APLEIN est une association régie par la loi de 1901 dont le siège social se situe au CHU de Nantes. Elle a été créée en 1992 par des praticiens engagés dans la LIN pour rompre leur isolement.

Elle joue depuis 2002 le rôle de relais régional auprès du CCLIN Ouest, réunissant l'ensemble des acteurs de la LIN dans les Pays de la Loire ; ce qui lui confère une certaine représentativité auprès des professionnels et des administrations.

Ses objectifs sont les suivants :

- la lutte contre l'isolement des professionnels ;
- la coordination et l'organisation des actions communes dans le domaine de l'infection nosocomiale au niveau régional (épidémiologie, harmonisation des pratiques) ;
- la mise en place d'un espace pluridisciplinaire de confrontation des expériences et des idées en hygiène hospitalière ;
- la formation permanente aux professionnels en hygiène et aux responsables de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- le maintien et le développement du dialogue avec les tutelles et en particulier un appui technique au développement d'une politique régionale.

L'organisation du relais régional est assurée par 6 membres du bureau de l'association. Le nombre de personnes inscrites à l'association était de 315 dont 213 personnes du public et 83 personnes du privé en 2008 (137 cotisants). L'association repose « sur l'engagement volontaire de ses membres » issus en majorité du secteur public et adhérant à titre individuel.

La composition pluridisciplinaire de l'association (présidents de CLIN, infirmières hygiénistes, pharmaciens, cliniciens, biologistes, PH hygiénistes, cadres de santé) permet à chacun de partager des informations, des travaux et des expériences professionnelles. Des séminaires d'échanges sont organisés trois fois par an pour les membres de l'association et, toutes les six semaines, une réunion de formation permanente est organisée autour d'un thème lié à la LIN et animée par un expert invité (ex : l'hépatite C, le lavage des mains, ou la surveillance de l'environnement). En complément, l'APLEIN organise des études épidémiologiques multicentriques (ex : étude sur les SARM). Elle participe en tant que relais régional aux études organisées par le CCLIN Ouest et/ou aux enquêtes nationales. L'association a également mis en place des groupes de réflexion sur des sujets particuliers dans le but d'élaborer des protocoles communs¹. Enfin, il existe une politique de communication qui passe par la parution d'une lettre d'information et l'animation d'un site Internet² permettant la diffusion des bonnes pratiques, et d'informations tant juridiques, techniques que scientifiques.

¹ notamment à propos des difficultés spécifiques des longs séjours dans l'application des recommandations relatives à la LIN

² <http://www.aplein.org/>

Ainsi, l'APLEIN est devenue une structure de coordination des réseaux et d'offre de formation continue. Elle est aussi un acteur identifié par le CCLIN Ouest (dotation de fonctionnement, attribution de vacations de PH et de temps de secrétaire) pour être le relais régional de la politique interrégionale.

Toutefois son action reste polarisée sur le secteur sanitaire alors que le dispositif de la LIN doit être prochainement élargi aux nombreux EHPAD en Pays de la Loire comme l'a précisé l'arrêté du 17 mai 2006 concernant la mise en place de l'ARLIN.

1.3 L'application de l'arrêté du 17 mai 2006 : la mise en place de l'ARLIN et son insertion dans le dispositif.

1.3.1 Rôle et missions : aspects réglementaires

L'arrêté du 17 Mai 2006 crée les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, constituant un cadre de coopération formel constitué de médecins ou pharmaciens, IDE ou cadres de santé formés en hygiène et modifie le code de la santé publique à ce titre. Ainsi les articles L.6111-1 et R. 6111-1 et suivants précisent que les établissements de santé *«organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes»*. Implantées dans un établissement de santé, les antennes régionales disposent des moyens nécessaires à son fonctionnement. Relais de proximité auprès des établissements de santé et des EHPAD, ces antennes exercent des missions de conseil, d'expertise et de formation, en relation régulière avec l'ARH et la DRASS. Le programme d'activités annuel de ces antennes est élaboré par le CCLIN, assurant la cohérence à tous les niveaux. Le rapport annuel d'activités, annexé à celui du CCLIN, est transmis à l'ARH et à la DRASS. Les modalités d'organisation sont inscrites dans le règlement intérieur du CCLIN, notamment dans le cas d'interventions au nom du CCLIN : audits, expertise, surveillance et signalement des IN. La coordination des actions s'exerce avec la CIRE et les services de la DRASS (centre régional de pharmacovigilance et centre régional d'hémovigilance).

1.3.2 Un dispositif acté dans la région Pays de la Loire : état des lieux

La structure de l'ARLIN des Pays de Loire est implantée au sein de locaux mis à disposition par le CHU de Nantes. A ce jour, elle dispose d'un 0,5 ETP de praticien hospitalier et d'un temps plein de secrétariat. Le recrutement de deux cadres de santé est en cours. L'opérationnalité de l'antenne serait effective d'ici la fin de l'année.

L'ARLIN doit trouver sa légitimité au sein de l'organisation préexistante. L'enjeu est de fédérer les professionnels réunis au sein de neuf réseaux construits sur des logiques historiques, mais aussi basés sur une adaptation aux problématiques locales, tant conjoncturelles qu'humaines et culturelles.

2 Les incidences de la mise en œuvre de l'ARLIN sur les structures préexistantes

La mise en œuvre effective de l'ARLIN, en tant que structure professionnelle et réglementaire, est souhaitée par la majorité des acteurs de la LIN qui en a précisé les effets positifs escomptés (2.1). Néanmoins, le nouveau modèle de financement accompagnant cet échelon régional (2.2) suscite des interrogations et des appréhensions à propos du devenir de la dynamique des réseaux et de l'autonomie des acteurs dans le cadre de la nouvelle gouvernance qui en découle (2.3).

2.1 Effets positifs attendus dans la mise en œuvre de l'ARLIN par les acteurs :

2.1.1 L'ARLIN comme vecteur d'amélioration des modalités d'intervention pour une meilleure couverture territoriale et un élargissement du champ d'activités de la LIN

Au regard de la réglementation, l'ARLIN couvre les missions de l'APLEIN mais de manière plus formalisée avec l'obligation de couvrir l'ensemble des territoires de santé de la région Pays de Loire et d'élargir la prise en charge aux EHPAD et aux établissements privés de santé à but lucratif et PSPH. Par ailleurs, les 9 réseaux de LIN des Pays de la Loire ont précisé leurs attentes dans la mise en œuvre de l'ARLIN¹⁶, soit : des actions de formations ; davantage de benchmarking au regard d'indicateurs communs ; un rôle de coordonnateur dynamique territorial des réseaux confié à l'ARLIN ; une veille réglementaire ; une expertise qualité.

Sa principale force réside dans la grande proximité des professionnels de terrain, qui permet une réactivité appréciée (notamment dans les cas relevant de l'urgence sanitaire). La logique de réseau prend également tout son sens dans la complémentarité des compétences (compétences cliniques, en termes d'expertise, de conseil, et de formation).

L'ARLIN ne peut donc se créer *ex nihilo* en Pays de la Loire. Elle peut en effet s'appuyer sur une organisation antérieure regroupant des expertises et des organisations opérationnelles. Ainsi, l'objectif n'est pas d'ajouter une strate organisationnelle supplémentaire mais bien davantage d'améliorer le dispositif existant en lui donnant une véritable plus-value. Cette nouvelle organisation nécessite par conséquent de faire travailler ensemble tous les acteurs d'une même filière patient quel que soit le mode de prise en charge. En ce sens, l'ARLIN doit relever d'emblée un défi important : l'intégration du secteur médicosocial dans une région qui compte le plus d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en France. Cette intégration permettra de coordonner la LIN avec un seul financeur pour la totalité des établissements y compris les EHPAD.

Enfin, des liens sont nécessaires entre l'ARLIN et les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) de manière à les impliquer dans la LIN, d'autant que ces derniers interviennent dans les EHPAD et les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS). A ce titre, les URML proposent déjà des activités de formation que l'ARLIN pourrait intégrer et coordonner. Ceci permettrait à la responsable médicale de l'antenne d'atteindre d'autant plus rapidement les objectifs intermédiaires inhérents à l'harmonisation des pratiques et à la diffusion des compétences qui lui ont été assignés et ce, dans le but de pallier le manque de « pénétration » des bonnes pratiques dans certains territoires.

2.1.2 La nécessité d'un positionnement de l'ARLIN cohérent et lisible dans la déclinaison de ses missions

Dans un objectif de complémentarité, le CCLIN Ouest élabore le programme d'activités annuel de l'ARLIN comme le précise l'arrêté du 17 mai 2006. En contrepartie, cette dernière se positionnera en tant que relais d'appui comme prestataire du CCLIN et sera un interlocuteur unique et privilégié des futures ARS dans un objectif de lisibilité et de transparence pour les professionnels de santé et les usagers.

2.2 La question du changement de modèle de financement de la LIN :

L'introduction d'un nouvel échelon territorial dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, qui induit de fait une modification de l'organisation globale de la LIN, interroge également son mode de financement (2.2.1). Si le canal de ressources et le montant

¹⁶ Cf. rapport Allaire / Biais-Deffrennes (op.cit)

accordé pour l'ARLIN semblent établis, le financement de la LIN en général en Pays de la Loire doit être rationalisé (2.2.2).

2.2.1 Le financement de l'ARLIN : un modèle bien délimité mais qui peut présenter des difficultés dans son application

La mise en place de l'ARLIN s'est accompagnée d'une affectation de crédits spécifiques sous la forme d'une MIG, dont le montant standardisé a fait l'objet d'un modèle, précisé dans le guide méthodologique relatif à la contractualisation sur les Missions d'Intérêt Général. Ainsi, ce guide précise qu'il a été déterminé une « corrélation entre le financement accordé au titre des antennes et, d'une part, le nombre total de lits existants dans la région couverte par l'antenne, toutes catégories de lits confondues (MCO, SSR, psychiatrie et EHPAD) ; d'autre part, la superficie de la région, les temps de déplacement pouvant être sensiblement différents selon les régions. » Pour les Pays de la Loire, une enveloppe fléchée pour l'ARLIN d'un montant de 257 000 € pour l'ensemble du dispositif (i.e. budget de fonctionnement et recrutement des personnel) est versée à l'établissement support qu'est le CHU de Nantes.

Le versement effectif de ces crédits et leur sanctuarisation en MIG, sur un modèle déterminé à l'échelle nationale, sécurise l'émergence et l'organisation de ces structures régionales. Elles font l'objet d'un financement distinct des CCLIN ce qui légitime leur existence propre, bien qu'elles soient présentées comme des antennes de la structure interrégionale.

Si le versement de cette enveloppe ne pose pas de problème (les circulaires de campagne tarifaires 2007¹⁷ et 2008¹⁸ des établissements de santé ont attribué les crédits prévus pour leur financement, adjoints aux transferts de crédits opérés entre CCLIN et ARLIN début 2008), l'affectation réelle à sa mission pose quelques difficultés.

L'établissement support, généralement un CHU, peut, dans un contexte de redressement financier, retarder les recrutements ou mobiliser une partie des ressources pour d'autres missions ou services. Cela exige de la part de l'ARH un travail de contrôle de l'affectation des ressources, mais qui trouve ses limites dans l'exigence globale demandée aux établissements d'un gel des recrutements, au profit d'un redéploiement (voire d'une réduction) du personnel. Ce type de recommandations quasi-contradictoires peut mettre en difficulté les établissements et les acteurs

¹⁷ Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/n°2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.

¹⁸ Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/ n° 2008-82 du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

de la LIN. Dans ce contexte, l'absence d'une structure juridique rend moins lisible la question financière de l'ARLIN.

2.2.2 Des financements de réseaux à sécuriser et à diversifier

Le modèle de financement des réseaux (cf. infra) pose un problème qui obère dans une certaine mesure leur développement futur. Ainsi une directrice adjointe d'établissement explique que son centre hospitalier, support d'un réseau, se trouve *de facto* contributif pour l'ensemble des établissements du réseau qui y participent, mais se voit aujourd'hui face à une impasse budgétaire entre le montant inscrit en dépenses sur la comptabilité analytique et les financements effectivement inscrits en MIG. Cet écart financier peu important, qui n'induit pas de leur part une remise en cause immédiate de l'existence du réseau, peut néanmoins freiner son développement. Cet écart qui apparaît dans plusieurs établissements supports de réseaux est imputable, pour partie, à la non inscription dans le retraitement comptable 2003 de la totalité des coûts inhérents au réseau devant être sanctuarisés comme ressources en MIG.¹⁹

De façon plus générale, un défaut de financement des réseaux par les établissements satellites, et au-delà, l'absence de couverture totale des dépenses afférentes à leur fonctionnement, peut entraîner un désengagement des établissements supports. En période de T2A, il apparaît indispensable de sécuriser et de rationaliser les modes de financements en garantissant pour l'établissement support la maîtrise des dépenses et la recette afférente à l'activité produite. Des réflexions pourraient être menées sur le financement de prestations du réseau sur la base d'un forfait pour les missions programmées et une facturation en sus de l'intervention spécifique (cf. infra partie 3.3.2).

2.2.3 La question non réglée du financement de la LIN aux EHPAD

L'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux ARLIN prévoit l'élargissement de la LIN aux EHPAD, ponctuellement couverts jusqu'à présent par le CCLIN et les réseaux. L'exigence accrue de qualité du secteur médico-social nécessite un engagement financier concomitant pour y répondre. Le périmètre de l'ARLIN et son enveloppe fléchée paraissent insuffisants pour répondre à l'ensemble des EHPAD de la région. Une enveloppe médico-sociale spécifique à la LIN sera sans doute à solliciter auprès de la CNSA pour engager une véritable politique de gestion du risque infectieux dans la filière gériatrique.

¹⁹ La section d'imputation 2 (SI2) portant sur les missions hors activité a été la base de calcul de l'enveloppe Mission d'Intérêt Général

2.3 Les appréhensions relatives aux changements induits par la mise en place de l'ARLIN

La création d'une structure régionale ayant trait à la coordination de LIN a suscité autant d'intérêt que d'appréhension chez les professionnels de santé impliqués dans ce domaine. Ainsi, aux interrogations relatives à la pérennité de la dynamique des réseaux (2.3.1) se sont greffées des appréhensions quant à l'autonomie des acteurs de terrain dans le cadre de la nouvelle gouvernance à venir en matière de LIN dans la région Pays de la Loire (2.3.2).

2.3.1 Les interrogations sur la pérennité de la dynamique des réseaux

Structurés antérieurement à la mise en place de l'ARLIN, les 9 réseaux jouissent d'un fort ancrage local et sont largement identifiés dans leurs ressorts territoriaux respectifs par l'ensemble des acteurs de santé. Or, la création du nouvel échelon régional en matière de LIN et le changement de paradigme qui en découle emportent des conséquences incertaines et/ou anticipées par les acteurs sur l'avenir de la dynamique des réseaux ligériens. Ainsi, cette dynamique pourrait être altérée indirectement par le nouveau modèle de financement mentionné supra. En effet, l'éventuel désengagement des établissements supports pourrait amener les EOHH à un recentrage de leurs activités sur leurs établissements d'origine au détriment de la dynamique des réseaux à laquelle elles contribuent. Une petite minorité d'acteurs souligne également que le financement de l'ARLIN représente dans le même temps une perte de financement non négligeable, tant au niveau des réseaux des Pays de la Loire qu'à un niveau macroéconomique (à l'échelle nationale).

La création des ARLIN a traduit la volonté globale des pouvoirs publics d'inscrire la gestion du risque infectieux dans un cadre élargi. Ainsi, l'obligation de prise en charge de nouveaux acteurs tels que les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et les établissements de santé à but lucratif ou PSPH, implique une extension du champ d'intervention des réseaux qui ne va pas de soi. En premier lieu, les moyens humains et financiers sont actuellement insuffisants pour couvrir les quelques 350 EHPAD publics de la région Pays de la Loire. De même, les limites du périmètre d'intervention des réseaux ne sont pas encore actées. Et c'est précisément la question non résolue de leur redimensionnement, tant en terme de moyens humains que de rayonnement géographique qui nourrit l'appréhension parmi les acteurs. Cet élargissement du champ d'activité des réseaux pourrait en effet, dans sa forme la plus rationalisée, conduire à la suppression de certains d'entre eux affectés par des difficultés récurrentes et de ce fait peu efficaces.

En outre, la question du périmètre d'action prête à débat. L'objectif de mettre fin à la couverture territoriale trop hétérogène des réseaux (cf. carte des réseaux en 1.1.1) a conduit certains acteurs à proposer la définition d'un échelon départemental au sein duquel n'évoluerait plus qu'un seul réseau. Cette proposition, aurait alors pour conséquence de diviser le nombre des réseaux ligériens par deux, et ne semble pas être la plus appropriée. En effet, d'autres acteurs opteraient davantage pour un redimensionnement des réseaux à l'échelle des territoires de santé. Cette seconde hypothèse prendrait tout son sens dans le cadre des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) portées par le projet de loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST). Néanmoins, cette nouvelle dynamique des réseaux reste conditionnée à plusieurs précisions, notamment celle de l'autonomie des acteurs dans le cadre de la nouvelle gouvernance mise en place.

2.3.2 La question de l'autonomie des acteurs dans le cadre d'une nouvelle gouvernance

Il existe une réelle difficulté pour construire une gouvernance à l'échelon régional, la structuration des réseaux s'étant historiquement développée à l'échelon infra départemental.

Au regard de cette situation hétérogène, tant en termes de maillage territorial que de répartition des compétences et de modes de financement, la plupart des professionnels de santé s'accorde sur la nécessité de la mise en œuvre effective d'une structure de coordination à l'échelle régionale telle que l'ARLIN.

Toutefois, à l'instar des interrogations évoquées supra à propos de l'avenir de la dynamique des réseaux, les appréhensions sont relativement fortes quant à la part d'autonomie que la nouvelle gouvernance en matière de LIN accordera aux acteurs locaux. Celles-ci portent essentiellement sur deux points fondamentaux.

En matière de financement, la volonté de l'ARH de disposer d'une vision politique coordonnée de la LIN, en qualité de principal contributeur financier à ce dispositif, est perçue peu ou prou comme légitime. D'autant plus que le caractère pérenne du financement de ces activités fait de l'ARH un acteur désormais incontournable. Les nouvelles modalités de financement garantissent une vision prospective à l'échelon régional pour l'ensemble des acteurs concernés, tout en inscrivant de façon corollaire les actions de LIN dans la pluriannualité. Cependant, le fléchage en aval des crédits MIG vers l'ARLIN induit en amont un contrôle financier de l'ARH qui laisse entrevoir pour certains acteurs de terrain un risque sous-jacent de perte d'autonomie de l'ARLIN en matière de définition de la stratégie régionale de LIN et de ses orientations. Au mieux, le renforcement du rôle de l'ARH en matière de LIN est perçu comme l'expression potentielle d'une autorité bicéphale (ARH-ARLIN) dans la région Pays de la Loire.

En second lieu, la marge d'autonomie des acteurs de terrain par rapport aux actions à envisager au niveau local n'est pas encore arrêtée, suscitant également des appréhensions. En effet, l'absence d'intermédiation entre l'échelon infra départemental (réseaux) et l'échelon interrégional (CCLIN Ouest) permettait jusqu'alors un contrôle de la majeure partie du processus de LIN par les acteurs de terrain. Ceux-ci inscrivaient leurs actions dans le respect des orientations définies par le CCLIN Ouest tout en conservant une grande liberté et en évoluant de façon autonome. La mise en œuvre de l'ARLIN pourrait gommer cette relation préexistante, et par contrecoup, réduire la marge d'autonomie des professionnels dans la mesure où l'échelon régional aura pour fonction de décliner le programme annuel d'action en matière de LIN élaboré par le CCLIN Ouest comme prévu aux termes de l'arrêté du 17 mai 2006.

Il convient donc d'envisager l'association des acteurs locaux dans le pilotage relatif à la mise en place effective de l'ARLIN et ce, afin de préciser leurs missions et leurs rôles, mais également de les accompagner dans ce processus de changement organisationnel.

3 L'ARLIN comme levier d'optimisation et de redimensionnement du dispositif ligérien en matière de LIN : pistes de réflexion

Au travers d'exemples de dispositifs opérationnels en matière de LIN, tant dans un contexte étranger que dans d'autres régions françaises (3.1), certaines pistes de réflexion, relatives à la mise en place de l'ARLIN et à l'architecture organisationnelle qu'elle induit, peuvent être formulées (3.2).

3.1 Analyse de dispositifs opérationnels existants et pérennes

3.1.1 La LIN en Italie : une organisation fortement intégrée aux échelons régional et local

En Italie la problématique relative au risque infectieux relève d'un secteur traditionnel de l'hôpital public : la Direction Sanitaire, dirigée par un médecin hygiéniste ayant des fonctions de management des services très larges en complément des activités dédiées à l'hygiène des établissements hospitaliers pour lesquelles la loi lui confie une responsabilité morale et juridique conséquente. A ce titre, les activités inhérentes à la lutte et à la prévention des IN se déclinent dans le cadre d'un système intégré où l'échelon local occupe une place prépondérante, s'articulant en cohérence avec les standards nationaux minimaux définis dans les circulaires de 1985 et 1988 du Ministère de la Santé et les orientations supplémentaires décidées par les gouvernements régionaux.

La pertinence de la LIN italienne tient essentiellement dans l'articulation du système entre l'échelon régional intermédiaire et l'échelon local. En effet, l'architecture sanitaire italienne confère aux 20 gouvernements régionaux une grande autonomie dans la gestion de la santé. Certaines d'entre elles ont investi dans la création d'équipes régionales de coordination – direction d'actions en charge de l'hygiène et notamment de la LIN. Leurs interventions dans ce domaine se traduisent par l'organisation des études de surveillance au niveau régional, par des formations pour les ICI (Infermieri addetto allo Controllo delle Infezioni) et les médecins, par l'évaluation continue des plans d'activités avec des « sanctions » pour les établissements n'atteignant pas les objectifs, et, par l'aide à l'élaboration des programmes de prévention et de LIN ainsi que son évaluation dans chaque hôpital.

Ce lien existant entre l'échelon régional et l'échelon local est renforcé par deux éléments interdépendants concourant à un système de LIN intégré. L'organisation des secteurs de soins sur l'ensemble du territoire national est homogène. Chaque région est partagée en ASL (Azienda Sanitaria Locale) correspondant à un bassin de population comprenant entre 200 et 300 000 habitants, structures dont dépendent l'ensemble des hôpitaux publics du ressort territorial qu'elles recouvrent. D'autre part, ce maillage territorial homogène s'accompagne de prérogatives propres au gouvernement régional en matière de nomination des directeurs d'hôpitaux nommés à la tête de l'ASL : les hôpitaux publics (Ospedali) étant alors dirigés par une direction commune (dans laquelle figure en bonne place la Direction Sanitaire en tant que direction fonctionnelle). Dès lors, la LIN trouve dans le lien entre l'équipe régionale et la Direction Sanitaire de l'ASL un premier caractère opérationnel.

Sa seconde déclinaison s'effectue à partir de la Direction Sanitaire qui coordonne la LIN dans l'ensemble des établissements hospitaliers dont elle a la charge. Ce rôle de coordination consiste à diffuser les recommandations et les bonnes pratiques à l'ensemble des personnels référents, et surtout à affecter les ressources financières et humaines (médicales et paramédicales) aux hôpitaux. En règle générale, il y a entre 1 et 2 ETP de praticiens hygiénistes pour 250 à 300 lits. Quant aux ICI, ils sont théoriquement chargés de l'animation de la CIO (Commissione per le Infezioni Ospedaliere) composée de médecins, du pharmacien et d'un docteur en microbiologie qui forment également l'EOHH chargée de réaliser les programmes de surveillance et de contrôle ainsi que la formation culturelle et technique des personnels de l'hôpital.

3.1.2 L'organisation effective des ARLIN dans les autres régions françaises et l'exemple spécifique de l'ARLIN Basse Normandie

Dans le cadre de notre étude comparative avec certaines structures régionales de LIN, la composition des ARLIN ne révèle pas de différences notables entre elles conformément à la circulaire du 17 mai 2006. En revanche, les missions dévolues à chacune des ARLIN sont présentées différemment. La seule constante est le respect des cinq missions : prévention, formation, surveillance, assistance et audits/observation des pratiques.

Mais surtout, la lecture des statuts, quand ils sont formalisés, montre une grande hétérogénéité, permise par l'arrêté du 17 mai 2006, en termes de gouvernance et de relations avec les CCLIN, les ARH ou les DRASS. A titre d'illustration, les ARLIN peuvent prendre différentes formes²⁰.

L'exemple de la Basse-Normandie peut faire l'objet d'un éclairage particulier. En effet, dans cette région, l'organisation de la LIN apparaît particulièrement aboutie. La mise en place de l'ARLIN a été facilitée par l'existence préalable d'un seul réseau hygiène hospitalière (RHH). Cette différence notable ne doit pas empêcher les Pays de la Loire de s'inspirer de ce modèle. Le principal intérêt de cette organisation réside dans une gouvernance clairement définie par la convention 2007-2010 conclue par les établissements. Cette organisation permet aux établissements d'être responsables de l'organisation régionale de la LIN. L'exécution du programme relève de la cellule de coordination de l'ARLIN. Un comité de pilotage a été institué dont les membres sont uniquement des chefs d'établissements ou leur représentants.

Dans les Pays de la Loire, l'existence de plusieurs réseaux implique pour l'ARLIN une mission de coordination des réseaux qui pourrait être partagée entre les représentants des établissements et les représentants des réseaux.

En 2003, la DRASS Pays de la Loire avait déjà réfléchi sur un modèle inspiré de l'exemple de la Basse-Normandie. Mais la place envisagée pour les réseaux existants dans la gouvernance de l'ARLIN, n'avait pas permis de remporter leur adhésion. L'histoire de la LIN dans les Pays de la Loire implique la légitime volonté des réseaux de participer à la gouvernance régionale selon des modalités concertées.

²⁰ Voir Annexe IX : Tableau comparatif et gestion des risques

3.2 Formulation de pistes de réflexion : pour une ARLIN Pays de la Loire efficiente dans un dispositif cohérent et pérenne

Cette analyse basée sur le concept de réseau²¹, la réflexion nourrie par nos entretiens avec des acteurs de la LIN en PDL, nos lectures sur la politique de prévention des IAS et la comparaison avec d'autres systèmes (Italie, autres régions) nous ont amenés à retenir trois variables influant sur le dispositif de mise en œuvre de cette politique au niveau régional, dont l'ARLIN pourrait devenir le levier d'optimisation. Ces variables sont l'entité juridique de l'ARLIN (3.2.1), le mode de financement de la LIN (3.2.2) et son mode de gouvernance (3.2.3)

3.2.1 Faut-il envisager une entité juridique inhérente à l'ARLIN ?

L'ARLIN de la région des Pays de la Loire est à ce jour adossée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, mais en vue de la structuration de son action, la question d'une entité juridique propre peut être posée.

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées pour l'ARLIN.

L'existence préalable de l'APLEIN, **association** loi 1901, peut suggérer l'intégration de l'ARLIN dans ce même statut. Cette solution simple en termes de démarches administratives semble également réalisable en termes de financement, puisque la MIG versée au CHU peut ensuite faire l'objet d'une subvention à l'association sur la base d'une convention. Cette solution présente par ailleurs un grand nombre d'avantages en termes de flexibilité, de réactivité. Toutefois, cette hypothèse semble présenter un problème majeur de contrôle de l'atteinte des objectifs définis dans le cadre de l'enveloppe fléchée pour l'ARH, en raison du détachement de l'activité de l'établissement support et récipiendaire de la dotation.

Les hypothèses de **structures de coopération hospitalière** (GCS/GCSMS/GIE/GIP) semblent peu adaptées à l'ARLIN car ces dispositifs sont lourds pour un champ étroit comme la LIN et sont peu pertinents à un échelon régional (environ 150 établissements de santé et 350 EHPAD). En revanche, il serait intéressant de faire émerger ce type de structures de coopération au niveau des réseaux sur ce champ d'actions et pourquoi pas dans un cadre élargi à la gestion des risques et qualité et/ou fonctions supports (sur l'exemple du réseau Eclin à Challans).

La dernière hypothèse est **l'absence d'entité propre**. Ce dispositif tel qu'il est pour le moment envisagé, permet de faire bénéficier l'ARLIN des moyens logistiques du CHU de Nantes. Toutefois, elle impose pour l'ARH (future ARS) un contrôle soutenu pour que les crédits soient effectivement dédiés à cette mission, notamment dans le contexte fort d'assainissement budgétaire

imposé à ce CHU. De plus, le risque d'utilisation et de recentrage du personnel et non à l'échelon régional est prégnant, et exige d'envisager une part de recrutement externe à cet établissement.

L'hétérogénéité des entités juridiques des réseaux rend complexe leur adhésion à une entité nouvelle de coordination régionale de la LIN. Au final, malgré les risques que cela comporte, ne pas immédiatement attribuer à l'ARLIN une structure juridique spécifique préserve un dispositif souple, qui limite les coûts de structure et de fonctions supports et permet d'envisager à moyen terme l'insertion de la LIN dans un dispositif plus large de gestion des risques. Cela semble donc être la solution la plus adéquate à court terme.

Toutefois, il semble pertinent d'envisager parallèlement une structure associative comme support du volet formation/expertise de l'ARLIN, à l'image de ce qui existe à la Réunion. En effet, dans cette région, il existe une structure adossée au CHU de Saint-Pierre remplissant les missions dévolues à l'antenne régionale (la FELIN) mais aussi une association bénéficiant d'un numéro d'enregistrement en tant qu'organisme de formation continue lui permettant d'être financée par les organismes collecteurs privés et publics (l'AFELIN).

3.2.2 Quelle(s) source(s) de financement pour l'ARLIN, et pour la LIN en général?

Le financement de l'ARLIN est fléché mais il comporte des marges de manœuvre :

Le mode de financement est défini dans le cadre du cahier des charges des MIG. Cette enveloppe fléchée dédiée à l'ARLIN donne des contours précis au montant et au mode de financement de celle-ci.

Toutefois, la question se pose de la possibilité de rechercher des financements complémentaires pour mener à bien l'ensemble de la politique de LIN. Pour y répondre, la perspective de l'adossement d'un volet associatif sur le champ des formations et des expertises apparaît être un levier intéressant. L'association doit alors être un organisme de formation continue et demander des agréments auprès des organismes financeurs de la formation continue des secteurs privés et publics permettant de facturer aux établissements les prestations. Sur le même support, peut s'envisager encore la facturation de missions d'expertise, moins onéreuses que les cabinets de consultants privés, comme par exemple des audits internes à la demande des établissements pour évaluation des pratiques professionnelles (EPP), qui pourraient être facturés en supplément du panier de prestations de base (cf. infra).

²¹ Concept de réseau décrit dans la partie « définitions »

Enfin, l'ARLIN pourrait répondre à des demandes financées par les DRASS sur des missions thématiques ou des études réclamant une expertise particulière à l'instar des observatoires régionaux de santé.

Vers une inéluctable contribution des établissements au financement des réseaux :

La contribution des établissements au sein des réseaux de l'ARLIN semble désormais inévitable en raison de la situation financière particulièrement contrainte des établissements de santé, notamment ceux qui sont support de réseaux, et du contexte de la T2A. Elle pourrait être versée par les établissements bénéficiaires en contrepartie d'un panier de prestations (correspondant peu ou prou à une EOIH) par convention. Cette incitation à la participation financière des établissements aurait également vocation à recomposer l'offre des réseaux en rationalisant leurs contours et leurs modes de fonctionnement encore trop hétérogènes. Un accompagnement financier de l'ARH par le biais de l'enveloppe AC pour les réseaux les plus contraints budgétairement pourrait éventuellement inciter à ce mouvement.

De façon concomitante, l'inclusion des EHPAD dans les réseaux et l'ARLIN nécessite la recherche de financements complémentaires. Plus précisément un financement de la CNSA devrait être recherché en sensibilisant son conseil scientifique sur les conséquences des hospitalisations liées à la contraction d'IAS en EHPAD en terme de perte d'autonomie. Ceci est d'autant plus d'actualité que la future ARS sera l'administration de tarification des EHPAD pour le compte de la CNSA.

3.2.3 Quelle gouvernance faut-il envisager pour la politique de LIN en Pays de la Loire ?

Il ne faut pas perdre de vue que la performance du dispositif de LIN est étroitement liée aux EOHH et réseaux existants, qui sont reconnus par la majorité des professionnels de la région. Aussi, pour ne pas démobiliser les acteurs de terrains évoluant dans des dispositifs opérationnels, il semble plus stratégique de proposer un montage organisationnel gradué, souple, évolutif, et peu coûteux. Il convient donc de conserver la dynamique des réseaux, tout en rationalisant leurs organisations (réduction du nombre, harmonisation des pratiques sous le modèle unique de l'EOIH) et leur couverture territoriale, et en les fédérant autour de l'ARLIN.

La gouvernance de l'ARLIN

Le programme annuel ou pluriannuel de l'ARLIN, déclinaison régionale des orientations du CCLIN, devrait intégrer les besoins des réseaux mais aussi les priorités régionales déterminées au sein de l'ARH et de l'ensemble des acteurs régionaux de santé publique. Le CCLIN pourrait alors se recentrer sur les missions d'expertise.

Sur le modèle de la Basse-Normandie, qui fait figure d'exemple en matière de LIN, il semble intéressant d'envisager les modalités d'organisation suivantes :

- La politique régionale de coordination des réseaux pourrait être confiée à une **cellule de coordination régionale**, c'est-à-dire l'ARLIN dans sa composante opérationnelle (le PH, les deux cadres, le secrétariat). Les missions confiées à cette structure seraient organisées en cohérence avec la politique définie par le conseil scientifique et validée par le comité de pilotage (cf. infra).
- Le **comité de pilotage**, sur proposition de la cellule, et après avis du conseil scientifique, arrêterait le programme annuel d'actions de surveillance, de prévention, de formation et d'évaluation. Il aurait également pour mission de veiller à la bonne utilisation des ressources affectées et à l'atteinte des objectifs assignés. Pour garantir la cohérence des actions de LIN, le Médecin Inspecteur Régional (MIR) pourrait être membre de droit de ce comité. De même, la présence d'un représentant des réseaux paraît incontournable pour permettre l'identification des besoins sur tout le territoire et l'harmonisation des politiques de LIN. La présence de représentants des établissements de santé et ESMS (publics, privés lucratifs, PSPH) et des différentes catégories de professionnels (directeurs/médicaux/paramédicaux) permettra de veiller à la diversité des profils. Le médecin responsable de la cellule de coordination est membre de droit. Enfin, il est important d'accorder une place aux représentants des usagers dans ce comité de pilotage, et de leur donner voix délibérative. Ils pourraient être choisis parmi des établissements de santé de la région.
- Le **conseil scientifique** serait chargé de faire des propositions au comité de pilotage sur le programme annuel d'actions et de formations. Il serait composé d'un représentant du CCLIN ouest, des représentants élus au sein du collège des médecins et des pharmaciens intervenant dans les réseaux, des paramédicaux des EOHH ou EOIH, des techniciens et ingénieurs.

Pour remporter l'adhésion des professionnels de santé sur cette organisation et valoriser leur expertise, la création du conseil scientifique au niveau du volet associatif de l'ARLIN permettrait aux acteurs d'être partie prenante aux missions de celle-ci. L'APLEIN pourrait dès lors devenir le support associatif de l'ARLIN sous les conditions suivantes :

- modification des statuts de l'association pour lui permettre de devenir organisme de formation continue auprès des établissements de santé, ESMS et des réseaux ;
- modification du règlement intérieur pour que le COPIL soit son interlocuteur ;
- demande d'agrément auprès d'organismes financeurs de formation continue publics et privés.

Cette solution apparaît comme la plus fédérative auprès de l'ensemble des professionnels, la plus souple au niveau organisationnel, la plus adaptable dans un contexte sanitaire et médico-social en pleine recomposition et qui permet un lancement rapide de l'ARLIN. Cela induirait un recentrage de l'activité du CCLIN ouest sur des missions de recherche nécessitant un échantillon de population important, l'analyse statistique de données, la production de référentiels et de règles de bonnes pratiques.

3.2.4 Une indispensable recomposition parallèle des réseaux

L'hétérogénéité des réseaux de LIN en Pays de la Loire, même s'ils ont un rôle majeur auprès des établissements de santé, notamment ceux de petite taille, milite pour leur rationalisation. En plus de l'incitation importante liée au mode de financement et à l'évolution des structures juridiques de ceux-ci, la loi HPST aura vraisemblablement en ce domaine une influence non négligeable à moyen terme. En effet, les objectifs de redéfinition des territoires de santé (par l'incitation forte à la mise en place de CHT ou de GCS public-privé) auront des répercussions en matière de LIN, et faciliteront l'émergence d'EIOH (qui couvriraient alors les besoins des établissements publics de santé, des EHPAD, des établissements privés et des établissements PSPH). Cela aurait l'avantage de rendre plus cohérent la LIN sur l'ensemble du parcours patient/résident dans les différentes structures.

A moyen terme, la LIN doit être incluse dans la politique plus générale de gestion des risques et de la qualité.

Comme le précise le programme national LIN 2005-2008, la LIN *«ne s'envisage plus aujourd'hui comme une politique sectorielle isolée, mais s'inscrit dans un système de santé publique prenant en compte la gestion des risques sanitaires»* et mentionne le fait de *«promouvoir l'articulation des équipes d'hygiène avec la démarche de gestion des risques de l'établissement en valorisant l'expérience de la prévention du risque infectieux»*. Il apparaît en effet indispensable d'ouvrir à moyen terme la LIN sur les IAS en général, et, au-delà, sur la gestion des risques.

A ce titre, la mise en place d'une plateforme régionale « Qualité-Risque » est d'ores et déjà envisagée par certains acteurs ligériens, et préfigure d'une organisation à venir dans le contexte d'émergence des ARS. L'ARLIN serait dans ce contexte le vecteur essentiel de ce rapprochement des cultures avant une éventuelle fusion des structures... La crainte de la perte de spécificité de l'hygiène ne doit pas faire oublier que c'est en s'appuyant sur leur culture et leur savoir-faire éprouvé qu'on pourrait construire une véritable politique de gestion des risques.

CONCLUSION :

Au terme de cette analyse, l'ARLIN se présente comme un dispositif permettant de trouver de la cohérence dans le développement de la politique de maîtrise du risque infectieux. Elle participe à la mise en œuvre d'une coordination avec les services médico-sociaux et libéraux, ce qui apparaît comme une extension pertinente en termes de parcours de soins du patient/résident, et permet de «*tisser une offre de soins de qualité et équitable*»,²² en réponse aux difficultés de prise en charge ou d'organisation du travail au sein de certains établissements.

Le cadre réglementaire laisse la possibilité aux membres de l'ARLIN, mais aussi aux membres des réseaux, de trouver des moyens de fonctionnement qui peuvent convenir à tous. La réelle dynamique développée par l'engagement de l'ensemble des acteurs dans ce nouveau dispositif contribuerait à la légitimité de l'antenne. Corrélativement, elle permettrait de rapprocher les réseaux fondés sur les territoires spontanés et de construire le maillage territorial de la politique régionale de la LIN.

Parallèlement, les exigences de qualité et de sécurité des soins sont devenues prégnantes pour les établissements, ainsi que pour les professionnels dans un contexte économique, juridique et d'assurabilité de plus en plus tendu. La question des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins dans les établissements de santé est aujourd'hui centrale. A ce titre, les nombreuses actions engagées témoignent de l'enjeu prépondérant de la sécurité sanitaire, notamment à travers la loi relative aux droits du malade et à la qualité des soins²³ et celle inhérente à la politique de santé publique²⁴ qui prévoit de réduire de 10 à 7% la proportion des séjours au cours desquels survient un événement iatrogène.

Ainsi, les établissements de santé sont incités depuis 2004 à mettre en place des programmes de management des risques²⁵. Le champ des infections nosocomiales devient un élément de la gestion des risques liés aux soins et une problématique des conséquences iatrogènes.

Dès lors, un dispositif dédié au seul risque infectieux n'est plus pertinent, d'autant qu'un des axes du plan stratégique national 2009-2012 de prévention des IAS²⁶ intègre dans ses

22 F.X.SCHWEYER, « Médecine libérale, accès aux soins, réseaux de santé » intervention Directeur des Soins, EHESP, 2009

²³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²⁴ Loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁵ La circulaire DHOS/E 2/E n° 2004-176 du 29 Mars 2004 éditée des recommandations pour la mise en place d'un programme global de gestion des risques. Elle spécifie que la fonction de gestionnaire des risques peut être mutualisée entre plusieurs établissements.

²⁶ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, «Plan stratégique national 2009-2012 de prévention des infections associées aux soins»

modalités la régionalisation de la mise en œuvre de la politique de gestion des risques associés aux soins.

La structuration de la gestion des risques peut s'envisager sous l'angle des modalités utilisées pour la gestion du risque infectieux ; le premier point étant le positionnement stratégique et organisationnel du risque. Il peut être intéressant d'envisager la coordination de l'hygiène et de la gestion des risques sur les principes développés pour l'hygiène et notamment la mutualisation, l'organisation et le déploiement des missions. L'attribution de moyens supplémentaires permettrait d'intégrer la gestion des risques aux missions des équipes inter établissements sur le modèle de la gestion du risque infectieux, même en l'absence de modalité réglementaire.

Depuis 1972, le conseil de l'Europe attirait l'attention des responsables hospitaliers sur la nécessité de mettre en place dans les établissements de santé des comités de lutte contre les infections (CLI). Cette dynamique induite par les experts européens se situait en parallèle de l'action menée aux Etats-Unis d'Amérique où l'existence d'un CLIN fonctionnel représente l'un des critères auxquels doivent répondre les établissements de santé pour obtenir leur accréditation. En France, cette recommandation n'est devenue effective qu'en 1988 et l'atteinte des objectifs de maîtrise du risque infectieux au titre des événements évitables reste à développer. Dans la mesure où la présence d'un gestionnaire de risques devient une pratique exigible prioritaire dans la troisième itération de la visite de certification, la coordination « hygiène hospitalière et gestion des risques » pourrait créer une synergie et constituer la réponse aux exigences de qualité attendue par les usagers. De façon concomitante, l'élaboration d'indicateurs européens identiques à partir de systèmes sanitaires semblables permettrait de converger de manière plus harmonieuse vers une définition commune de plateformes de gestion des risques et de la qualité.

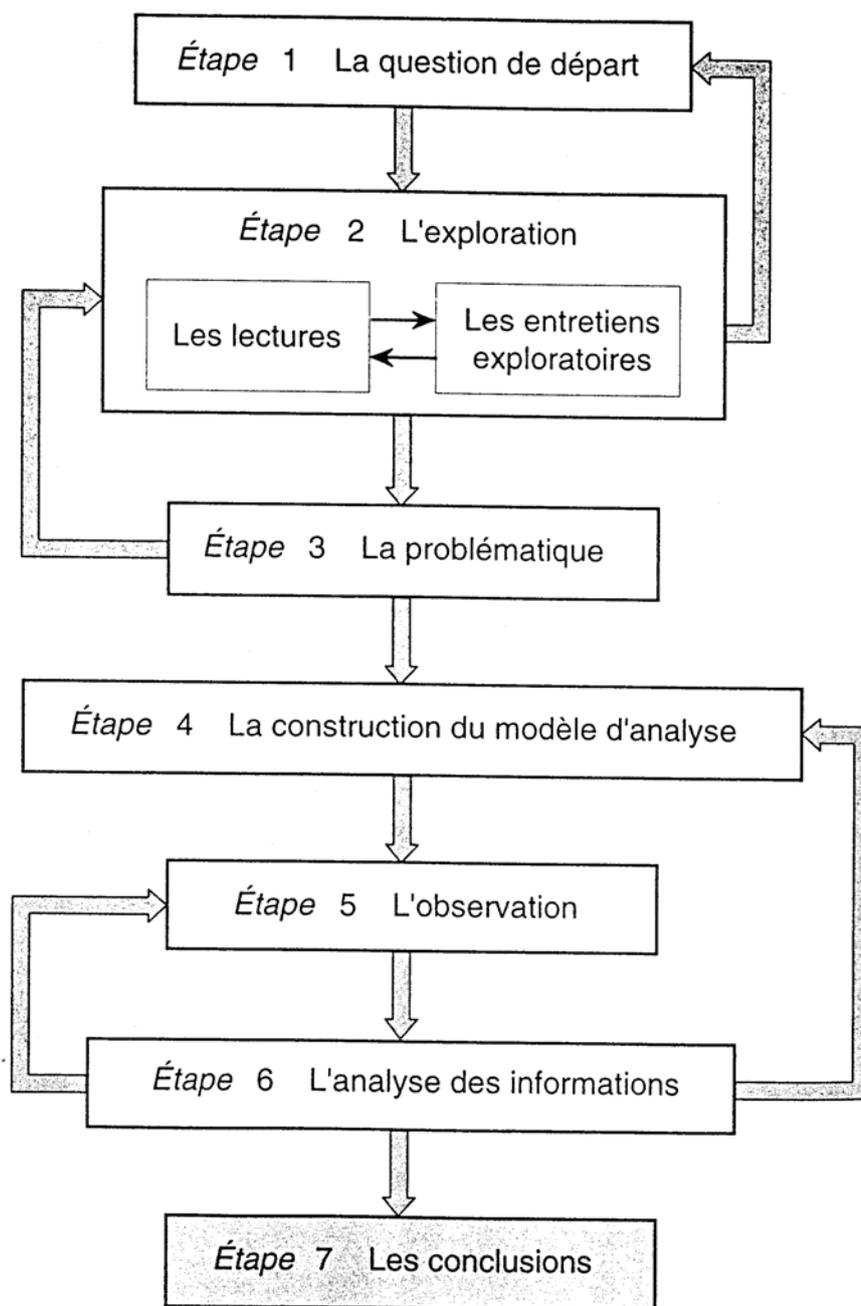
Liste des annexes

ANNEXE I	Planning des entretiens et des visites	II
ANNEXE II	Grille de méthodologie selon Quivy	III
ANNEXE III	Grille d’entretiens.....	V
ANNEXE IV	Support d’entretien sur SITES	VIII
ANNEXE V	Exemple de compte-rendu d’entretien téléphonique	X
ANNEXE VI	Arrêté du 17 mai 2006	XIII
ANNEXE VII	Tableau des résultats des indicateurs issus du rapport ALLAIRE – BIAIS-DEFFRENNES	XV
ANNEXE VIII	Grille d’analyse de contenu	XVI
ANNEXE IX	Analyse comparative des organisations françaises et italiennes en matière de LIN	XVII
ANNEXE X	Tableau récapitulatif des formulations de gouvernance régionale en matière de LIN dans quatre régions françaises où les ARLIN sont opérationnelles	XXI
ANNEXE XI	Tableau Comparatif Hygiène et Gestion des risques	XXII

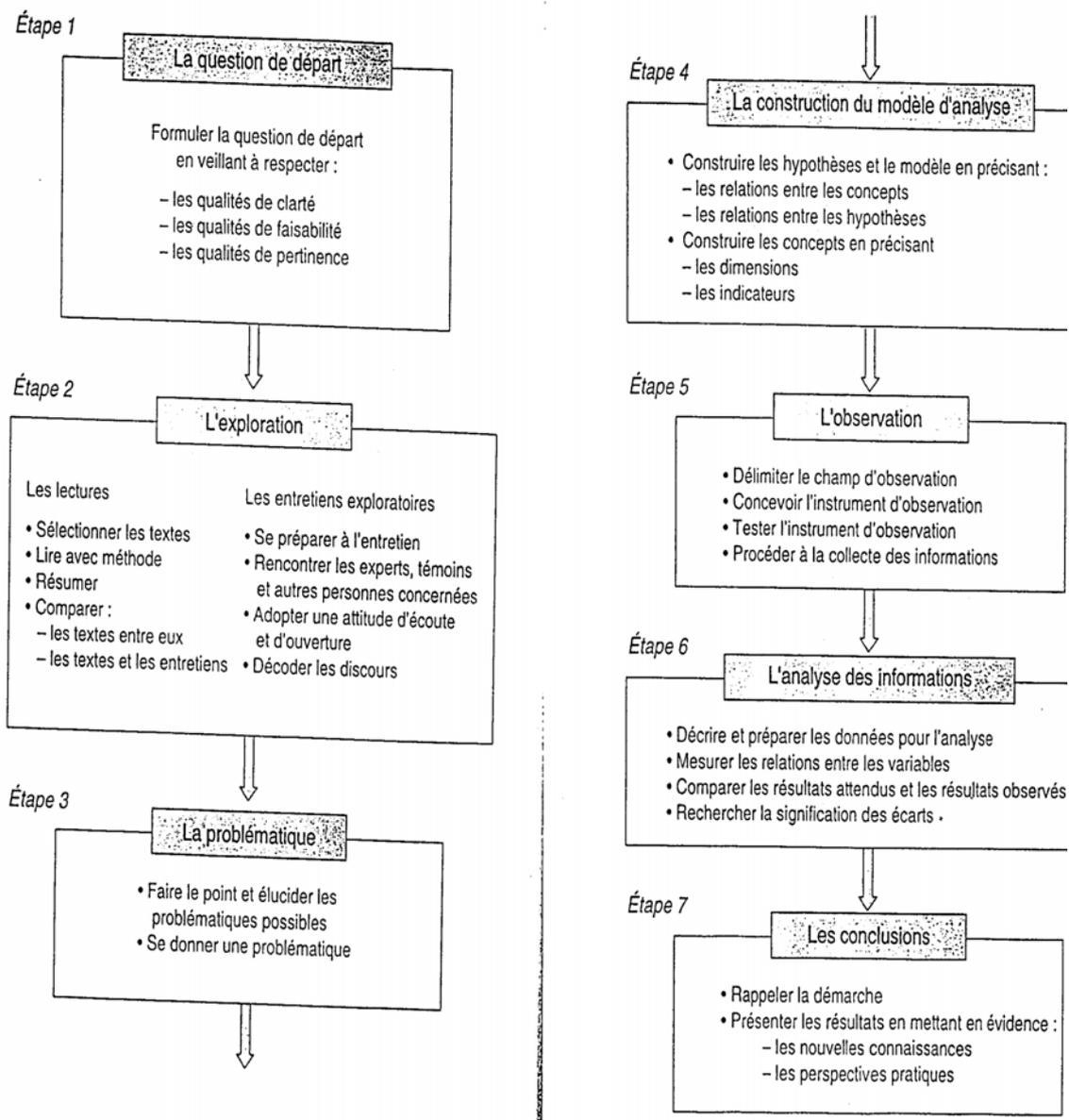
ANNEXE I **Planning des entretiens et des visites**

DATE	HORAIRE	TYPE D'ENTRETIEN	DPT	ETABLISSEMENT	FONCTION
ETABLISSEMENT SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL - LOIRE-ATLANTIQUE					
Mercredi 6 mai 2009	9H30 à 12H	VISITE SUR LE SITE	44	Hôpital intercommunal du Pays de Retz et EHPAHD	Directeur
ETABLISSEMENT SANITAIRE - LOIRE-ATLANTIQUE					
Mercredi 6 mai 2009	14H à 17H	VISITE SUR LE SITE	44	CH de Saint-Nazaire	Président du Conseil scientifique du CCLIN - Hygiéniste DES en charge de la stratégie
Mardi 12 mai 2009	15H à 16H	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	44	C.H.U de Nantes	Directrice des usagers des risques et de la qualité
Mercredi 13 mai 2009	11H à 12H	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	44	C.H.U de Nantes	Pharmacien hygiéniste CRLC
Lundi 11 mai 2009	11H à 11H30	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	44	CH de Challans	IDE hygiéniste réseau ECLIN
ETABLISSEMENT SANITAIRE - VENDEE					
Lundi 11 mai 2009	10H à 11H	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	85	CH de Challans	Directeur général
CCLIN et ARLIN - BRETAGNE/LOIRE-ATLANTIQUE					
Mardi 12 mai 2009	11H à 1H	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	29	C.H.U de Brest	Président du CCLIN OUEST
Mercredi 13 mai 2009	9H30 à 10h30	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	44	C.H.U de Nantes	Médecin de ARLIN
REPRESENTANTS DES USAGERS					
Lundi 11 mai 2009	8H45 à 9H45	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	75	UFC-Que Choisir	Représentant des usagers au sein de la CRS PDL
Vendredi 15 mai 2009	9H	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	44	NCN - Nantes	Membre de la CRUQ, représentant des usagers, Ligue contre le Cancer
Jeudi 14 mai 2009	10H à 11H	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	44	PCA - St Herblain	Représentant des usagers au sein du CRUQ
APLEIN					
Vendredi 15 mai 2009	11 H	VISITE SUR SITE	44	C.HU Bichat (18ème)	Président de l'APLEIN
CORRESPONDANTS ARH PAYS DE LA LOIRE					
Lundi 11 mai 2009	14H30 à 15H30	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	44	ARH	Chargé de mission responsable réseaux de qualité et gestion des risques
CORRESPONDANTS DRASS PAYS DE LA LOIRE					
Vendredi 15 mai 2009	14 H	VISITE SUR SITE	44	DRASS	Médecin inspecteur de santé publique

LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE



Manuel de recherche en sciences sociales, Raymond Quivy, Luc Van Campenhout, Dunod, Paris, 1995, p16



ANNEXE III Grille d'entretiens

Grille entretien avec le Chargé de mission ARH

Question 1 : Rôle, fonction et missions en qualité de chargé de mission ARH ?

Question 2 : Pertinence de la structure LIN en PDL ? Forces et faiblesses ? (Panorama)

- Quelle est votre perception personnelle du maillage territorial qui s'appuie actuellement sur les 9 réseaux de proximité, largement hétérogènes dans leurs modes de fonctionnement et de financement ?
- Connaissez vous l'historique en matière de structuration LIN en PDL ?

Question 3 : Quel est l'impact généré par la mise en place de l'ARLIN (comme nouvel échelon territorial) en matière de LIN sur les structures préexistantes ?

Question 4 : Quel est le positionnement de l'ARLIN par rapport à :

- Réseaux ? (le but est-il d'homogénéiser l'organisation, les financements et éviter le mitage territorial ?)
- APLEIN ?
- Tutelles ?

Question 5 : Quelles sont les limites, obstacles et résistances freinant la mise en place de l'ARLIN ?

- Quels sont les enjeux de pouvoir et/ou financiers dans cette nouvelle configuration ?
- Les réseaux seront-ils en mesure d'absorber les EHPAD, compte tenu de leur incorporation dans le périmètre d'intervention de l'ARLIN ?
- Quel cadre de représentation des réseaux au sein de l'ARLIN ? Si il existe une possibilité, quelle faisabilité juridique et institutionnelle permettant la mise en place d'une instance consultative ?

Question 6 : Comment se déclinera le financement des différents acteurs LIN (hormis APLEIN) ?

Grille d'entretien avec les représentants des usagers

Question 1 : Quelles sont vos responsabilités, missions et fonctions auprès des usagers (au sein de la CRS) ?

Question 2 : Quelle place la CRS accorde-t-elle aux enjeux de la LIN et quels sont les débats éventuels ayant eu lieu ? Et si débat il y a, pourriez-vous nous faire parvenir les P.V afférents ?

Question 3 : Quelle est votre perception de l'engagement et de la réactivité des établissements dans la LIN, en termes de fiabilité des données et de formation des acteurs concernés ?

- Pensez vous que, du point de vue de l'utilisateur, la politique de LIN actuelle soit une démarche suffisamment incitative ou devrait-elle être davantage coercitive ?

-

Question 4 : Connaissez vous l'organisation régionale en PDL ? Et si oui, les CLIN, les réseaux, l'ARLIN/APLEIN, CCLIN Ouest ?

- Quel échelon territorial vous semble le plus pertinent pour la LIN ?

Question 5 : Transparence du système LIN pour les usagers :

- Information, prévention et sensibilisation des usagers en matière de IN et de LIN : qui vous fait parvenir les documents ? quel type de documents ?
- Perception et portée de la problématique IN chez les usagers

Question 6 : Pertinence du classement de la presse nationale ?

Grille entretien CCLIN /ARLIN

Question 1 : Rôle du CCLIN Ouest dans le dispositif de lutte contre les I.N.

Composition de l'équipe et missions

Question 2 : Que pensez-vous du nouvel échelon régional : ARLIN

Question 3 : Quel est l'impact généré par la mise en place de l'ARLIN en matière de LIN sur les structures préexistantes et notamment du CCLIN ?

Question 4 : Organisation par région : hétérogénéité ?

Question 5 : Quelles sont les limites, obstacles et résistances à la mise en place de l'ARLIN ?

- Quels sont les enjeux de pouvoir et/ou financiers dans cette nouvelle configuration ?
- Les réseaux seront-ils en mesure d'absorber les EHPAD, compte tenu de leur incorporation dans le périmètre d'intervention de l'ARLIN ?

Question 6 : Comment se déclinera le financement des différents acteurs LIN ?



EHESP

ANNEXE IV Support d'entretien sur SITES

THEMES ABORDES DANS LA COLLECTE DES DONNEES		INTERLOCUTEUR/ DATE / NOM :
1- POLITIQUE D'E.S.	<p>Le positionnement dans le territoire</p> <p>Définition d'une politique / projet d'établissement de santé</p> <p>Définition d'un programme d'actions</p> <p>Besoins</p> <p>Où en êtes-vous ?</p>	
2- MOYENS	<p>Quelles contributions comptez vous ou avez-vous apporté ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • participation au projet / niveau d'implication des acteurs • moyens financiers • moyens humains : EOHH, temps dédié, interne à la structure • moyens logistiques (locaux, matériels...) 	
3- RELATIONS AVEC LES AUTRES ACTEURS	<p>Quels partenariats ? Comment ? Sur quels champs ?</p> <p>Prévention, Formation, Surveillance, Conseil, Evaluation</p>	

(INTERNE – EXTERNE)	Quels modes de communication ? Périodicité des rencontres ? Coordination intersites ?	
4- LIMITES	Quelles difficultés avez-vous ou rencontrez-vous dans la mise en œuvre du programme? Synergies? Propositions d'amélioration ?	
5- ATTENTES ET INTERET A PARTICIPER	Les évolutions : ARLIN APLEIN - COLINES Intérêts à participer ?	
6- PRECONISATIONS	Solutions proposées	
7- AUTRES		

- Avez-vous des documents qui pourraient nous aider dans notre analyse ? pour illustrer ?

ANNEXE V Exemple de compte-rendu d'entretien téléphonique

	ENTRETIEN TELEPHONIQUE	E6
		Page X/4

Entretien réalisé par : Stéphane Denié

Retranscrit par : Stéphane Denié, Florent Cavelier, Delphine Phillipot.

Personne auditionnée : Mme Nathalie Robin-Sanchez, Directrice des Usagers, des Risques et de la Qualité (DURQ) du CHU de Nantes

Coordonnées : Mme Nathalie Robin-Sanchez, DURQ, CHU de Nantes. Tel. 02 40 08 71 54

Objet de l'entretien : Mise en place de l'ARLIN dans la région Pays de la Loire.

Date et lieu de l'entretien : mardi 12 mai 2009, Salle SR3.

Durée : 45 minutes

Modalités : entretien téléphonique

Autorisation de citer son nom et/ou ses propos : sous réserve de relecture et d'approbation.

- Question 1 : Fonctions, rôle et missions au sein du CHU de Nantes et votre rapport avec la LIN ?

En juin 2008, s'est opérée une fusion de la direction des usagers avec celle de la gestion des risques et de la qualité, donnant ainsi naissance à la DURQ.

La DURQ assure, avec le Pr Lambaille, la co-présidence de la COPIL (sous commission de la CME dédiée à la gestion des risques au sein du CHU), qui, avec le CLIN présidé par le Pr Villers et l'EOHH, sont les interlocuteurs privilégiés de la DG.

L'ARLIN et les problématiques s'y rapportant s'inscrivent dans ce dispositif.

- Question 2 : Selon vous, quelle est la pertinence de la structure LIN existante en PDL ?

Forces et faiblesses ?

Forces : la LIN s'inscrit dans une logique de réseau, à l'instar du réseau qualité 44 piloté par le CHU de Nantes. Mais surtout, la principale force de la structuration LIN existante réside dans la grande proximité des professionnels de terrain tant physiquement (parfois dans les mêmes locaux) que sur leurs compétences respectives (compétences cliniques, en termes d'expertise, de conseil, et de formation)

Faiblesses : retard dans la mise en place effective de l'ARLIN, dû notamment à des difficultés de recrutement (cadres hygiénistes) s'expliquant par une faible mobilité territoriale des personnels compétents en matière d'hygiène et de LIN.

- Question 3 : Quel rapport entre la lenteur de la mise en place de l'ARLIN et les difficultés financières du CHU de Nantes ?

Historique : l'année dernière, à la clôture des comptes 2008, le CHU s'est retrouvé dans une situation de déficit budgétaire conséquent. En réponse, l'ARH et le CHU ont acté ensemble un PRE qui imposait à ce dernier de ne plus opérer de recrutements nets et de façon concomitante de mettre en œuvre un redéploiement de personnels compétents au profit de l'ARLIN.

Concrètement, avec la mise en place de l'ARLIN, cela s'est traduit par un redéploiement du temps de PH. Ainsi, le Dr C. Avril qui assurait auparavant des vacances pour l'APLEIN, occupe désormais un 0,5 ETP. En tant que PH temps plein, elle demeure rattachée au CH de Cholet (à hauteur de 0,5 ETP) et, de par ses fonctions à l'ARLIN, est détachée au CHU de Nantes pour le temps restant.

- Question 4 : quel est l'impact de la mise en place de l'ARLIN sur le réseau GRASLIN ?

En premier lieu, étant donnée la taille du CHU, le réseau GRASLIN n'apporte pas énormément à l'établissement de référence qu'est le CHU (pas de grands bénéficiaires) du fait de l'importance de son EOHH.

De même que, l'ARLIN n'a pas d'impact immédiat car le partenariat existant qui implique *in fine* les mêmes acteurs.

- Question 5 : la mise en place de l'ARLIN vise-t-elle à homogénéiser les modes de fonctionnement et de financement des réseaux ?

Pas d'idées définies sur la question. Le Dr C. Avril a, dans ses objectifs, l'harmonisation des pratiques et la diffusion des compétences pour pallier au manque de « pénétration » des bonnes pratiques dans certains territoires.

- Question 6 : quel devenir pour l'APLEIN ?

Pas d'avis précis sur la question. L'ARLIN prendra a priori le relais de l'APLEIN.

- Question 7 : le rôle des tutelles, dans leurs relations avec l'ARLIN : est-ce que l'ARLIN est un moyen pour les tutelles de contrôler un système pour l'instant animé par les seuls professionnels de l'hygiène hospitalière ?

Sans répondre spécifiquement sur le thème de la LIN, il est néanmoins pertinent de raisonner par analogie. Pour le réseau qualité 44, la volonté de l'ARH est d'avoir une vision politique coordonnée et structurée via un financement pérenne (pluriannualité) et une contractualisation (type CPOM) afin de réduire l'éclatement des réseaux départementaux et infra départementaux.

La principale difficulté réside dans la coordination de la gouvernance à l'échelon régional de réseaux situés à l'échelle départementale. Le contrôle des tutelles s'effectue par le financement même si en termes de réseaux, tant au niveau régional que départemental, les politiques mises en œuvre reposent toujours sur les mêmes acteurs (et leur gestion reste complexe).

- Question 8 : quels sont les enjeux de pouvoirs pouvant freiner la mise en place de l'ARLIN ?

Il existe sûrement des enjeux de pouvoirs entre les professionnels mais, au niveau interne, tout s'articule sans aucune difficulté. Au CHU de Nantes, on peut noter que la LIN n'a jamais été abandonnée complètement aux hygiénistes. Les points d'information et d'échanges entre les différents responsables sont fréquents et portent sur tous les sujets.

- Question 9 : lien entre la politique de gestion des risques et la LIN ?

CCLIN Ouest et l'APLEIN ont une légitimité historique et d'expertise incontestable. Il ne faut pas perdre de vue que la LIN à l'échelon régional est récente, d'où des difficultés à penser la LIN à un tel niveau. De plus, la LIN doit être associée aux problématiques traitées par le réseau qualité, sans pour autant s'y réduire (i.e éviter le risque de confusion entre les différents domaines).

- Question 10 : quelle représentation du réseau GRASLIN dans ARLIN ?

C'est le même débat que pour le réseau qualité-risque. Là encore, un raisonnement par analogie laisse à penser que les réseaux veulent continuer à exister sous une forme quelle qu'elle soit, et soient représentés dans une structure régionale. A ce titre, il semble indispensable d'utiliser leurs ressources du fait d'un ancrage géographique énorme.

Or, il n'y a pas de forme juridique déterminant le régime et le fonctionnement de l'ARLIN. La forme associative pourrait être envisagée (et serait très light) mais ne semble pas pertinente principalement en raison du coût induit par la création d'une entité juridique en règle générale. Il est plus judicieux de s'adosser à un établissement de santé tel que le CHU qui offre une grande facilité, notamment en termes de logistique et d'infrastructure (gestion plus souple et moins coûteuse en mutualisant les moyens).

- Question 11 le financement de l'ARLIN via le CHU de Nantes

Financement en MIG. Enveloppe fléchée pour l'ARLIN d'un montant de 257000€ pour l'ensemble du dispositif (i.e budget de fonctionnement et recrutement des personnels).

Déclinaison ETP comme suit :

- 0,5 ETP PH (Dr C. Avril)
- 2 ETP Cadres de santé
- 1 ETP S.A

Enveloppe qui couvre également les EHPAD, dans une région qui compte le plus d'ESMS en France, et constitue de fait un défi très important pour l'ARLIN.

Cependant pour des établissements types MAS / Etablissements spécialisés pour handicapés, aucun financement n'a été prévu (même si les risques d'IN sont plus élevés dans les EHPAD du fait de la fragilité inhérente au profil de la population accueillie).

En conclusion, tous les acteurs croient beaucoup dans la coopération avec l'ARLIN du fait de leur implication locale.

ANNEXE VI Arrêté du 17 mai 2006

relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

NOR: SANP0622089A

Version consolidée au 2 septembre 2006

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6111-1 et R. 711-1-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales,

Article 1

Dans chaque région, il est créé une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales. Ces antennes sont dotées au minimum des compétences d'un médecin ou pharmacien formé en hygiène et d'un infirmier ou cadre de santé formé en hygiène. Les antennes régionales sont implantées dans un établissement de santé. L'antenne régionale dispose des locaux et du matériel dédiés indépendants ainsi que des moyens nécessaires à son fonctionnement.

Article 2

Chaque antenne est chargée d'assurer un relais de proximité des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales auprès des établissements de santé et plus particulièrement :

- le conseil et l'assistance aux établissements de santé et aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes sur les questions relatives à l'hygiène et la lutte contre les infections nosocomiales ;
- l'animation de réseaux d'établissements de santé ;
- l'animation régionale des réseaux de surveillance épidémiologique interrégionaux et nationaux coordonnés par le centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- la gestion de proximité des signalements des infections nosocomiales, notamment par la réalisation d'audits et d'investigations épidémiologiques au nom du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et par le suivi des établissements après investigation ;
- l'organisation de sessions de formation continue sur la prévention des infections liées aux soins;
- l'aide à l'évaluation des pratiques en matière de prévention du risque infectieux et la réalisation d'audits à la demande du centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales, des directions départementales ou régionales des affaires sanitaires et sociales, ou des établissements de santé ou de l'agence régionale d'hospitalisation ;

- l'aide à la définition par les établissements de santé d'un programme de gestion des risques avec l'agence régionale d'hospitalisation et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Chaque antenne exerce ces missions de conseil, d'expertise et de formation en relation régulière avec l'agence régionale d'hospitalisation et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Article 3

Le centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales élabore le programme d'activité annuel de chaque antenne régionale à partir des projets proposés par ces dernières et en cohérence avec son propre programme annuel, en tenant compte des besoins exprimés par les établissements de santé, du programme national de lutte contre les infections nosocomiales, de ses propres objectifs annuels, et de la politique régionale définie avec l'agence régionale d'hospitalisation et l'ensemble des acteurs régionaux de santé publique. L'antenne régionale transmet chaque année un rapport d'activité au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Les rapports des antennes régionales sont annexés au rapport du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales qui est transmis aux agences régionales d'hospitalisation et directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

Article 4

Le règlement intérieur du C.CLIN précise les modalités d'organisation de l'antenne régionale. Il définit notamment les modalités d'élaboration du programme annuel, du rapport et les circonstances ainsi que les modalités d'intervention des antennes au nom du C.CLIN dans le cadre d'audits, d'expertise et pour la surveillance et le signalement des infections nosocomiales.

Article 5

En tant que de besoin, elle coordonne ses actions avec celles des services de la DRASS, notamment la cellule interrégionale d'épidémiologie, du centre régional de pharmacovigilance et du centre régional d'hémovigilance et leur apporte son concours si besoin dans son domaine de compétence.

Article 6

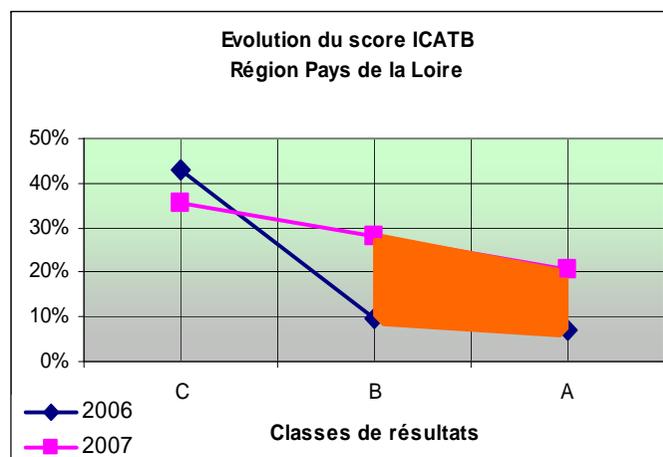
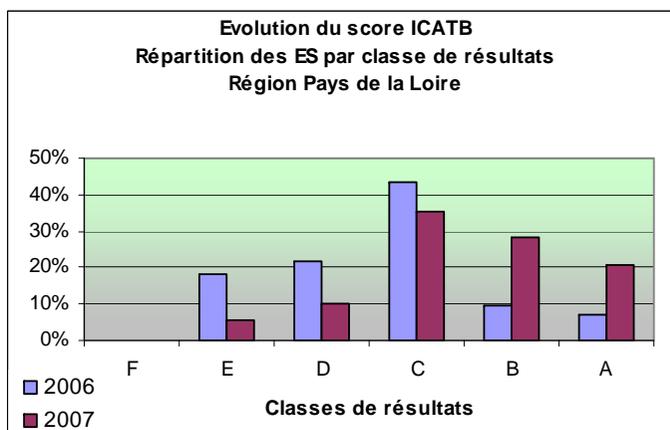
Le directeur général de la santé et le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Xavier Bertrand

ANNEXE VII **Tableau des résultats des indicateurs issus du rapport ALLAIRE – BIAIS-DEFFRENNES**

Selon le rapport ALLAIRE-BIAIS-DEFFRENNES, « en Pays de la Loire, l'évolution est plus marquée : plus aucun établissement de santé n'est classé en F.

Au bénéfice de la région, il apparaît que l'aire du parallélogramme orange est plus importante qu'au plan national. Cela traduit que la progression des scores régionaux entre 2006 et 2007 est plus nette que la progression nationale pour la même période pour cet indicateur.



Comme l'indicateur ICATB évolue favorablement, cela se transpose sur la moyenne arithmétique des réseaux comme le montre l'histogramme ci-dessous. Là encore, on n'observe pas de différence significative entre le groupe des EOIH et ceux qui sont structurés en réseaux. La structuration du réseau n'a pas d'influence sur la marge de progression. »

ANNEXE VIII Grille d'analyse de contenu

Acteurs Individuel ou collectif	Objectifs Problèmes Ce que vise l'acteur	Ressources Ce dont l'acteur a intérêt à se servir	Contraintes Ce que l'acteur affronte	Stratégie Calcul rationnel pour parvenir à son objectif en fonction de l'évaluation de ses ressources et de ses contraintes

Intervention de monsieur SCHWEYER, sociologie des organisations, EHESP, filière des Directeurs des Soins

ANNEXE IX Analyse comparative des organisations françaises et italiennes en matière de LIN

Intérêt de l'analyse comparative

De façon générale, la France comme l'Italie figurent parmi les pays de taille démographique comparable qui, à l'instar des pays développés, font aujourd'hui face peu ou prou aux mêmes défis sanitaires et médico-sociaux. De même, ils disposent de structures institutionnelles et administratives largement modifiées depuis le début des années 1980 par l'affirmation de l'échelon régional dans une logique de décentralisation qui s'est accélérée au cours des années 2000. Bien que singuliers dans l'organisation de leurs systèmes sanitaires nationaux, en raison d'héritages historiques, politiques et culturels spécifiques, ces deux Etats européens présentent néanmoins des caractéristiques et des résultats relativement similaires en matière de LIN, permettant dès lors de mener une analyse comparative (non exhaustive) de leurs organisations dans ce domaine.

La LIN italienne à l'échelon national : une structure rationalisée

En Italie, les circulaires des autorités nationales de 1985²⁷ et 1988 ont arrêté des recommandations générales relatives à la LIN, tant en termes de champs d'action (contrôle, formation, coordination) que d'acteurs et de structures organisationnelles. Actuellement, le ministère du travail, de la santé et des politiques sociales s'appuie sur deux structures participant au traitement de la problématique de l'hygiène et au processus particulier de LIN. La première d'entre elles est l'Institut Supérieur de Santé (ISS). Cette structure technique et scientifique dispose d'un périmètre de compétences étendu comportant des activités d'enquêtes, d'études, de résultats et de statistiques (à l'instar de la DREES en France), la veille sanitaire (de type INVS) et des unités scientifiques spécialisées ayant un rôle de prévention, notamment dans les domaines de l'épidémiologie et l'hygiène. Parallèlement, le Système Sanitaire National (SSN), structure centralisant la part de la contribution fiscale nationale qui lui est dévolue et répartissant les crédits de fonctionnement et d'investissement du secteur public de santé, assure le financement de l'hygiène. A ce titre, le prestataire couvre l'hospitalisation de court séjour (y compris l'urgence), de réadaptation et de longue durée, ainsi que les soins en dispensaire, la médecine générale et les procédures thérapeutiques pour les établissements publics de santé. L'intervention de l'Etat dans l'organisation de l'hygiène à l'hôpital se réduit par conséquent à l'édiction de standards nationaux

²⁷ * Circolare Ministero Sanità n°52/1985, Lotta contro le Infezioni ospedaliere et Circolare Ministero Sanità n°8/1988, Lotta contro les Infezioni ospedaliere : la sorveglianza.

minimum, à la veille sanitaire et à la production de données agrégées permettant d'apprécier la LIN au niveau national ; son financement étant pris en compte dans l'enveloppe budgétaire globale.

Néanmoins, l'originalité du système italien de LIN réside davantage dans les échelons régionaux et locaux qui, en tenant compte des critères nationaux, ont la possibilité d'étoffer le système minimum fixé par l'Etat. Ainsi, la problématique inhérente au risque infectieux relève d'un secteur traditionnel de l'hôpital public : la Direction Sanitaire, dirigée par un médecin hygiéniste ayant des fonctions de management des services très larges en complément des activités inhérentes à l'hygiène des établissements hospitaliers pour lesquelles la loi lui confie une responsabilité morale et juridique conséquente. A ce titre, les activités relatives à la lutte et à la prévention des infections nosocomiales se déclinent dans le cadre d'un système intégré où l'échelon local occupe une place prépondérante.

La LIN italienne aux échelons régionaux et locaux : un système fortement intégré

La pertinence de la LIN italienne tient essentiellement dans l'articulation du système entre l'échelon régional intermédiaire et l'échelon local. L'architecture sanitaire italienne confère aux 20 gouvernements régionaux (et aux deux gouvernements provinciaux du Trentin et du Haut Adige) une autonomie croissante dans la gestion de la santé²⁸. Ainsi, les régions peuvent opter pour l'augmentation des ressources du Système Sanitaire Régional (SSR) qui constitue une déclinaison du SSN. Certaines d'entre elles ont choisi d'investir dans la création d'équipes régionales de coordination – direction d'actions en charge de l'hygiène et plus particulièrement de la LIN. Leurs interventions dans ce domaine se traduisent par : l'organisation des études de surveillance au niveau régional ; la proposition d'activité de formations pour les ICI (Infermieri addetto allo Controllo delle Infezioni / Infirmiers hygiénistes) et pour les médecins responsables de l'hygiène ; l'évaluation continue des plans d'activités avec des « sanctions » pour les établissements n'atteignant pas les objectifs, et, par l'aide à l'élaboration des programmes de prévention et de LIN ainsi que son évaluation dans chaque hôpital.

Ce lien existant entre l'échelon régional et l'échelon local est renforcé par deux éléments interdépendants permettant un système de LIN intégré. D'une part, l'organisation des secteurs de soins sur l'ensemble du territoire national est homogène. Chaque région est partagée en ASL (Azienda Sanitaria Locale / Entreprises sanitaires locales) correspondant à un bassin de population comprenant entre 200 et 300 000 habitants, structures dont dépendent l'ensemble des hôpitaux publics du ressort territorial qu'elles recouvrent. A ceci s'ajoutent les ASO (Aziende Sanitaria

²⁸ Ordonnance n°616-3149 (22/02/2000) relative au rôle des gouvernements régionaux de la santé dans la définition des qualités requises pour la gestion des établissements de santé

Ospedaliere / Entreprises sanitaires hospitalières), qui sont identifiées de manière spécifique car réalisant des procédures de soins complexes ou spécialisées. D'autre part, ce maillage territorial très homogène s'accompagne de prérogatives propres au gouvernement régional en matière de nomination des directeurs d'hôpitaux. Ceux-ci sont en effet nommés à la fois à la tête de l'établissement de santé de référence du territoire et à la tête de l'ASL : les hôpitaux publics (Ospedali) étant alors dirigés par une direction commune (dans laquelle figure en bonne place la Direction Sanitaire en tant que direction fonctionnelle), dans un modèle de gestion des organisations qui tend à se rapprocher, toute proportion gardée, de la logique française de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) définie par le projet de loi HPST actuellement en débat au Parlement. Dès lors, la LIN trouve dans le lien entre l'équipe régionale de coordination – direction d'actions et la Direction Sanitaire de l'ASL un premier caractère opérationnel qui n'a pas d'équivalent en France ; même si l'arrêté du 17 mai 2006 confie à l'ARLIN des missions parfois similaires à l'équipe régionale italienne.

Sa seconde déclinaison s'effectue à partir de la Direction Sanitaire qui coordonne la LIN dans l'ensemble des établissements hospitaliers dont elle a la charge. Ce rôle de coordination consiste à diffuser les recommandations et les bonnes pratiques à l'ensemble des personnels référents, et surtout à affecter les ressources financières et humaines (médicales et paramédicales) aux hôpitaux. En règle générale, il y a entre 1 et 2 ETP de praticiens hygiénistes pour 250 à 300 lits, avec cependant de grandes variations régionales. Quant aux ICI affectés dans les hôpitaux, bien que leur nombre soit insuffisant, ils sont théoriquement chargés de l'animation de la CIO (Commissione per le Infezioni Ospedaliere / équivalent italien du CLIN) composée de médecins, du pharmacien de la PUI et d'un docteur en microbiologie. Les membres de la CIO forme également l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière chargée de réaliser les programmes de surveillance et de contrôle ainsi que la formation culturelle et technique des personnels.

Malgré un taux de prévalence des IN inférieur à 6% (ISS, 2006), et un pouvoir de management conséquent dévolu à la Direction Sanitaire, le système italien, intégré en matière d'organisation de LIN, présente des insuffisances tant dans l'utilisation rationnelle des ses ressources qu'en termes de gestion des risques et d'évaluation de la qualité de soins. En définitive, l'élaboration de modèles européens communs à partir de systèmes sanitaires semblables pourrait apporter une première réponse aux limites italiennes.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN ITALIE

• Echelon national

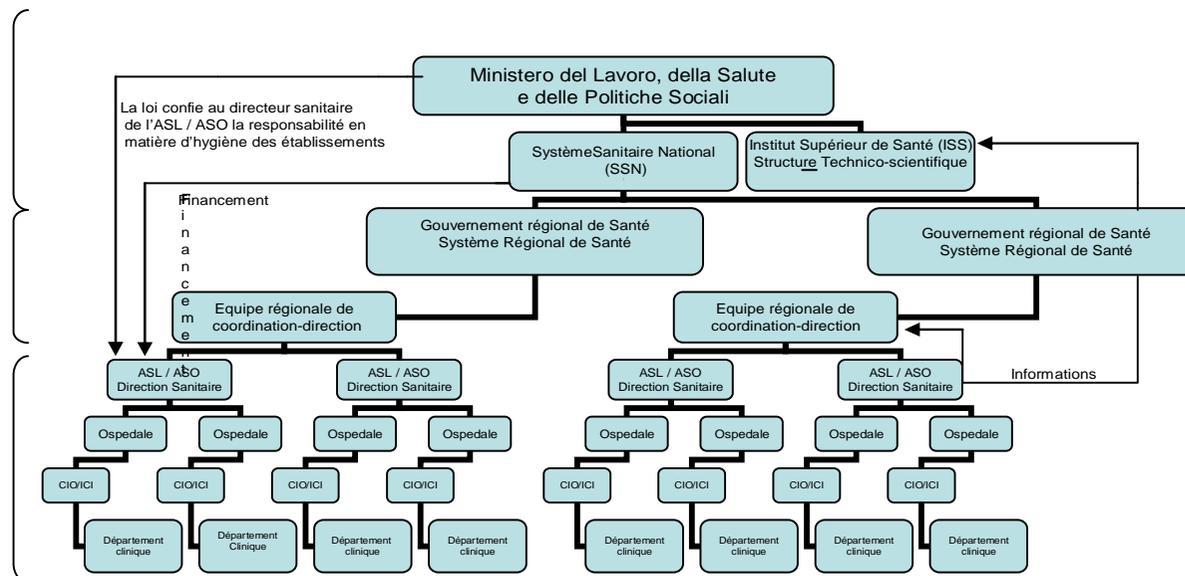
-*Ministère du travail, de la santé et des politiques sociales*: fixation de standards nationaux
 -*SSN*: assure le financement ASL
 -*ISS*: support technique/ scientifique / études et résultats

• Echelon régional

-*Gouvernement régional de santé*: financement complémentaire du système sanitaire régional
 -*Équipe régionale de coordination*

• Echelon local

-*ASL*: entreprises sanitaires locales
 Une ASL pour 200 à 300 000 habitants
 -*ASO*: entreprises sanitaires hospitalières (regroupe des hôpitaux réalisant des procédures de soins spécialisées ou complexes)
 -*Ospedale*: Hôpital. Composante de l'ASL ou de l'ASO
 -*CIO*: Commissione per le Infezioni Ospedaliere dirigée par l'ICI
 -*IC*: Infermiere addetto al Contollo delle infezioni (infirmier hygiéniste)
 -*Département clinique*: équivalent italien des pôles médico-techniques dont les chefs sont référent en matière de LIN



f

**ANNEXE X Tableau récapitulatif des formulations de gouvernance
régionale en matière de LIN dans quatre régions françaises où les ARLIN
sont opérationnelles**

Régions observées :	Formes de gouvernance régionale constatées en matière de LIN:
1. Région Languedoc Roussillon	L'ARLIN travaille en coordination avec les autres instances régionales de santé publique, « <i>sous le patronage</i> » de l'ARH.
2. Région Auvergne	L'ARLIN garde un « <i>lien étroit</i> » avec le C-CLIN Sud Est.
3. Région Picardie	L'ARLIN « <i>travaille en étroite collaboration</i> » avec l'ARH, la DRASS et les trois DDASS.
4. Région de la Réunion	L'ARLIN Réunion dénommée La FELIN « <i>met en oeuvre le programme d'action voté par l'Assemblée générale après présentation à l'ARH qui en vérifie la concordance avec sa politique régionale et les attentes des autres acteurs régionaux de santé publique</i> ». Ce programme est soumis pour validation au CCLIN Sud Est, afin de tenir compte de sa cohérence avec son propre programme annuel et la politique nationale de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

ANNEXE XI **Tableau Comparatif Hygiène et Gestion des risques**

De l'hygiène à la gestion des risques : tableau comparatif des activités hygiène et gestion des risques en milieu hospitalier

MISSIONS	HYGIENE	GESTION DES RISQUES
Management stratégique	Elaboration d'une politique de maîtrise de risque infectieux	Elaboration d'une politique de gestion des risques
Management des ressources	Elaboration, mise en œuvre et évaluation d'un programme de lutte contre l'infection associée aux soins en collaboration avec le CLIN ou sous-commission CME	Elaboration, mise en œuvre et évaluation d'un programme de gestion des risques en collaboration avec le comité qualité et gestion des risques
Gestion de crise	Rédaction gestion de crise et plan blanc	Rédaction gestion de crise et plan blanc
Surveillance	Déclaration et enquêtes : intervention et mise en œuvre d'actions de prévention	Déclaration des événements indésirables : enquête, intervention et mise en place d'actions correctives
Prévention	Démarche de prévention des risques à priori et à posteriori	Démarche de prévention des risques à priori et à posteriori
Formation et Information	Diffusion d'informations Réalisation de formations	Diffusion d'informations Réalisation de formations
Conseil	Expertise en hygiène	Expertise qualité
Evaluation	Audits – mise en place et suivi des indicateurs	Audits – mise en place et suivi des indicateurs
Veille réglementaire	Mise en application de la législation	Mise en application de la législation

Bibliographie

Lois, Décrets, Circulaires :

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Circulaire DGS/DHOS/RI/E2/2009/44 du 26 Février 2009 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans le E.S. pour l'année 2008, [visité le 11 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/infections-nosocomiales>
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/ n° 2008-82 du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé [visité le 11 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/n°2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, J.O, n°203 du 2 septembre 2006 , 13096, [visité le 5 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique, version consolidée au 20 Décembre 2008, [visité le 5 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- MINISTERE DE LA SANTE , DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Circulaire DHOS/E 2/E n° 2004-176 du 29 Mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme global de gestion des risques, BO, n° 2004-18, [visité le 11 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO, n°54 du 5 Mars 2002, version consolidée au 27 Août 2005, [visité le 5 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre l'infection nosocomiale dans les établissements de santé, BO, n° 2001-3, [visité le 11 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr> et abrogeant la circulaire DGS/VS/VS2 - DH/E01 - Circulaire n°17 du 19 avril 1995
- Arrêté du 17 octobre 2000 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, JO, n°251 du 28 Octobre 2000, [visité le 5 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>
- Articles R. 711-1-1 à R. 711-1-10 du Code de la santé publique issus du décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- Article L. 6111-1 du Code de la santé publique issue de la loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'homme.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION HUMANITAIRE, Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, J.O. n° 198 du 18 Août 1992, modifié par l'arrêté du 19 octobre 1995 et arrêté du 23 Septembre 2004 [visité le 11 Mai 2009] disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

En Italie :

- Circolare Ministero Sanita n°52/1985, Lotta contro le Infezioni ospedaliere.
- Circolare Ministero Sanita n°8/1988, Lotta contro le Infezioni ospedaliere : la sorveglianza
- Ordonnance n° 616-3149 du 22 février 2000 relative au rôle des gouvernements régionaux dans la gestion des établissements de santé : <http://www.ministerosalute.it>

Ouvrages :

- ANAES, Janvier 2003, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé*, 110 p
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1^{ère} édition, Paris : Editions du seuil, 493 p
- LE BOTERF G., 2004, *Travailler en réseau. Partager et capitaliser les pratiques professionnelles*, 1^{ère} édition, Paris : Editions d'organisation, 158 p

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, DHOS, Mars 2006, *Les risques sanitaires dans les établissements de santé*, 1^{ère} édition, Paris : Editions
- QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 2006/2007, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3ème édition, Paris : Editions Dunod, p 16
- BOURDILLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D., Novembre 2007, *Traité de santé publique*, 2ème édition, Paris : Flammarion, 745 p
- DUMARTIN C., 2007, « Infections nosocomiales et infections associées aux soins », in BOURDILLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Paris : Flammarion, pp 78-90
- SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., 2004, *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*, 2ème édition, Rennes : Editions ENSP, 112 p

Articles de périodiques :

- ASTAGNEAU P., OLIVIER M., 2007, «Surveillance des sites opératoires : résultats de la base de données nationales ISO-RAZISIN 1999-2004», *BEH thématique* 12-13, pp 97-100.
- BEAUCAIRE G., Juillet-Août 2005, «CTINILS, missions et fonctionnement du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins», *Techniques hospitalières*, n°692, pp 28-30.
- BOIRON F. et COLL., 2008, «Impact des mesures de gestion de l'entérocoque résistant aux glycopeptides sur l'organisation d'un centre hospitalier général», *BEH thématique* 41-42, pp 407-408
- BAUDRIN D., Juillet-Août 2005, «Lutte contre les infections nosocomiales», les actions conjointes de la commission de coordination des vigilances de Midi-Pyrénées et du CCLIN, *Techniques hospitalières*, n°692, pp 32 - 34
- CHEVALIER P., 2008, «Les revues d'analyse des accidents médicaux : quelles incidences sur la responsabilité pénale des médecins et des soignants», *revue RDSS*, n°6, pp 1080 – 1087
- DANET S., REGNIER B., 2007, «Infections du site opératoire : limites de la surveillance pour des comparaisons entre services et établissements de santé», *BEH thématique* 12-13, pp 95 et 96

- EVEILLARD M., CAPARROS-EUZEN N., QUENON J.L., et al. Mars 2007, «Les structures de coordination régionale de lutte contre les infections nosocomiales : leurs activités, la participation et le ressenti des établissements de santé», *Risques et qualité*, Vol IV, n°1, pp 41-48
- GASPARD P., FREPPEL M., GUNTHER D., et al., Janvier - Février 2007, «Hygiène Hospitalière et gestion des risques, intérêts d'une coordination inter-établissements», *Hygiènes*, Vol. XIII, n°1, pp 52-56
- HAJJAR J, 2008, «La tentation du découragement», Editorial bulletin SFHH, *Hygiènes*, Vol n°1, pp 5-6
- LE JEUNE B. et coll., 2005, «Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, résultats sur la population de sujets âgés de 65 ans et plus, France ,2001», *BEH*, n° 35, pp 173- 176
- MANQUAT G., RAVAUT M.C., BACOU G., Juillet - Août 2005, «La fédération médicale interhospitalière, un forme d'organisation adaptée pour les équipes opérationnelles d'hygiène inter-établissements», *Techniques hospitalières*, n°692, pp 36-41
- MATAGRIN D.-H., 2007, «Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales : un premier bilan», *Risques et qualité*, Vol IV, n°1, pp 8-13
- MINISTERE DE LA SANTE, 2005, «les infections nosocomiales», *Médecine et droit*, santé publique, pp 15-22
- MINVIELLE E., Juillet-Août 2005, «Développement des indicateurs d'infections nosocomiales, le projet Compaq», *Techniques hospitalières*, n°692, pp 26-27
- PARNEIX P., SALOMON V., GARNIER P. et al., 2007, «les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales», *BEH thématique* 12-13, pp 102-104
- PATTE D., CAPARROS-EUZEN N., QUENON J-L. et al., Juillet-Août 2005, «Structures régionales de lutte contre les infections nosocomiales», *Techniques hospitalières*, n°692, pp 16-22
- POUJOL I., 2007, «Perception du risque d'infection nosocomiale dans la population française, 2005-2006», *BEH thématique* 12-13, pp 101-102
- REGNIER B., 2007, «Surveillance des infections nosocomiales en France : de la prévention à la communication», *BEH thématique* 12-13, pp 93-94
- L'EXPRESS, 2009, extrait de «le classement 2009 des hôpitaux les plus sûrs», 22 janvier 2009

- ZOTTI (C.M.), ARGENTERO (P.A.), HAJJAR (Joseph) et al., 2001, «Hygiéniste dans les établissements de santé. L'hygiéniste en dehors de l'hexagone : l'Italie», *Hygiènes*, Vol IX, n°6, pp 422 - 425

Site Internet :

- Site OMS : <http://www.secteurpublic.fr>
- Site Parlement européen : <http://www.europarl.europa.eu>
- Site Ministère santé <http://www.sante.gouv.fr>
- Sites CCLIN : <http://www.cclinouest.com>; <http://www.cclin-sudouest.com>;
<http://www.cclin-sudest.chu-lyon.fr>; <http://www.cclinparisnord.org>;
<http://www.cclin-est.org.fr>
- Site APLEIN : <http://www.aplein.org>
- Site DDASS/DRASS Pays de la Loire :
- <http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/sante/spesin000.html>, [visité le 15 Mai 2009]
- Site Pole, santé du médiateur de la république : <http://www.securitesoins.fr>
- Site Hôpital intercommunal du pays de Retz : <http://www.hopital-paysderetz.com>
- Site HAS : <http://www.has-sante.fr>
- Site Ministère du travail, de la santé et des politiques sociales en Italie : <http://www.ministerosalute.it>

Communiqué de presse

- PARLEMENT EUROPEEN, «Sécurité des patients : réduire les infections liées aux soins de santé», 23-04-2009, [visité le 7 Mai 2009] <http://www.europarl.europa.eu>

Rapports

- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, «Etude de l'organisation régionale de la lutte contre les infections nosocomiales», description et analyse institutionnelle, Mars 2005, BRODIN M., CAPARROS EUGENE N., EVEILLARD M. et al.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, «Infections nosocomiales», Le Dossier, Janvier 2009
- DRASS, «Mission d'évaluation des réseaux d'hygiène ligériens», ALLAIRE F., BIAIS DEFFRENNES F., Avril 2009 : <http://www.ehesp.fr>

- DRSM, «La lutte contre les infections nosocomiales : étude des moyens mis en œuvre dans les établissements de santé des Pays de Loire», Mai 2005
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, «Préparation de la prochaine phase dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales», MAI 2008, GARNIER P.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
- DHOS, rapport de mission «EOHH», Juillet 2007, LEJEUNE B.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, rapport d'activités du groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales, année 2008, GROUPELIN
- SENAT – OPEPS, «Etude sur la politique de lutte contre les infections nosocomiales», Juin 2006

Plans

- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, «Plan stratégique national 2009-2012 de prévention des infections associées aux soins»
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008, enjeux et actions nationales, <http://www.sante.gouv.fr>

Congrès, conférence publiée

- HAJJAR J, BERTHELOT P, BADEY M, et al., *19e congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière*, 5 et 6 juin 2008, Paris, [Techniques Hospitalières n° 712](http://www.bdsp.ehesp.fr), pp 43-48 : <http://www.bdsp.ehesp.fr>
- LE LIEN, 07/04/2009, Compte rendu des états généraux 2009 des infections nosocomiales et de la sécurité du patient : <http://www.lelien.typepad.fr>

Intervention EHESP

- ALLAIRE F., BIAIS DEFFRENNES F., «Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales», 4 Mai 2009, MIP : <http://www.ehesp.fr>
- X.F.SCHWEYER, «Médecine libérale, accès aux soins, réseaux de santé», intervention Filière Directeur des Soins, Module sociologie, 2009

Autres

- L'Antenne Régionale de lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) des Pays de la Loire : annonce en ligne le 13/11/2008, Profil cadre de santé hygiéniste de l'ARLIN :
- <http://www.cclinouest.com>
- Convention 2007-2010 de coopération régionale en matière de lutte contre les infections nosocomiales, en Basse Normandie : <http://www.rrhbn.org>