

Recensement, description et évaluation de la coopération inter-établissements des EOH

Etude réalisée pour le Ministère de la Santé
et des Solidarités

DHOS, Sous-direction de la qualité et du
fonctionnement des établissements de
santé, Cellule « Infections Nosocomiales »

Octobre 2005

Référence : 2004-037

DHOS
8, avenue Ségur
75007 PARIS

Contacts :
Madame Valérie DROUVOT
Dr Valérie SALOMON

CEMKA-EVAL
43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 BOURG LA REINE

Auteurs du rapport :
Dr Nadine SANNINO
Caroline LORANS
Anne DUBURCQ

Commanditaire de l'étude

Ministère de la Santé et des Solidarités

Direction Générale de la Santé (DGS)

Sous-direction pathologie et santé

Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)

Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé

Bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé

Réalisation : CEMKA-EVAL

- Docteur Nadine SANNINO, médecin de santé publique, chef de projet
- Caroline LORANS, consultante, statisticienne
- Anne DUBURCQ, épidémiologiste, chef de projet
- Jacqueline BLACHE, secrétariat

Comité de pilotage de l'Evaluation :

- Docteur Elvire ARONICA, DHOS
- Docteur Dominique BESSETTE, DGS
- Madame Valérie DROUVOT, DGS/DHOS Cellule Infections Nosocomiales
- Docteur Philippe GARNIER, DGS
- Docteur Valérie SALOMON, DHOS Cellule Infections Nosocomiales
- Docteur Béatrice TRAN, DGS Cellule Infections Nosocomiales

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes ayant accepté de répondre à l'enquête ainsi que les personnes suivantes pour leur participation active.

Groupe 1

- Mademoiselle BOSC, Correspondante en Hygiène, MRC Saint Vincent, Hendaye (64)
- Mademoiselle FERRER, Assistante qualité, MRC Saint Vincent, Hendaye (64)
- Monsieur GAUTHIER, Directeur, Centre La Thebaudais, Rennes (35)
- Monsieur HOSPITAL, Directeur, MRC Saint Vincent, Hendaye (64)
- Dr. OLIVIER, Président du CLIN, SLD Ker Laouen, Brehan (56)
- Dr. PAUTHENIER, Présidente du CLIN, Centre de convalescence de Jouvence, Messigny et Vantoux (21)
- Dr. SUTET, Président du CLIN, Clinique Notre Dame, Villeurbanne (69)

Groupe 2

- Dr. Philippe LALANDE, Pharmacien, président du CLIN, Hôpital René Arbeltier, Coulommiers (77)
- Dr. PINA, Responsable EOH, Institut National Marcel Rivière, La Verrière (78)
- Dr Gwénael ROLLAND JACOB, Responsable EOH, Centre Hospitalier de Cornouaille, Quimper (29)
- Madame Louise GAZAGNE, Biologiste, Responsable EOH, Centre Hospitalier, Béziers (34)
- Dr Christine QUINTIN, EOH, Centre hospitalier intercommunal du bassin de Thau, Sète (34)
- Madame VENERIN, IDE Hygiéniste, Hôpital local, Bollène (84)

Entretien individuel approfondi

Dr Gwénael ROLLAND JACOB, Responsable EOH, Centre Hospitalier de Cornouaille, Quimper (29)

Sommaire

1	<u>Résumé de l'étude</u>	2
2	<u>Contexte</u>	5
3	<u>Finalité et objectifs de l'évaluation</u>	7
4	<u>Méthodologie de l'évaluation</u>	8
	4.1 <u>Schéma général</u>	8
	4.2 <u>Phase quantitative</u>	8
	4.3 <u>Phase qualitative</u>	10
5	<u>Résultats</u>	12
	5.1 <u>Description et analyse de l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements sans EOH (Enquête 1)</u>	12
	5.2 <u>Description et analyse de la coopération inter-établissements (Enquête 2)</u>	16
	5.3 <u>Analyse qualitative de la coopération inter-établissements</u>	29
6	<u>Synthèse et conclusions</u>	33
7	<u>Recommandations</u>	37
	7.1 <u>Communication</u>	37
	7.2 <u>Validation des pré-requis au partage d'une EOH</u>	37
	7.3 <u>Modélisation du calcul du temps des acteurs de l'EOH</u>	37
	7.4 <u>Intégrer les données épidémiologiques à l'évaluation organisationnelle</u>	38
8	<u>Annexes</u>	39
	8.1 <u>Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête auprès des établissements sans EOH</u>	39
	8.2 <u>Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête auprès des établissements avec EOH inter-établissements</u>	49
	8.3 <u>Annexe 3 : Résultats statistiques – Enquête 1</u>	64
	8.4 <u>Annexe 4 : Résultats statistiques – Enquête 2</u>	68
	8.5 <u>Annexe 5 : Synthèse des conférences téléphoniques</u>	80

Glossaire

EOH	:	Equipe opérationnelle d'hygiène
GFD	:	Groupe focal de discussion
ARH	:	Agence régionale d'hospitalisation
CLIN	:	Centre de lutte contre les infections nosocomiales
ETP	:	Equivalent temps plein
PSPH	:	Participant au service public hospitalier
CH(R/U/L)	:	Centre hospitalier (Régional/Universitaire/Local)
SSR	:	Soins de suite et de réadaptation
SLD	:	Soins de longue durée
CLCC	:	Centre de lutte contre les infections nosocomiales
MCO	:	Médecine Chirurgie Obstétrique

1 *Résumé de l'étude*

Pour lutter contre les infections nosocomiales, responsables de sur-morbidité et de mortalité évitables, le Ministère de la Santé et des Solidarités mène une politique de sécurité sanitaire depuis plusieurs années. Dans ce cadre, et pour assurer la mise en oeuvre du programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales de chaque établissement, le décret du 6 décembre 1999 (n°99-1034) a préconisé la constitution des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales (EOH), pour mettre en oeuvre le programme annuel d'actions défini par les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Pour faciliter la création de ces équipes, la circulaire ministérielle du 29 décembre 2000 (DGS/DHOS/E2 n°645) a donné aux établissements la possibilité de mutualiser les ressources humaines et donc, de partager ces EOH par voie de convention simple. Dans le cadre de l'actuel Programme de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (période 2005-2008), le ministère chargé de la santé a souhaité connaître et analyser les expériences de coopération inter-établissements pour être en mesure de proposer des principes organisationnels adaptés aux objectifs des EOH.

Après avoir décrit le type d'établissements ayant effectivement créé une EOH partagée, **les objectifs** de l'évaluation consistaient à analyser leurs modalités de coopération ainsi que les difficultés rencontrées dans la mise en place de leurs missions. Il s'agissait également d'analyser les facteurs expliquant l'absence d'EOH dans certains établissements.

La méthodologie de l'évaluation reposait sur deux phases complémentaires, quantitative puis qualitative. Entre janvier et avril 2005, **deux volets d'enquêtes postales** ont été menés. Une première enquête a concerné un échantillon d'établissements ne disposant pas d'EOH (synthèse nationale des bilans annuels d'activité de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé, DGS-DHOS, 2003). 409 établissements sur 878 ont été tirés au sort et 203 ont répondu au questionnaire (taux de participation à 49,6%). Une deuxième enquête exhaustive a été menée auprès des établissements disposant d'une EOH inter-établissements dans cette même synthèse. 403 établissements sur 678 ont répondu (taux de participation 62,2%), dont 119 établissements pilotes. Ces derniers ont fait l'objet d'un questionnaire complémentaire.

En juin 2005, **deux conférences téléphoniques** de durée deux heures, ont permis d'approfondir les acquis de la phase quantitative. Deux groupes d'acteurs pluridisciplinaires (directeurs d'établissements, médecins, infirmiers et cadres de santé, pharmaciens et responsables de CLIN) ont été constitués à partir d'un tirage au sort d'établissements (40 établissements par groupe). L'accord de participation a été requis auprès de la direction de chaque établissement. Un entretien téléphonique approfondi a été également conduit avec le responsable d'une EOH singulière par le nombre d'établissements la partageant (11 établissements)¹.

¹ Dr G. Rolland Jacob, CH Cornouaille

Concernant l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements sans EOH lors du bilan national de 2003, cette évaluation montre que la moitié de ces derniers n'en possède toujours pas et que le quart envisage cette création, d'ailleurs non partagée le plus souvent. Les établissements sans EOH se caractérisent par leur petite taille (moins de 100 lits) et leur type (plutôt mono-activité : SSR, SLD et établissements psychiatriques pour la moitié d'entre eux). Pour autant, le risque associé aux infections nosocomiales, bien que faible, est parfaitement admis et les possibilités de partage de l'EOH offertes par la loi sont connues. Les principales difficultés pour une organisation concrète tiennent pour l'essentiel à **l'insuffisance des moyens humains internes** à l'établissement, c'est à dire les temps consacrés à l'intervention directe. En outre, l'engagement des directeurs d'établissement est jugé insuffisant, face à une priorité de santé publique.

Concernant l'analyse de la coopération inter-établissements, les établissements pilotes chargés de la gestion des EOH, sont principalement des établissements dits **multi-activités, de statut public** et disposant d'une **capacité d'accueil importante** sans toutefois correspondre aux CHU ni aux CHR. Ces derniers sont peu nombreux à disposer d'une EOH partagée au profit d'une EOH propre à leur structure (EOH interne), mieux adaptée à leurs besoins particuliers. Il faut souligner que la circulaire du 29 décembre 2000 ne semble pas avoir été à l'origine de la coopération inter-établissements mais a officialisé une pratique déjà largement répandue (57,3% des établissements ayant mis en place une EOH partagée). Cette formalisation revêt la forme d'une convention qui précise la répartition du temps de travail et/ou le budget.

Le plus souvent, la coopération concerne **5 établissements** distants d'environ **20 à 25 kilomètres** de l'établissement pilote **au sein d'un même département**. La **coopération public/privé n'apparaît à ce jour que peu développée**. En moyenne, les EOH dispose de 2,75 ETP de professionnels, toute qualité confondue. Il n'a pas été possible dans le cadre de cette étude, de rapprocher ces données de la taille de l'établissement et les comparer aux préconisations en vigueur en France. Le profil dominant des personnels dédiés à l'EOH est majoritairement **l'infirmière non cadre** suivi par le médecin puis le cadre de santé. Les profils des professionnels «partagés » sont relativement homogènes (médecin ou infirmier dans la plupart des cas) contrairement à ceux des temps dédiés en interne (« correspondants en hygiène»). Le temps de travail du personnel de l'EOH est réparti de manière inégalitaire entre l'établissement pilote (plus de 40% du temps de travail) et les satellites. Les règles de fonctionnement sont régies par la taille de l'établissement (nombre de lits), avec une présence sur le terrain à jour fixe pour les grands établissements, à la demande pour les autres. De ce fait, plus de la moitié des petites structures satellites se sentent pénalisées. **Pour autant, le mode d'organisation partagé ne satisfait pas non plus l'établissement pilote qui souligne la lourdeur de fonctionnement de ces EOH**. L'augmentation de la charge de travail, associée à un éloignement géographique souvent important, est difficilement gérable lorsque la coopération intervient sur plus de 10 établissements. Le manque de correspondants en hygiène, perçus comme indispensables à la mise en œuvre des missions des EOH, est mis en exergue, à la fois du côté des établissements pilotes et des établissements satellites. Lorsque ces correspondants existent, leur turnover trop rapide, leur rôle thématique, l'absence de statut réel (volontariat), et le passage aux 35 heures des personnels des établissements, se présentent comme autant de difficultés entravant la continuité dans le travail de lutte contre les infections nosocomiales avec l'EOH. Plus qualitativement, cette insatisfaction globale semble liée au décalage

existant entre les attentes des établissements à l'égard de l'EOH et les possibilités réelles d'action de cette dernière.

Ces correspondants sont les garants de la bonne coopération inter-établissements mais ne sauraient se substituer au manque également perçu de coordination de l'action. Celle-ci pourrait être assurée par un interlocuteur privilégié de l'EOH, cadre de santé relayant l'information, existant trop peu souvent dans les établissements.

De ce fait, actuellement, les **missions de l'EOH inter-établissements restent partiellement appliquées**, l'EOH ayant un effet facilitant seulement sur la conception de protocoles (**facilitation de la communication entre les établissements et harmonisation des pratiques**). Les établissements satellites estiment même que la formation, la sensibilisation des professionnels ainsi que la réalisation d'audits et d'évaluation n'ont pas été mis en place malgré le besoin ressenti.

En conclusion, il faut souligner la convergence de l'analyse des difficultés de mise en œuvre et de bon fonctionnement d'une EOH partagée, du côté des établissements expérimentés pour le mode d'organisation évalué comme pour les établissements en phase de choix d'organisation. Parmi elles, l'insuffisance des correspondants en hygiène à l'intérieur des établissements ainsi que leur relative instabilité (turnover et statut) est le maillon faible le plus évident. Les acteurs ont également suggéré que le calcul du temps à allouer à l'EOH prenne en compte le niveau de risque de l'établissement (fonction de son activité) et la mission concernée parmi les quatre incombant aux EOH (fonction de la répartition des tâches entre les membres de l'EOH).

Cette modélisation plus fine du temps de travail **au sein de l'EOH**, associée d'une part à **l'existence effective des correspondants en hygiène**, d'autre part à la **clarification des rôles des acteurs oeuvrant aux trois niveaux de la lutte contre les infections nosocomiales au sein de l'établissement (CLIN, EOH, correspondants et interlocuteur)** constituent les principales recommandations issues de cette évaluation pour optimiser le fonctionnement des EOH partagées.

Ces pré-requis réunis, ce mode d'organisation peut-être encouragé pour un nombre restreint d'établissements (5 à 6 sauf exception), proches géographiquement (25 km environ) et « homogènes » dans leurs préoccupations.

2 *Contexte*

Depuis quelques années, la lutte contre les infections nosocomiales s'inscrit dans une véritable politique de sécurité sanitaire, faisant partie des priorités gouvernementales. L'affaire du sang contaminé et de la transmission du VIH par le sang en 1985-86 a engendré un nouvel essor de la politique de santé publique en matière de maladies transmissibles, et en particulier le renforcement de la sécurité des malades à l'hôpital vis à vis du risque infectieux. C'est ainsi que s'est progressivement structuré le dispositif de lutte contre ces risques de sur-morbidité et de mortalité évitable.

Dans ce cadre, des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales (EOH) ont été invitées à se constituer dans le cadre des textes législatifs suivants :

- Le décret du 6 décembre 1999 (n°99-1034) relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales fait l'obligation, pour chaque établissement de santé, de se doter d'une EOH en complément du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Les EOH doivent comporter le personnel nécessaire à la mise en œuvre des actions de lutte adéquates (notamment médical, pharmaceutique et infirmier). Ces actions représentent le programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement. Préparé par les CLIN et l'EOH, il doit assurer :
 - La prévention des infections nosocomiales, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
 - La surveillance des infections nosocomiales ;
 - La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;
 - L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.
- Pour répondre à cette obligation, la circulaire ministérielle du 29 décembre 2000 (DGS/DHOS/E2 n°645) donne la possibilité aux établissements de développer une action de coopération inter-établissements par voie de convention simple. En permettant de mutualiser des ressources humaines, ce type d'organisation répond, notamment aux difficultés de recrutement des personnels de santé dédiés à cette activité et aux difficultés spécifiques des petits établissements. Cette circulaire donnait trois ans aux établissements pour mettre en place : 1 ETP d'IDE ou cadre infirmier pour 400 lits et 1 ETP de médecin ou pharmacien pour 800 lits.

Une synthèse nationale des bilans annuels d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, reposant sur des données déclaratives, est réalisée chaque année par la DGS-DHOS. En 2003, la participation de 75% des établissements a permis de dégager les éléments suivants :

- Le taux de participation est globalement plus important dans les établissements publics que privés, avec des inégalités régionales ;
- Les petits établissements (moins de 100 lits), qui représentent 45,5% des établissements, se montrent moins performants dans la mise en œuvre de la lutte contre les infections nosocomiales, du point de vue des trois critères d'évaluation prédéfinis lors du bilan (organisation, moyens et procédures). Pour les établissements ayant du personnel dédié à la lutte contre les infections nosocomiales, près de la moitié (48,6%) ont opté pour une EOH partagée (42% dans les établissements de plus de 100 lits), encourageant cette voie pour les petits établissements ;
- Les établissements SSR-SLD se montrent moins engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales, qu'ils soient privés ou publics ;
- Les établissements ayant une activité obstétricale sans activité chirurgicale ont moins souvent de protocoles d'antibioprophylaxie que les établissements pratiquant la chirurgie, avec ou sans obstétrique ;
- La diffusion des protocoles est en général insuffisante pour les escarres, les antiseptiques, les pansements et les désinfectants ; elle se montre très insuffisante pour l'antibiothérapie ;
- Deux ans avant le terme défini par la circulaire du 29/12/2000, les objectifs de personnels dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales étaient atteints :
 - A 66% pour les ETP d'IDE et à 53% pour les ETP de médecins pour le secteur public et PSPH ;
 - A 49% pour les ETP d'IDE et à 48% pour les ETP de médecins pour le secteur privé.

Deux explications sont avancées face à ces résultats :

- Les établissements et leurs tutelles ne font pas une priorité de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- Les objectifs proposés sont très au-dessus soit des besoins réels, soit des possibilités de recrutement.

Plus de trois ans après la circulaire, et dans le cadre de l'actuel programme de lutte contre les infections nosocomiales (période 2005-2008), la DHOS souhaite évaluer dans quelle mesure les coopérations inter-établissements ont été développées par les établissements de santé, par quels établissements elles ont été retenues et comment s'organisent réellement ces coopérations (composition, convention, articulations, modalités d'organisation...).

Elle souhaite donc disposer d'un état des lieux sur les expériences de coopération inter-établissements des EOH existantes et d'une analyse de ces diverses expériences, ceci pour être en mesure de proposer des principes organisationnels performants aux établissements de santé.

3 Finalité et objectifs de l'évaluation

Cette évaluation a pour finalité de produire des informations utiles, trouvant leur application directe dans l'élaboration de propositions de principes organisationnels performants à destination des établissements de santé.

L'objectif principal est d'apprécier la mise en œuvre par les établissements de santé des mesures réglementaires relatives à la coopération inter-établissements des EOH.

Plus précisément, il s'agit donc de :

- Décrire le type d'établissements ayant effectivement créé une EOH inter-établissements (taille, implantation géographique, type d'activités...) par rapport à ceux ayant opté pour une EOH interne ou ne disposant pas d'EOH (typologie d'établissements) ;
- Décrire et analyser les modalités de coopération des établissements ayant recours aux EOH inter-établissements, selon différents axes :
 - Les types et contenus des conventions reliant les établissements ;
 - La composition des EOH et leurs modalités de travail ;
 - Le nombre moyen d'établissements partageant une EOH inter-établissements, ainsi que leur éloignement géographique moyen ;
 - Les types de politique cohérente et coordonnée menée en matière de gestion du risque infectieux dans le cadre d'une EOH inter-établissements ;
 - Les conséquences (positives, négatives) de la mise en place d'EOH inter-établissements.
- Décrire et analyser :
 - Les difficultés de mise en place des missions relatives aux EOH d'une part ;
 - Les difficultés à l'origine de la non application du décret d'autre part.

4 Méthodologie de l'évaluation

4.1 Schéma général

La méthodologie de l'évaluation s'articule en deux phases complémentaires. Un courrier de la DHOS annonçant l'intervention de CEMKA-EVAL a été adressé à tous les établissements.

Phase I : Phase quantitative d'analyse de la coopération inter-établissements et de l'organisation de la prévention des infections nosocomiales

A partir des données issues du bilan standardisé annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales (2003), une étude quantitative a été réalisée, en trois étapes distinctes, sur deux échantillons différents susceptibles d'apporter des informations complémentaires :

- Etape 1 : enquête postale échantillonnée menée auprès des établissements ne disposant pas d'EOH en 2003. (*Enquête 1*)
- Etape 2 : enquête postale exhaustive menée auprès des établissements disposant d'une EOH inter-établissements en 2003. (*Enquête 2*)
- Etape 3 : Relance par courrier menée auprès des établissements « Pilotes » non-répondants à l'enquête postale. (*Enquête 2*)

Phase II : Phase qualitative d'approfondissement centrée sur deux groupes d'établissements

Les sous groupes d'établissements ont été définis en fonction des résultats de la phase I de l'évaluation et des besoins de l'évaluation. Deux groupes de travail avec des acteurs de terrain ont donc été constitués pour préciser l'argumentaire et les difficultés exprimées lors des enquêtes. L'expérience des acteurs et la confrontation de leur avis ont apporté l'éclairage souhaité.

4.2 Phase quantitative

Cette première phase s'articule autour de deux enquêtes complémentaires menées simultanément sur deux échantillons d'établissements.

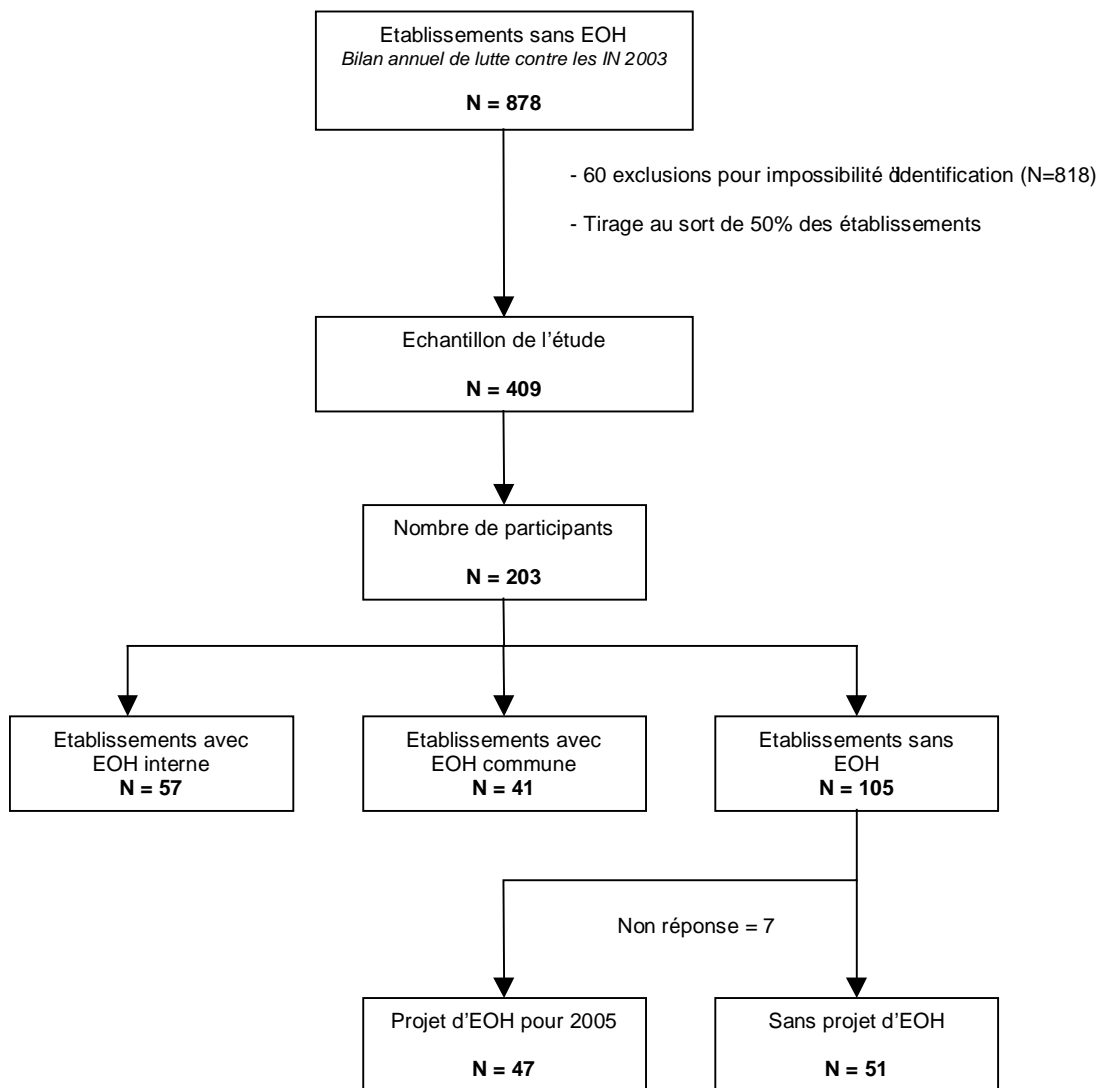
Enquête 1 : Enquête auprès des établissements ne disposant pas d'EOH

Malgré l'obligation de mise en place des EOH depuis 2000, 878 établissements déclaraient en 2003² ne pas disposer de personnel spécialement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales.

² Donnée issue du bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2003, coordonnée par la cellule de lutte contre les infections nosocomiales DGS-DHOS.

Un échantillon composé de la moitié des établissements (409), sélectionnés par tirage au sort, a été constitué et interrogé à l'aide d'un questionnaire postal (**Annexe 1**).

Figure 1 : Schéma d'étude - Enquête 1 (établissements sans EOH)



Enquête 2 : Enquête auprès des établissements disposant d'une EOH inter-établissements

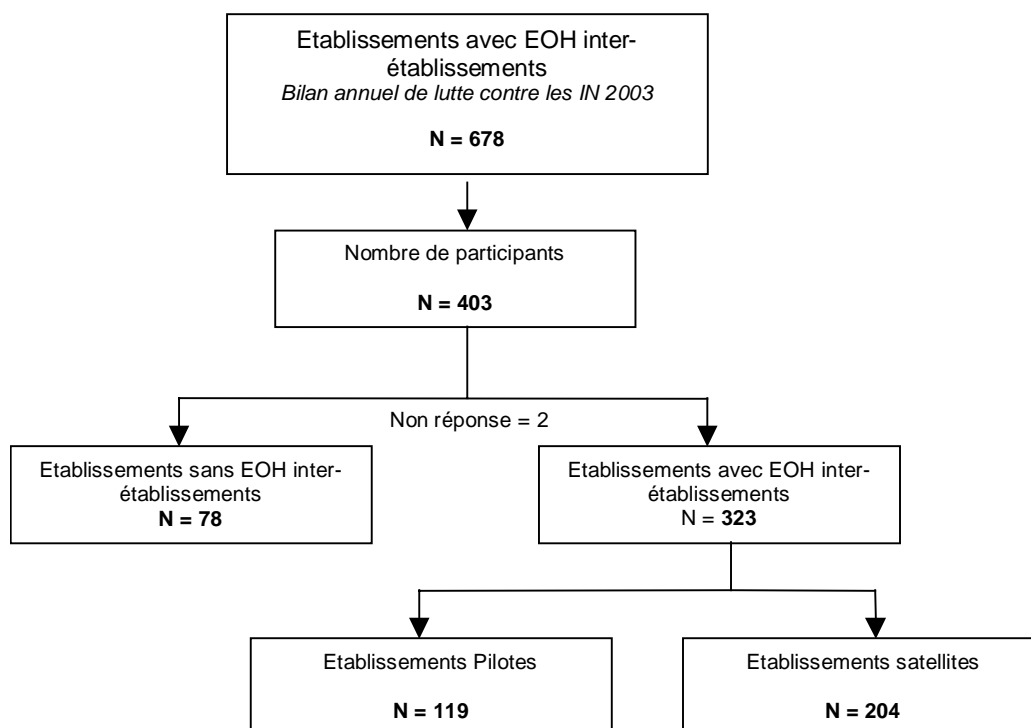
Il s'agit d'une enquête postale menée auprès de l'ensemble des établissements ayant déclaré en 2003 disposer d'un personnel spécialement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales et partagé avec d'autres établissements (soit 678 établissements¹).

Les EOH inter-établissements sont traditionnellement recrutées par un seul établissement (« pilote »), chargé de la rémunération du personnel de l'équipe et de la répartition de son temps de travail, par l'intermédiaire d'une convention passée avec les différents établissements impliqués dans cette coopération inter-établissements (« Satellites »).

De façon à pouvoir repérer les EOH inter-établissements « pilotes », le questionnaire (**Annexe 2**) comportait une première partie permettant de classer les établissements interrogés en « pilotes » ou « satellites ». Seuls les établissements « pilotes » étaient amenés à compléter la seconde partie du questionnaire nous renseignant sur la composition et le fonctionnement des EOH inter-établissements.

Par cette approche, le fonctionnement des EOH inter-établissements n'a donc été analysé que du point de vue des établissements « pilotes », et non sur la totalité des établissements concernés (chaque établissement n'étant pas forcément en capacité de décrire l'organisation et le fonctionnement de l'EOH dans les autres établissements).

Figure 2 : Schéma d'étude - Enquête 2



4.3 Phase qualitative

Initialement, l'approfondissement des principaux points émergents de la phase 1 devait reposer sur deux groupes focaux de discussion composés :

- D'établissements n'ayant pas d'EOH au moment de notre enquête (établissements de moins de 100 lits, avec ou sans projet d'EOH à terme) ;
- D'établissements ayant mis en place une EOH partagée.

L'organisation de ces groupes n'a pas été possible pour deux raisons principales :

- La sollicitation des acteurs (juin 2005) survenait en pleine phase d'accréditation pour de nombreux établissements et leur disponibilité était réduite de ce fait, malgré leur volonté de coopération.
- Les besoins du Comité de Pilotage de l'Evaluation qui souhaitait disposer du rapport final au mois de septembre, ne permettant pas d'organiser les groupes en période d'été.

De ce fait, deux conférences téléphoniques animées selon les modalités initialement prévues se sont déroulées au mois de juin 2005, réunissant deux groupes d'acteurs pluridisciplinaires.

En effet, ces groupes ont intégré des directeurs d'établissements, des médecins, des infirmiers et cadres de santé, des pharmaciens et des responsables de CLIN, comme prévu en Comité de pilotage de l'Evaluation.

Les établissements ont été tirés au sort (40 établissements par groupe). Le directeur de l'établissement puis le professionnel dont la participation était souhaitée ont été contactés pour solliciter leur accord. Les établissements ont été appelés jusqu'à obtention du quota de huit participants (contrainte imposée par la modalité téléphonique de la réunion).

Les conférences téléphoniques ont duré deux heures environ et ont été conduites par les consultants selon un schéma d'animation spécifique à chaque groupe et validé en Comité de pilotage (**Annexe 3**).

Un entretien téléphonique approfondi a été également conduit avec le responsable d'une EOH singulière par le nombre d'établissements la partageant (11 établissements)³.

³ Dr G. Rolland Jacob, CH Cornouaille

5 Résultats

L'exploitation statistique sur laquelle reposent les résultats ci-après est présentée en **Annexes 4 et 5**.

5.1 Description et analyse de l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements sans EOH (Enquête 1)

Taux de participation

Au total, 203 établissements ayant déclaré en 2003 ne pas disposer d'EOH ont complété et retourné le questionnaire qui leur a été envoyé.

Rapporté aux 409 questionnaires envoyés, le taux de réponse des établissements est de 49,6%. Ce taux s'avère satisfaisant pour une enquête effectuée sans aucune forme de relance.

Sur ces 203 établissements, 98 (soit 48,3%) ont mis en place, depuis 2003, une EOH dont 41 (soit 41,8% des équipes nouvellement constituées) une EOH inter-établissements.

Tableau 1 : Distribution des établissements répondants selon leur organisation interne de lutte contre les IN

	N	%
Etablissements disposant d'une EOH interne à l'établissement	57	48,3%
Etablissement disposant d'une EOH inter-établissements	41	
Etablissements sans EOH	105	51,7%
Total	203	100%

Les questionnaires ont été complétés principalement par le directeur (36,0%) ou par le responsable du CLIN (33,0%). Les autres personnes ayant participé au remplissage du questionnaire sont les cadres de santé (6,0%), les infirmières hygiénistes (6,0%) et les responsables qualité (4,9%).

L'objectif de l'étude étant d'apporter une explication à la non application du décret relatif à la mise en place des EOH, les analyses suivantes ne porteront que sur les 105 établissements sans EOH.

Profil des établissements

La majorité des établissements ne disposant pas, à ce jour, d'une EOH sont des établissements mono-activités (62,8%) et principalement des SSR qui représentent, à eux seuls, plus de 35% des 105 établissements concernés. Avec établissements SLD et les établissements psychiatriques, ils constituent la moitié des établissements sans EOH parmi les répondants.

Notons tout de même que 6 CH/CHG et 22 hôpitaux locaux (soit respectivement 5,7% et 20,9% des établissements sans EOH) ne disposent d'aucune EOH malgré l'obligation légale.

Tableau 2 : type des établissements sans EOH

Type d'établissement	N	%	% nationaux
NR	1	1,0%	
Etablissement multi-activités	38	36,2%	50,7%
▪ CH-CHG	6	5,7%	7,0%
▪ Clinique MCO	9	8,6%	25,4%
▪ Hôpital local	22	20,9%	17,3%
▪ Autre	1	1,0%	
Etablissement mono-activité	66	62,8%	45,3%
▪ NR	1	1,0%	
▪ Etablissement psychiatrique	10	9,5%	8,3%
▪ SSR	37	35,2%	36,7%
- NR	5	4,8%	
- Réadaptation fonctionnelle	14	13,3%	
- Autres soins de suite (moyen séjour)	18	17,1%	
▪ SLD	6	5,7%	
▪ Etablissement chirurgical	3	2,8%	
▪ Centre d'hémodialyse	2	1,9%	
▪ Autre	7	6,7%	
Total	105	100%	100%

Les établissements ne disposant pas d'EOH ne semblent pas avoir un statut particulier. Ils sont répartis de manière égale sur les trois statuts (public, privé et PSPH) comme le souligne le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Statut des établissements sans EOH

Statut de l'établissement	N	%	% Nationaux
NR	3	2,9%	
Public	31	29,5%	29,5%
PSPH ou privé sous dotation globale ARH	31	29,5%	23,2%
Privé	40	38,1%	47,3%
Total		100%	100%

Les établissements sans EOH sont dans un peu plus de la moitié des cas, des établissements ayant une capacité d'accueil totale inférieure à 100 lits.

Tableau 4 : Capacité d'accueil des établissements sans EOH

Taille de l'établissement	N	%
Non renseigné	7	-
1 à 99 Lits	52	53,1%
100 à 399 Lits	45	45,9%
800 Lits et +	1	1,0%

Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

Sur les 105 établissements ne disposant pas d'EOH, 47 (soit 44,8%) envisagent de mettre en place une EOH en 2005 et 51 (48,6%) n'en ont pas le projet. Aucune différence de profil, que ce soit le type, le statut ou la taille de l'établissement, n'apparaît entre ces deux types d'établissements.

Etablissement envisageant la mise en place d'une EOH pour 2005

Sur ces 47 établissements, 30 (soit 63,8%) envisagent de mettre en place une EOH propre à l'établissement. Ce choix ne peut s'expliquer par le manque de connaissance du décret relatif à la coopération inter-établissements car plus de 76% déclarent savoir que le cadre légal rend possible la constitution d'une EOH partagée.

Sur les 17 autres établissements (soit 36,2%) qui envisagent de constituer une EOH partagée, 1 seul sera un établissement pilote. Parmi les 11 établissements désignés comme pilote, 6 (soit 54,5%) disposent déjà d'une EOH inter-établissements. **En d'autres termes, la majorité des établissements sans EOH et envisageant la mise en place d'une EOH inter-établissements, vont se greffer à des EOH déjà existantes.**

De plus, l'analyse des profils des établissements selon leur souhait ou non de mettre en place une EOH partagée révèle également que les établissements envisageant de mettre en place une EOH partagée sont plus souvent des établissements multi-activités (60% des établissements concernés). A l'opposé, ce sont les établissements mono-activité qui s'orientent le plus souvent vers un projet d'EOH interne (70% des établissements envisageant de mettre en place une EOH interne sont des établissements mono-activité). Cette différence de profil est significative ($p=0,045$).

En moyenne ces EOH inter-établissements interviendront sur 4,7 établissements (écart-type=2,9).

Par ailleurs, le choix de la forme inter-établissements est motivé principalement par deux grandes raisons étroitement liées : une taille d'établissement petite et l'absence de moyens humains et financiers.

En effet, 47% de ces établissements expliquent avoir opté pour une EOH inter-établissements en raison de la taille de leur établissement et 41,2% pour des raisons budgétaires. L'absence de moyens humains est également fréquemment évoquée (dans 29,1% des cas) : « L'établissement ne dispose pas de médecin hygiéniste », « il n'y a pas de poste d'IDE hygiéniste à l'effectif ».

L'EOH a pour principal intérêt de mutualiser les moyens humains comme financiers et ainsi améliorer le niveau d'expertise. Les établissements disposent d'un budget souvent très limité ne permettant pas de mettre en poste du personnel spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales. L'EOH inter-établissements apparaît donc comme la seule solution permettant d'organiser, selon le cadre légal, la prévention des infections nosocomiales.

Malgré tout, 47,1% de ces établissements insistent particulièrement sur les obstacles rencontrés dans la mise en place des EOH inter-établissements. Il s'agit principalement de difficultés d'ordre financière (66,7%) et de recrutement (33,3%) qui compliquent sérieusement sa constitution. En effet, pour certains,

il apparaît difficile de « trouver le personnel et le financement » et d'autres ont l'impression que « la volonté locale même groupée ne suffit pas pour convaincre et obtenir des financements ».

Un véritable cercle vicieux découle directement de ce manque de financement qui se traduit irrémédiablement par une incapacité à créer les postes nécessaires au bon fonctionnement de l'EOH.

Etablissement n'ayant pas de projet de mise en place d'une EOH à court terme

Bien que 15,7% de ces établissements sans EOH déclarent ne pas connaître le décret et le cadre légal, on ne peut raisonnablement imputer totalement l'absence d'EOH dans ces établissements à une mauvaise communication ou connaissance de la loi. 66,7% d'entre eux connaissent même le cadre légal permettant la mise en place d'une EOH partagée.

D'ailleurs les raisons évoquées pour justifier l'absence d'EOH sont principalement la taille de l'établissement et le manque de budget. Notons que ces deux raisons ont également été évoquées dans le choix de mise en place d'une EOH inter-établissements. Cependant, dans le cas présent, les établissements considèrent que « la taille de l'établissement ne permet pas la constitution d'une équipe dédiée à la lutte contre les infections nosocomiales ». D'autre part, « le CLIN gère la lutte contre les infections nosocomiales et son action paraît suffisante compte tenu de la taille des établissements ».

Ces établissements sont également nombreux à considérer qu'ils ne peuvent « se doter, pour des raisons financières, d'une EOH spécifiquement dédiée à l'hygiène ». Ils n'ont généralement « pas le budget pour » et considèrent même que « conformément à la circulaire du 29/12/200, [ils] n'ont pas l'obligation d'avoir une EOH propre à l'établissement » voir, pour un autre, que cela « ne paraît pas nécessaire ».

Pourtant cela ne signifie pas qu'aucune action de lutte contre les IN n'est réalisée dans ces établissements. La prévention des IN s'organise de manière différente mais existe réellement dans la quasi-totalité de ces établissements (Seuls 4 établissements sur les 51 n'auraient aucune organisation effective de la prévention des infections nosocomiales).

Le plus souvent, elle s'organise grâce au bénévolat des professionnels de santé (35,3%) ou par l'intermédiaire du CLIN (35,3%) qui est souvent considéré comme le correspondant en hygiène privilégié des établissements. Un établissement considère même que la prévention des infections nosocomiales « s'intègre dans le cadre du travail du [CLIN] »

L'appel à des prestataires de services extérieurs est plus rare (15,7%) mais certains établissements élaborent tout de même « des protocoles 'entretiens des locaux' et 'utilisation du matériel' avec l'aide des fournisseurs ». Des formations internes en hygiène de « tout le personnel » sont également proposées dans certains cas, car « la prévention est l'affaire de tous ».

D'autres encore ont mis en place un partenariat ou une collaboration informelle avec d'autres établissements qui disposent de personnel spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales. Ces professionnels de santé hygiénistes interviennent alors sur les établissements de manière ponctuelle pour sensibiliser le personnel ou/et élaborer des protocoles.

Tableau 5 : Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements sans EOH plusieurs reponses possibles

Organisation de la prévention des IN	N	%
Bénévolat des professionnels de santé	18	35,3%
Activité gérée par le CLIN	18	35,3%
Prestataires de services	8	15,7%
Autre organisation	19	37,2%
<i>Mise en place d'un partenariat ou d'une collaboration avec d'autres établissements</i>	7	
<i>Formation hygiène en interne du personnel</i>	6	
<i>Elaboration de protocoles avec les fournisseurs</i>	2	

Notons tout de même que plusieurs établissements ont insisté sur le rôle même du personnel dans la prévention des infections nosocomiales : « Elle fait partie du rôle des infirmières » mais également de celui des « PH » et du « personnel d'entretien ». « La prévention est l'affaire de tous ». Le rôle du CLIN est de coordonner l'activité et de former le personnel.

De plus, « pour les petites structures, il y a redondance de mettre en place deux fonctions [le CLIN et l'EOH] qui gèrent les mêmes thèmes ». La vigilance est globalement assurée dans ce type d'établissements par les soignants en collaboration avec le CLIN (lorsqu'il existe) sur la base du volontariat.

5.2 Description et analyse de la coopération inter-établissements (Enquête 2)

Taux de participation

Au total, 403 établissements ayant déclaré en 2003 disposer d'une EOH inter-établissements ont complété et retourné le questionnaire qui leur a été envoyé.

Rapporté aux 648 questionnaires envoyés, le taux de réponse des établissements, de 62,2% est là encore, satisfaisant pour une enquête postale.

L'analyse des taux de participation par région ne révèle aucune différence particulière. Dans l'ensemble, le taux de participation des établissements est identique quel que soit la région considérée. Seul le Limousin se démarque légèrement avec un taux de participation proche de 80%. A l'opposé, la Corse et le Languedoc-Roussillon ont une participation plus faible que les autres (respectivement 0% et 30,3%). Bien que ces régions se distinguent, la structure selon les régions de l'échantillon des répondants reste tout de même très proche de celle de l'échantillon des établissements enquêtés.

Parmi ces 403 établissements, 78 (soit 19,4%) ont déclaré ne pas disposer d'une EOH inter-établissements. Une analyse complémentaire, réalisée par téléphone, d'un échantillon de ces établissements a révélé que ces derniers ne disposaient plus d'une EOH depuis 2004 ou considéraient que l'EOH dont ils disposent ne correspond pas à une EOH inter-établissements au sens où l'entend le décret.

Sur les 325 établissements ayant une EOH partagée, 119 (soit 36,6%) sont des établissements pilotes et 204 (soit 62,8%) sont satellites.

Tableau 6 : Distribution des établissements interrogés selon leur organisation interne de lutte contre les IN

	N	%
Non réponse	2	0,5%
Etablissements sans EOH inter-établissements	78	19,4%
Etablissements pilotes	119	29,5%
Etablissements satellites	204	50,6%
Total	403	100%

Les questionnaires ont été principalement complétés par les responsables des EOH (dans 46,3% des cas), la direction de l'établissement (25,1%) ou/et par les présidents des CLIN (dans 24,2% des cas). Les autres professionnels ayant participé au remplissage du questionnaire sont les IDE hygiénistes (6,7%), les cadres de santé (3,2%) et/ou les praticiens hygiénistes (2,5%).

Compte tenu des objectifs, les analyses suivantes ne portent que sur les 323 établissements disposant d'une EOH inter-établissements et ayant renseigné leur statut vis à vis de l'EOH (pilote versus satellite).

Profil des établissements

Parmi les 323 établissements répondants, 255 (soit 78,9%) sont des établissements multi-activités. Ce sont majoritairement des établissements publics qui disposent d'une capacité d'accueil supérieure à 300 lits.

Tableau 7 : type des établissements selon leur rôle vis à vis de l'EOH

Type d'établissement	Pilote	Satellite	Total	P (*)	% nationaux
Non réponse	-	1 (0,5%)	1 (0,3%)	<0,001	
Etablissement multi-activités	112 (94,1%)	143 (70,1%)	255 (78,9%)		74,0%
▪ Non réponse	-	1	1	<0,001	
▪ CHR-CHU	6 (5,4%)	-	6 (2,0%)		1,2%
▪ CH-CHG	83 (74,1%)	70 (49,3%)	153 (47,4%)		37,5%
▪ Clinique MCO	14 (12,5%)	20 (14,1%)	34 (10,5%)		21,6%
▪ Hôpital local	4 (3,6%)	47 (33,1%)	51 (15,8%)		13,8%
▪ Autre	5 (4,5%)	5 (3,5%)	10 (3,1%)		
Etablissement mono-activité	6 (5,0%)	59 (28,9%)	65 (20,1%)		22,9%
▪ Non réponse	1	-	1	0,249	
▪ Etablissement psychiatrique	-	7 (11,9%)	7 (2,2%)		5,8%
▪ SSR	4 (80,0%)	41 (69,5%)	45 (13,9%)		16,5%
- Non réponse	1	6	7		
- Réadaptation fonctionnelle	3 (100%)	12 (34,3%)	15 (39,5%)		
- Autres soins de suite (moyen séjour)	-	23 (65,7%)	23 (60,5%)		
▪ SLD	-	3 (5,1%)	3 (0,9%)		
▪ CLCC	1 (20,0%)	-	1 (0,3%)		0,6%
▪ Etablissement chirurgical	-	3 (5,1%)	3 (0,9%)		
▪ Autre	-	5 (8,5%)	5 (1,5%)		
HAD	-	1 (0,5%)	1 (0,3%)		0,2%
Autre	1 (0,8%)	-	1 (0,3%)		
Total	119 (100%)	204 (100%)	323 (100%)		

Tableau 8 : Statut des établissements sans EOH

Statut de l'établissement	Pilote	Satellite	Total	P (*)	% nationaux
Public	96 (80,7%)	129 (63,2%)	225 (69,7%)	0,0037	56,4%
PSPH	12 (10,1%)	44 (21,6%)	56 (17,3%)		17,0%
Privé	11 (9,2%)	31 (15,2%)	42 (13,0%)		26,6%
Total	119 (100%)	204 (100%)	323 (100%)		100%

Une étude comparative des profils des établissements selon leur situation vis à vis de l'EOH partagée révèle des différences significatives :

- Tout d'abord, les établissements pilotes sont, dans la quasi-totalité des cas (94,1%), des établissements multi-activités et en particulier des centres hospitaliers alors que près d'un tiers des établissements satellites sont mono-activités. Cette différence de répartition est statistiquement significative ($p < 0,001$). (Tableau 7)

- Les établissements pilotes ont également plus souvent un statut public que les établissements satellites (80,7% versus 63,2%). Ils disposent d'une capacité d'accueil, en terme d'hospitalisation complète, bien supérieure à celle des établissements satellites (535,4 lits versus 169,3 – p<0,001). (Tableau 9)

Tableau 9 : Capacité d'accueil des établissements sans EOH

Taille de l'établissement	Pilote	Satellite	Total	P
Nombre de lits d'hospitalisation complète				
▪ Moyenne (écart-type)	535,4 (469,8)	169,3 (157,6)	305,3 (358,5)	<0,001
▪ Médiane (min-max)	430 (0-2747)	120 (8-799)	179 (0-2747)	
Nombre de places en ambulatoire (hôpital de jour)				
▪ Moyenne (écart-type)	49,9 (72,1)	23,1 (59,2)	35,8 (66,8)	0,003
▪ Médiane (min-max)	23 (0-393)	7 (0-404)	13 (0-404)	

Tableau 10 : Capacité d'accueil des établissements sans EOH (en classe)

Taille de l'établissement	Pilote	Satellite	Total	P
Non réponse	2	6	8	< 0,001
1 à 99 lits	16 (13,7%)	85 (42,9%)	101 (32,1%)	
100 à 399 lits	39 (33,3%)	96 (48,5%)	135 (42,9%)	
400 à 799 lits	36 (30,8%)	17 (8,6%)	53 (16,8%)	
800 lits et +	26 (22,2%)	-	26 (8,2%)	
Total	119 (100%)	204 (100%)	323 (100%)	

Notons également que les CHR-CHU sont peu nombreux à disposer d'une EOH inter-établissements mais sont également peu nombreux à ne pas avoir appliqué le décret relatif à la mise en place des EOH. Ces établissements disposent probablement d'une EOH non partagée dans une grande majorité des cas. On peut donc se demander pourquoi si peu de CHU ont envisagé le partage de leur équipe d'hygiène ? Cette forme de coopération inter-établissements est-elle vraiment adaptée ou du moins envisageable dans ces grandes structures de soins ?

Modalités de coopération des établissements

Comme précisé précédemment, le fonctionnement des EOH inter-établissements n'a été analysé que du point de vue des établissements pilotes. Les résultats ci-dessous portent donc sur les 119 établissements pilotes ayant répondu à l'enquête.

Ancienneté des EOH inter-établissements

Globalement, les EOH inter-établissements ont été mises en place peu de temps avant la circulaire informant les établissements de la possibilité d'une coopération inter-établissements. En effet, les établissements ont déclaré avoir créé ces EOH il y a en moyenne plus de 5 ans (5,2 ans ; écart-type=3,3 ans ; médiane=4,3 ans) alors que le décret date de décembre 2000. D'ailleurs, moins de la moitié des établissements disposant d'une EOH partagée l'ont mis en place après la parution de la circulaire. La circulaire semble donc être plus une officialisation d'une pratique déjà existante qu'une innovation dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

Tableau 11 : Ancienneté des EOH inter-établissements

Caractéristiques des EOH inter-établissements	
Ancienneté de l'EOH (en mois)	
▪ Moyenne (écart-type)	62,3 (39,4)
▪ Médiane (min-max)	51,8 (1-196,8)
mise en place une EOH partagée après la publication de la circulaire	
▪ Non	63 (57,3%)
▪ Oui	47 (42,7%)

Coopération inter-établissements

En moyenne, les EOH interviennent sur 6 établissements distants d'environ 20km de l'établissement pilote. Ce nombre est cependant très variable : bien que 75% des EOH soient partagées sur moins de 8 établissements, 17% interviendraient sur plus de 10 établissements dont 2,6% sur 19 établissements.

La médiane, qui illustre le nombre d'établissements le plus souvent en coopération est à 5.

Le nombre élevé d'établissements pour une même EOH apparaît contraignant surtout si l'on considère l'éloignement géographique inter-établissements : la distance moyenne entre l'établissement pilote et les établissements satellites est en effet de 23,5 km avec une moyenne maximum d'éloignement pouvant atteindre 67,3 km.

Tableau 12 : Caractéristiques des EOH inter-établissements

Caractéristiques des EOH inter-établissements	
Nombre d'établissements coopérants (y compris l'établissement pilote)	
▪ Moyenne (écart-type)	6,0 (4,2)
▪ Médiane (min-max)	5 (2-19)
Nombre d'établissements coopérants (en catégorie)	
▪ 2-3 établissements	45 (38,5%)
▪ 4-5 établissements	25 (21,4%)
▪ 6-7 établissements	16 (13,7%)
▪ 8-9 établissements	8 (6,8%)
▪ 10 ou plus d'établissements	23 (19,7%)
Eloignement géographique (en km)	
▪ Moyenne (écart-type)	23,5 (14,1)
▪ Médiane (min-max)	21,1 (0-67,3)

Notons également que cette coopération inter-établissements se fait dans 90% des cas dans le même département. Pour les 10% restants, il s'agit de villes géographiquement proches mais appartenant à des départements différents.

D'autre part, la coopération public/privé dans les EOH inter-établissements n'est que rarement appliquée. Comme le souligne le tableau ci-dessous cette coopération est particulièrement rare, voire inexistante lorsque les établissements pilotes sont privés.

A l'opposé, les établissements pilotes publics semblent plus ouverts à une coopération inter-statut : dans près de 24% des cas, l'EOH de l'établissement public intervient également sur au moins un établissement privé.

Tableau 13 : Coopération public/privé selon le statut de l'établissement pilote

Statut de l'établissement pilote	Public	PSPH	Privé
Statut des établissements satellites			
Public	91 (94,8%)	1 (8,3%)	0
PSPH	33 (34,4%)	10 (83,3%)	0
Privé	23 (23,9%)	4 (33,3%)	11 (100%)

Composition de l'EOH inter-établissements et modalités de travail

Dans la majorité des cas, les EOH inter-établissements sont composées d'au moins une infirmière non cadre (57,1% des EOH), un médecin (45,4%), un cadre de santé (42,9%) et/ou un pharmacien (41,2%).

Tableau 14 : Composition de l'EOH inter-établissements

Composition de l'EOH inter-établissements	N (%)
Médecin	54 (45,4%)
Pharmacien	49 (41,2%)
Cadre de santé	51 (42,9%)
Infirmier(e) non cadre	68 (57,1%)
Bio-hygiéniste	17 (14,3%)
Secrétaire	43 (36,1%)
Autres ⁽¹⁾	11 (9,2%)

(1) Biologiste (4), technicien, agent de maintenance, cuisinier, biomédical, intendante...

Notons que la composition des EOH est très différente d'un cas à l'autre et que sa définition mérite d'être précisée : La notion même d'équipe reste en effet discutable car souvent incomprise. Dans de nombreux cas, seule une personne (médecin ou infirmière) partage son activité sur plusieurs établissements disposant chacun de leur propre correspondant en hygiène. Certains établissements ne semblent pas avoir pris en compte ces individus dans la répartition des ETP de l'EOH, alors que d'autres les ont inclus dans le tableau. Un biais existe donc dans l'analyse de cette partie qui mérite d'être approfondie lors des groupes focaux de discussion.

Notons tout de même que toutes professions confondues, l'EOH dispose d'environ 2,75 ETP pour organiser la lutte contre les infections nosocomiales dans les différents établissements. La qualité des données ne nous a pas permis de préciser les ETP par type de professionnel, à fortiori rapporté au nombre de lits. Le plus souvent, la répartition du temps de travail privilégie de manière quasi systématique l'établissement pilote : ainsi, 41,9% du temps de travail de l'EOH est consacré à l'établissement pilote. (Tableau 15)

Tableau 15 : Répartition des ETP de l'EOH inter-établissements

Equivalent Temps plein	
ETP total dédié à l'EOH	
▪ Moyenne (écart-type)	2,74 (2,61)
▪ Médiane (min-max)	2 (0-12,8)
Part des ETP consacrés à l'établissement pilote	
▪ Moyenne (écart-type)	41,9% (36,6%)
▪ Médiane (min-max)	43,2% (0-100%)

La part d'ETP consacrée à l'établissement pilote varie peu en fonction du nombre d'établissements coopérant. Ainsi, dans le cas des EOH intervenant sur 10 ou plus établissements différents, la part d'ETP consacrée à l'établissement pilote reste supérieure à 40% (médiane=46,3%). Cela signifie donc que les autres établissements doivent se partager le reste du temps ce qui rend difficile l'intervention de l'EOH de manière équitable.

D'autre part, d'après les ETP renseignés par les établissements, ce sont les infirmières suivies des médecins et des cadres de santé qui participent le plus à ces équipes en terme de temps travail spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales. Le profil professionnel dominant de l'EOH est donc l'IDE dont le temps représente en moyenne 32,7% (écart-type=31,9%) du temps global dont dispose l'EOH.

Tableau 16 : Profil dominant de l'EOH inter-établissements

Profil dominant...	... sur EOH Moyenne (écart-type)	... sur l'établissement pilote Moyenne (écart-type)
Infirmier(e) non cadre	32,7% (31,9%)	33,3% (32,7%)
Médecin	19,8% (29,6%)	17,2% (28,8%)
Cadre de santé	17,4% (23,5%)	15,8% (24,7%)
Pharmacien	16,5% (25,8%)	17,9% (26,5%)
Secrétaire	7,6% (10,4%)	8,8% (12,1%)
Bio-hygiéniste	3,1% (7,3%)	3,9% (8,8%)
Autres ⁽¹⁾	3,3% (13,2%)	3,2% (14,2%)

(1) Biologiste (4), technicien, agent de maintenance, cuisinier, biomédical, intendante...

Le profil dominant de l'établissement pilote est similaire à celui de l'EOH : la part des IDE est la plus importante (33,3% du temps de travail de l'EOH sur l'établissement pilote).

Encore une fois, ces données restent difficiles à interpréter compte tenu de la grande variabilité qui subsistent entre les établissements tant d'un point de vue de la qualité ou de la quantité des réponses (sur les 119 établissements pilotes, moins de 70 ont renseigné cette partie là). Il semblerait que le tableau relatif aux ETP de l'EOH inter-établissements ait été mal compris dans l'ensemble.

Concernant la répartition des ETP sur les différents établissements satellites se partageant l'EOH, les résultats de l'enquête ne permettent pas d'en faire une analyse précise du fait de la diversité importante des réponses observées dans notre échantillon. D'autre part, cette répartition n'a été que rarement renseignée et ne permet donc pas de décrire précisément l'organisation spécifique de cette répartition des temps de travail.

Une étude qualitative réalisée sur la base des commentaires établis par les différents établissements permet tout de même de penser que cette répartition se fait généralement « au prorata du nombre de lits ».

D'ailleurs, l'étude des modalités d'intervention inter-établissements confirme cette hypothèse : dans les établissements les plus importants en terme de nombre de lits, l'intervention du personnel se fait à fréquence fixe. A l'opposé, pour les établissements les plus petits, les interventions sont réalisées sur demande.

Tableau 17 : Modalités d'intervention du personnel de l'EOH sur site

Modalités d'intervention du personnel de l'EOH	N	%
NR	2	4,3%
Fréquence fixe	46	38,7%
A la demande	26	21,8%
Autre fonctionnement (mixte)	45	37,8%

De plus une certaine souplesse de fonctionnement est également observée dans les établissements et offre « la possibilité de modifier les jours de présence » en fonction des besoins propres aux établissements.

Sur le plan administratif, le personnel de l'équipe est traditionnellement rattaché à la direction de l'établissement pilote (40,4%) ou au service d'hygiène hospitalière (15,1%).

Sur le plan médical, la diversité est beaucoup plus importante. Dans 16,0% des cas, le personnel de l'EOH est rattaché au service d'hygiène hospitalière mais d'autres services tels que le laboratoire d'environnement, pharmacie, le service de chirurgie, de biologie ou de maladies infectieuses ont été également cités. Dans de nombreux cas (17,7%), aucun service n'a été précisé. Les établissements ont seulement précisé que l'EOH dépendait de l'établissement pilote ou de la direction.

Organisation technique et administrative de la coopération inter-établissements

Dans une grande majorité des cas, une convention de mise à disposition du personnel avec les autres établissements a été signée (89 soit 74,8% des cas). Elle précise principalement la répartition du temps de travail (84,5% des cas) et le budget (50,0%) alloué à l'EOH (Rémunération et remboursement des frais pour chaque établissements). Cette convention a également pour objectif de clarifier les objectifs et les missions de l'EOH (15,7% des cas), son organisation générale (7,8%) en terme de comité de pilotage, groupe de travail et évaluation, ainsi que l'obligation des parties.

D'autre part, la majorité des établissements se partageant l'EOH disposent d'un CLIN par établissement (98,2% des cas). Seules certaines EOH disposent d'un CLIN inter-établissements permettant de faciliter la gestion et l'organisation de l'EOH.

Notons cependant que plus le nombre d'établissements se partageant l'EOH augmente, plus la présence d'un CLIN inter-établissements est fréquent : alors que pour les EOH intervenant sur 2 ou 3 établissements, moins de 7% d'entre eux disposent d'un CLIN inter-établissements, les EOH se

partageant sur plus de 10 établissements sont plus de 17% à disposer d'un CLIN partagé (cette différence est statistiquement significative $p=0,002$).

Tableau 18 : Présence d'un CLIN en fonction du nombre d'établissements se partageant l'EOH

Nombre d'établissements se partageant l'EOH	CLIN inter-établissements
2-3 établissements	3 (6,7%)
4-5 établissements	2 (8,0%)
6-7 établissements	2 (12,5%)
8-9 établissements	1 (12,5%)
10 ou plus d'établissements	4 (17,4%)

Missions de l'EOH inter-établissements

Conformément au décret n°99-1034 du 6 décembre 1999, les missions mises en place dans les établissements sont principalement l'élaboration de protocoles, fiches ou appui techniques (94,1%) et la diffusion des recommandations (93,3%). La surveillance épidémiologique, incluant la surveillance des infections nosocomiales, est également citée mais de manière plus ponctuelle.

L'aide apportée par l'EOH sur la réalisation des différentes missions est visible pour l'élaboration de protocoles essentiellement. Pour les autres missions, le rôle de l'EOH est perçu comme facilitant dans la moitié des cas. Notons, de plus, que l'analyse ne porte que sur les établissements pilotes qui ont en général la gestion de l'EOH et qui dispose souvent de la majorité du temps consacré par l'équipe à la lutte contre les IN.

D'ailleurs, comme développé dans le chapitre suivant, les établissements satellites sont nombreux à estimer que le temps consacré par l'EOH à leur établissement est insuffisant et que certaines missions mériteraient d'être mises en place.

Tableau 19 : les missions des EOH inter-établissements

Missions de l'EOH inter-établissements	N
Elaboration de protocoles, fiches ou appui techniques	NR=5
Mission mise en place dans les établissements	112 (94,1%)
Grâce à la forme inter-établissements de l'EOH, la réalisation de cette mission a été...	NR=9
▪ <i>Facilité</i>	82 (68,9%)
▪ <i>Inchangée</i>	16 (13,4%)
▪ <i>Complexifiée</i>	12 (10,1%)
Diffusion des recommandations	NR=5
Mission mise en place dans les établissements	111 (93,3%)
Grâce à la forme inter-établissements de l'EOH, la réalisation de cette mission a été...	NR=12
▪ <i>Facilité</i>	59 (49,6%)
▪ <i>Inchangée</i>	33 (27,7%)
▪ <i>Complexifiée</i>	15 (12,6%)
Evaluation du suivi des recommandations	NR=12
Mission mise en place dans les établissements	89 (74,8%)
Grâce à la forme inter-établissements de l'EOH, la réalisation de cette mission a été...	NR=25
▪ <i>Facilité</i>	52 (43,7%)
▪ <i>Inchangée</i>	23 (19,3%)
▪ <i>Complexifiée</i>	19 (16,0%)
Formation des professionnels	NR=6
Mission mise en place dans les établissements	107 (89,9%)
Grâce à la forme inter-établissements de l'EOH, la réalisation de cette mission a été...	NR=15
▪ <i>Facilité</i>	65 (54,6%)
▪ <i>Inchangée</i>	28 (23,5%)
▪ <i>Complexifiée</i>	11 (9,2%)
Mise en place de mesures réglementaires	NR=7
Mission mise en place dans les établissements	107 (89,9%)
Grâce à la forme inter-établissements de l'EOH, la réalisation de cette mission a été...	NR=15
▪ <i>Facilité</i>	57 (57,9%)
▪ <i>Inchangée</i>	36 (30,3%)
▪ <i>Complexifiée</i>	11 (9,2%)
Autres	38 (31,9%)
<i>Surveillance épidémiologique</i>	15
<i>Réalisation d'Audits</i>	5
<i>Bactériovigilance environnementale</i>	3
<i>Autres</i>	15
Grâce à la forme inter-établissements de l'EOH, la réalisation de cette mission a été...	
▪ <i>Facilité</i>	21 (55,3%)
▪ <i>Inchangée</i>	9 (23,7%)
▪ <i>Complexifiée</i>	8 (21,0%)

Attentes et satisfaction des établissements « satellites » vis à vis des EOH inter-établissements

Sur l'ensemble des établissements interrogés, 204 établissements satellites ont répondu et renvoyé le questionnaire.

Ils ont été interrogés principalement sur les missions mises en place par l'EOH à l'intérieur même de leur établissement. Dans l'ensemble, la plupart des missions citées (et correspondant aux obligations citées dans le décret d'application) ont été partiellement (43,7%) ou complètement (44,4%) mises en place. Les autres missions énumérées sont principalement la surveillance épidémiologique (25,5% des cas), l'élaboration du programme d'action et du cahier des charges (4,4%) et la participation aux réunions (2,9%).

La majorité des missions théoriques des EOH sont donc incomplètement mises en place dans les établissements. Certains (35,8% des cas) précisent que les missions non actuellement assurées par l'EOH (et prévues par les textes) sont nécessaires pour leur établissement. Il s'agit principalement de la formation et de la sensibilisation des professionnels (32,8% des établissements insatisfaits vis à vis des missions) et de la mise en place d'audits et d'évaluation (27,4%). Ces déclarations sont donc cohérentes avec celles des établissements pilotes. Dans certains cas (11%), il s'agit plus d'une demande d'amélioration ou de renforcement de missions partiellement assurées par les EOH que réellement de missions inexistantes.

Notons également que, outre ces missions manquantes, plus de la moitié des établissements satellites (55,4%) estiment que le temps consacré par l'EOH inter-établissements est insuffisant pour répondre à leurs besoins propres.

Impacts des EOH inter-établissements dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

Les EOH inter-établissements sont « une aide précieuse au regard de la réglementation » surtout pour les structures de faible ou moyenne capacité qui ne dispose que rarement de personnel spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales. Les EOH partagées leur permet de « bénéficier des compétences d'équipes spécialisées dans la prévention et la surveillance des infections nosocomiales et des bactéries multirésistantes et ce pour un coût raisonnable et en cohérence avec leurs besoins réels ».

Le principal intérêt des EOH inter-établissements est donc de permettre un partage voir un apport (pour les établissements ne disposant d'aucun personnel formé en hygiène) de compétence en hygiène dans les établissements. Cette coopération s'organise par l'intermédiaire d'une mutualisation des moyens permettant de réduire les coûts de fonctionnement et ainsi permettre aux petites structures d'organiser la prévention des infections nosocomiales.

Il n'y a pas de grandes différences entre les établissements pilotes et satellites. Tous considèrent que la facilitation de communication et l'harmonisation des pratiques sont les principaux avantages des EOH partagée. (Tableau 20)

Tableau 20 : les principaux avantages des EOH inter-établissements

Principaux avantages d'une EOH inter-établissements	Etablissements pilotes	Etablissements satellites
Facilitation de communication / harmonisation des pratiques	68 (57,1%)	86 (42,1%)
Mutualisation des moyens (humains/outils)	35 (29,4%)	44 (21,6%)
Partage et/ou apports de compétences aux établissements	25 (21,0%)	59 (28,9%)
Possibilité pour les petites et moyennes structures de disposer d'un personnel qualifié	17 (14,3%)	32 (15,7%)
Optimisation du temps et réactivité	9 (7,6%)	11 (5,4%)
Coordination et coopération inter-établissements	2 (1,7%)	12 (5,9%)

L'objectif final d'une telle organisation est l' « harmonisation des pratiques » relatives à la lutte contre les infections nosocomiales en rédigeant des « protocoles communs » et en « facilitant les échanges » entre les différents établissements. Ainsi, la mise à « disposition d'une assistance technique favorisant les échanges, l'uniformisation des procédures » permet d'obtenir « une concordance dans les pratiques de soins favorisant le relationnel avec les patients et leur famille » tout en « évitant l'isolement des petites structures ».

L'EOH inter-établissements apparaît donc comme une « solution pertinente ». Cependant, de nombreux dysfonctionnements apparaissent à l'usage.

Les principaux inconvénients des EOH inter-établissements sont donc d'une part, la répartition inéquitable du temps prévu et d'autre part, la lourdeur de fonctionnement. (Tableau 21)

Tableau 21 : les principaux inconvénients des EOH inter-établissements

Principaux avantages d'une EOH inter-établissements	Etablissements pilotes	Etablissements satellites
Répartition inéquitable du temps prévu	33 (27,7%)	74 (36,3%)
Lourdeur de fonctionnement	45 (37,8%)	46 (22,5%)
Nécessité d'adaptation aux spécificités des établissements	21 (17,6%)	14 (6,9%)
Augmentation de la charge de travail	15 (12,6%)	2 (1,0%)
Difficultés de mise en place et de suivi des projets et missions	15 (12,6%)	23 (11,3%)
Manque de moyens humains	11 (9,2%)	13 (6,4%)
Eloignement géographique	15 (12,6%)	9(4,4%)
Complexification de la gestion	11 (9,2%)	12 (5,9%)

Cependant, certaines divergences apparaissent entre les établissements pilotes et satellites : les établissements pilotes sont proportionnellement plus nombreux à se plaindre de l'augmentation de la charge de travail (respectivement 12,6% versus 1%), de la lourdeur de fonctionnement (respectivement 37,8% versus 22,5%) et de l'éloignement géographique (12,6% versus 4,4%). A l'opposé, les établissements satellites sont plus nombreux à estimer qu'une inégalité persiste dans la répartition du temps de travail (36,3% versus 27,7% pour les établissements pilotes).

Pour résumer, la mutualisation des moyens humains et la répartition du temps de travail a pour principale conséquence de réduire de manière significative la disponibilité et la présence du personnel de l'équipe sur le terrain et ce pour trois raisons :

- Le manque de personnel : Actuellement les quotas français (circulaire du 29 décembre 2000) donnent 1 médecin pour 800 lits et une IDE pour 400 lits. Ces deux quotas ne sont pas atteints en effectif réel et le profil le plus présent sur les tâches de l'EOH est l'infirmière non cadre de santé. L'opinion des responsables des EOH prône en faveur de l'adoption de quotas américains, à savoir 1 médecin pour 400 lits et une IDE pour 200 lits pour que l'action soit vraiment efficace.
- Un partage du temps de travail proportionnel à la taille de l'établissement au sein de l'EOH: dans certains petits établissements, « l'intervention du personnel est ponctuelle (< 0,05 ETP) » et ne permet donc pas un suivi en continu des actions. Or, il est « impossible d'impliquer une dynamique depuis l'extérieur ». Cette inégalité dans la répartition des temps de travail a également pour conséquence d'impliquer de manière inégale le personnel de l'EOH dans la lutte contre les infections nosocomiales et ainsi de renforcer le sentiment d'isolement de certains établissements qui considèrent ne disposer que de « miettes, quand il y en a... ».
- L'éloignement géographique : le personnel des EOH perdent « un temps important dans les déplacements » surtout lorsque le nombre d'établissements se partageant l'EOH est important.

D'autre part, les problèmes d'adaptation des programmes d'action aux spécificités des établissements est un inconvénient majeur. La transposition des référentiels d'un établissement à l'autre se montre difficile compte tenu des différences de domaine d'activité et de besoins. Le gain de temps initialement attendu par une telle organisation s'estompe complètement et la charge de travail en est même augmentée.

De plus, cette augmentation de la charge de travail est également liée à la multiplication des interlocuteurs et des réunions avec une impression de plus en plus forte de dispersion dans le travail, responsable d'une baisse de l'efficacité de l'équipe.

Les EOH inter-établissements sont donc ressentis à la fois comme la solution la plus pertinente pour répondre à l'obligation de lutte contre les infections nosocomiales mais également comme une solution dont les principes de mise en place et d'organisation méritent d'être améliorés et ce quel que soit le rôle de l'établissement dans l'EOH (pilote ou satellite)

Un des établissements a d'ailleurs explicité de manière claire les impacts négatifs des EOH inter-établissements ci-dessous (notons qu'il s'agit d'un établissement pilote qui disposait au préalable de personnel spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales) :

« La mutualisation des moyens humains ne signifie pas pour autant la suffisance des moyens. Le fonctionnement adopté dans l'établissement a profité au petit hôpital en privant l'établissement [pilote] d'un temps de travail non compensé. Ce qui doit être une charge de travail partagée s'apparente plutôt (...) à une charge de travail supplémentaire pour le praticien. Il est physiquement éprouvant d'intervenir sur plusieurs établissements lorsque ces derniers sont nombreux et éloignés les uns des autres. Dans ces circonstances, il est souvent difficile d'assurer un suivi continu des projets surtout si on ne peut s'appuyer sur un réseau solide de référents médicaux et paramédicaux en hygiène hospitalière. L'EOH inter-établissements éprouve [également] des difficultés à se positionner dans le ou les établissements autres que l'établissement d'affectation ce qui ne facilite pas la mise en œuvre de ses missions. »

5.3 Analyse qualitative de la coopération inter-établissements

La synthèse de chaque conférence téléphonique est présentée en **Annexe 6**.

Etablissements ayant l'expérience d'une EOH partagée

L'approfondissement des difficultés rencontrées par ces établissements dans la mise en œuvre du partage de l'EOH permet de mettre en évidence les éléments suivants.

L'homogénéité des établissements selon le type d'activité, bien que non obligatoire, rend le travail de l'EOH partagée plus efficient.

Plus que la taille des établissements, le caractère « **mono** » ou « **multi-activités** » se présente comme un facteur facilitant la création et l'adaptation des protocoles et procédures. Ceci est lié aux types de problématiques existantes au sein de ces établissements. Il est cependant souligné que l'EOH, dans son rôle d'expertise (développé ci-après), doit être capable de s'adapter aux préoccupations spécifiques des établissements.

Le « partage » concerne principalement l'expertise de l'EOH, tandis que l'opérationnalité de la réalisation des missions est assurée par les référents et correspondants en hygiène des établissements.

Ce point permet de confirmer le **décalage existant entre la « compréhension » par les établissements (ou les attentes) du rôle de l'EOH partagée et les actions effectivement réalisables par les EOH.**

L'« expertise » se réfère à des **fonctions d'aide** (à l'initialisation et au cadrage des actions) que peuvent assurer les EOH auprès de chaque établissement. Ces fonctions nécessitent forcément un temps de présence minimum sur site. **Cette forme d'opérationnalité a pu être comprise comme une participation directe à la réalisation des actions à mettre en œuvre.** Il faut nuancer cependant en fonction de la nature des missions de l'EOH. Par exemple, la réalisation de l'évaluation des actions incombe préférentiellement aux membres de l'EOH.

L'existence sur site de deux types d'acteurs est indispensable à la réalisation des missions confiées aux EOH. Ces acteurs n'appartiennent donc pas directement à l'EOH mais sont garants de son fonctionnement. Ce sont :

- **L'interlocuteur « privilégié »** d'une part, souvent cadre de santé, qui assure une fonction de relais permanent d'information.
- **Les correspondants en hygiène**, d'autre part, pas forcément « hygiénistes » au sens strict du terme (bien que formés de préférence), qui assurent (théoriquement) la mise en œuvre concrète des actions. Ces correspondants peuvent être paramédicaux (IDE, AS) mais également médicaux.

Actuellement, plusieurs types de difficultés entravent la pérennité des actions dans les établissements

- L'interlocuteur privilégié n'existe pas systématiquement.
- Le turn-over des correspondants complique la coordination entre l'EOH et les correspondants
- Les correspondants ont un rôle thématique.
- La participation des correspondants est basée sur le volontariat ce qui leur donne parfois une position inconfortable au sein des services (« statut » ?)
- Le passage aux 35h a compliqué sérieusement l'organisation des réunions. Il est de plus en plus difficile de trouver un créneau horaire ou une date convenant à tout le monde. Il en découle donc un manque d'implication et de motivation des interlocuteurs et des correspondants dont la disponibilité n'est pas adaptée aux temps consacrés par l'EOH sur site.

La pluridisciplinarité à l'intérieur de l'EOH facilite la couverture des missions qui lui sont confiées

En sus des qualités relationnelles qui sont nécessaires pour occuper les fonctions d'aide aux établissements, la complémentarité des profils professionnels à l'intérieur de l'EOH est un atout important. En effet :

- **Le praticien (médecin, pharmacien)** semble plutôt chargé de la surveillance, de l'élaboration de méthodologie d'enquêtes, de l'évaluation et de la coordination des soins. Ils se chargent également des interventions auprès des médecins.
- **Les cadres et IDE** sont chargées du respect de la spécificité propre à chaque établissement en intervenant sur site, mais également de l'élaboration des protocoles et des procédures en partenariat avec l'équipe de terrain.

Les modalités de la détermination du temps à consacrer par l'EOH à chaque établissement devraient prendre en compte d'autres critères que la taille de l'établissement

Le partage du temps en fonction du nombre de lits ne se montre pas satisfaisant, ni pour les établissements pilotes, ni pour les satellites. Le niveau de risque de l'établissement (rejoignant le type d'activité) et la mission concernée parmi les quatre incombant aux EOH (rejoignant la répartition des tâches entre les membres de l'équipe) devraient plus précisément être pris en compte dans le modèle de calcul de ce temps.

A souligner l'expérience déjà existante du CH de Cornouaille⁴ qui propose un modèle basé sur l'application d'un coefficient de minoration estimé sur le niveau de risque. Ce coefficient est ensuite adapté aux missions de l'EOH en collaboration avec un comité interne à l'établissement.

⁴ Dr. G. Rolland-Jacob, responsable de l'EOH

Etablissements sans EOH

La méconnaissance du risque d'infections nosocomiales n'est pas à l'origine de l'absence d'EOH

Même faible, le risque d'être confronté aux infections nosocomiales est jugé non négligeable, identifié et reconnu par les établissements n'ayant pas encore mis en place d'EOH. (Par exemple, la fréquence des hospitalisations prolongées en SSR est accrue en raison d'un transfert des hôpitaux de plus en plus fréquent et associé à une prévalence plus importante des infections nosocomiales).

L'absence ou l'insuffisance de moyens spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales est la principale difficulté ressentie pour créer l'EOH

Les établissements expriment clairement la nécessité de disposer de temps « interne » à l'établissement pour faire fonctionner les missions de l'EOH. En l'absence de moyens pour créer ces postes, ce sont les mêmes personnes qui se retrouvent à la présidence du CLIN et à la charge de toute l'organisation de la lutte contre les IN en supplément de leur travail de PH ou de pharmacien. L'opérationnalité des missions reste alors bloquée au stade de l'élaboration (protocoles par exemple). Les directions d'établissements, confrontées à l'obligation de redéployer du temps à défaut de pouvoir créer des postes (pas d'enveloppe supplémentaire) n'affichent pas une motivation incitative pour les professionnels de terrain qui perçoivent alors une certaine inadéquation entre les objectifs et les moyens mis à disposition par l'établissement. A ce sujet, une sensibilisation des directions à l'importance de la lutte contre les infections nosocomiales pourrait faciliter la prise en considération du sujet. Le même sentiment de contradiction et d'inadaptation est suscité lorsque des hygiénistes interviennent en tant qu'experts dans les petits établissements non dotés de ressources internes.

Les solutions expérimentées de « partage » pour suppléer au manque de moyens n'ont pas abouti aux résultats attendus

Dans l'exemple relaté lors de la conférence téléphonique, les établissements satellites n'avaient pas les moyens de financer cette équipe et l'établissement pilote a considéré que le temps n'était pas suffisant pour intervenir dans d'autres établissements. L'existence d'un contre exemple met l'accent sur les facteurs de la réussite du partage développés ci après.

Le partage d'une expertise et l'existence d'opérateurs internes à l'établissement semblent effectivement adaptés aux besoins

Bien que des précisions soient nécessaires sur les champs d'action des EOH et des correspondants en hygiène, le modèle organisationnel associant ces deux entités est bien celui qui est proposé par les acteurs. Les correspondants en hygiène sont cependant appelés « EOH interne » en complément de l'EOH externe représentant l'expertise externe. Cette expertise recouvre des fonctions d'appui au développement des actions et de formation des personnels.

Le besoin de références visibles

Il est suggéré de pouvoir disposer de deux outils pour cadrer les initiatives :

- Un référentiel comportant toutes les recommandations de mise en œuvre des actions de la lutte contre les infections nosocomiales mais distinguant le tronc commun à tous les établissements et les orientations spécifiques en fonction de l'activité.
- Un guide d'achat des produits d'hygiène en fonction d'un rapport qualité-prix optimal, les établissements encore peu concernés ayant du mal à se repérer au sein du panel commercial qui leur est offert.

Les facteurs de réussite du partage

- **L'homogénéisation des établissements par leurs préoccupations** : c'est une condition qui facilite l'adaptation des protocoles d'une structure à l'autre et crée une dynamique par les pairs.
- **Une localisation géographique proche** : l'éloignement trop important entre les établissements réduit l'efficacité des EOH en raison de la perte de temps liée aux déplacements.
- **Un partage précis du temps et des fonctions** entre protagonistes permet d'éviter tout sentiment d'isolement et / ou d'insatisfaction des établissements satellites.

6 *Synthèse et conclusions*

Cette évaluation avait pour objectif principal d'apprécier la mise en œuvre par les établissements de santé des mesures réglementaires relatives à la coopération inter-établissements des EOH. Sa finalité était de produire des informations utiles, trouvant leur application directe dans l'élaboration de propositions de principes organisationnels performants à destination des établissements de santé.

Reposant sur deux phases successives (phase quantitative d'enquêtes auprès des établissements et phase qualitative de conférences téléphoniques), le recueil de données s'est déroulé de janvier à juin 2005.

Sur la base de l'analyse des informations obtenues, nous retenons les conclusions suivantes.

Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements sans EOH

En l'espace de trois années, la mise en place des EOH dans les établissements qui n'en disposaient pas s'est lentement effectuée. Aujourd'hui, la moitié de ces derniers n'en possède toujours pas. Cette catégorie d'établissements se caractérise par sa petite taille (moins de 100 lits) et son type (plutôt mono-activité : SSR, SLD et établissements psychiatriques pour la moitié d'entre eux).

L'absence d'EOH ne correspond pas pour autant à une méconnaissance du risque associé aux infections nosocomiales qui, bien que faible, est parfaitement admis. De même, les possibilités de partage de l'EOH offertes par la loi sont connues et la mutualisation des moyens se présentent, pour certains, comme la solution « la mieux adaptée ». Ces derniers (un tiers environ de ces établissements) plutôt de type multi-activités, envisagent alors de se rattacher à un établissement déjà doté d'une EOH (« établissement pilote »).

Quel que soit le stade d'avancement dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, ces établissements ont perçu le rôle fondamental d'acteurs internes à l'établissement, spécifiquement chargés du sujet, ainsi que les liens à nouer avec une expertise externe.

Les principales difficultés pour une organisation concrète sont de deux ordres :

- L'identité des opérateurs internes et externes dans la lutte contre les infections nosocomiales et la répartition des tâches respectives.

Une double confusion semble s'être installée à la lecture des textes législatifs existants. Un premier amalgame existe d'une part, entre le rôle politique du CLIN et le rôle technique de l'EOH. Une deuxième incompréhension semble concerner les limites de l'opérationnalité des EOH. Chargées d'aider à construire concrètement l'action à l'intérieur des établissements, les EOH ont donné lieu à des attentes en termes d'intervention directe qu'elles ne pouvaient pas assumer. C'est ce décalage qui est exprimé d'une part par la déception des établissements ayant expérimenté le partage, d'autre part par les orientations préférentielles vers une EOH propre à l'établissement pour ceux qui n'en possèdent toujours pas.

- Les freins budgétaires et l'engagement des directeurs d'établissement.

Qu'il existe ou non un projet de réalisation à court terme d'une EOH, le manque de moyens spécifiquement alloués (financier et humain) est constamment avancé pour expliquer l'absence actuelle d'EOH. Il faut sans doute évoquer le paradoxe politique auquel sont confrontés les directeurs d'établissements et qui a été souligné par un praticien interviewé⁵ : ces derniers se trouvent en effet face à une priorité de santé publique qu'il faut gérer avec le pragmatisme de la T2A.

Analyse de la coopération inter-établissements

Dans l'ensemble, les établissements pilotes chargés de la gestion des EOH, sont principalement des établissements dits **multi-activités, de statut public** et disposant d'une capacité d'accueil importante.

Les CHU et CHR se présentent comme des cas « à part » et sont peu nombreux à disposer d'une EOH partagée. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'ont pas d'EOH mais celle-ci est propre à leur structure. **Du fait de leurs besoins particuliers, cette forme de coopération inter-établissements ne semble donc pas adaptée ou du moins envisageable dans ces grandes structures de soins.**

Concernant la mise en place et l'organisation des EOH partagées existantes, tout d'abord il est important de noter que **la circulaire ne semble pas avoir été à l'origine de cette forme de coopération mais a, en fait, formalisé et officialisé une pratique** déjà largement répandue dans les établissements ayant mis en place une EOH (57,3% des établissements avaient mis en place leur EOH partagée avant la circulaire de 2000). Cette formalisation revêt la forme d'une convention qui précise la répartition du temps de travail et/ou le budget.

La coopération concerne le plus souvent **5 établissements** distants d'environ **20 à 25 kilomètres** de l'établissement pilote **au sein d'un même département**. Les rares exceptions rencontrées concernent en réalité des villes proches mais appartenant à des départements différents (notion de bassin de vie).

La **coopération public/privé n'apparaît à ce jour que peu développée** : lorsque l'établissement pilote est privé, aucune coopération avec le public n'a été observée. A l'opposé, les établissements pilotes publics entretiennent une « petite » coopération avec les établissements PSPH et privés mais cette dernière reste cependant minoritaire.

Le profil dominant des personnels dédiés à l'EOH est majoritairement **l'infirmière non cadre** suivi par le médecin et le cadre de santé. Les profils des professionnels «partagés » sont relativement homogènes (médecin ou infirmier dans la plupart des cas) contrairement à ceux des temps dédiés en interne (« correspondants en hygiène.»). Le temps est réparti de manière très inégalitaire entre l'établissement pilote et les satellites : le pilote dispose en général de plus de 40% du temps de travail du personnel de l'EOH. Les règles de fonctionnement semblent s'établir selon la taille de l'établissement (nombre de lits), avec une présence sur le terrain à jour fixe pour les grands établissements, à la demande pour les autres. Les petites structures satellites, par ailleurs incapables d'assurer dans sa globalité la lutte contre

⁵ Dr G.Rolland-Jacob, responsable EOH, CH Cornouaille

les infections nosocomiales, se sentent pénalisées (plus de la moitié des établissements satellites déclarent que le temps de travail de l'EOH au sein de leur établissement est insuffisant).

Pour autant, dans l'état actuel des choses, le mode d'organisation partagé ne satisfait pas non plus l'établissement pilote qui, souligne la lourdeur de fonctionnement de ces EOH. L'augmentation de la charge de travail, associée à un éloignement géographique souvent important, est difficilement gérable lorsque la coopération intervient sur plus de 10 établissements.

Comme cela a déjà été mis en évidence pour les établissements n'ayant pas encore constitué d'EOH, cette insatisfaction semble liée au décalage existant entre les attentes des établissements à l'égard de l'EOH et les possibilités réelles d'intervention de cette dernière.

L'insuffisance de moyens est évoquée par les petites structures pour expliquer le manque de postes de correspondants en hygiène. Ces relais sont pourtant perçus comme indispensables à la mise en œuvre des missions des EOH, à la fois du côté des établissements pilotes et des établissements satellites. Ils sont en outre les garants de la bonne coopération inter-établissements.

Lorsque ces correspondants existent, leur turn-over trop rapide, leur rôle thématique, l'absence de statut réel (volontariat), et le passage aux 35 heures des personnels des établissements, se présentent comme autant de difficultés entravant la continuité dans le travail de lutte contre les infections nosocomiales.

Enfin, l'existence de correspondants en hygiène ne devrait pas aboutir à sous estimer l'importance d'une coordination assurée par un interlocuteur privilégié de l'EOH, cadre de santé relayant l'information, existant trop peu souvent dans les établissements.

De ce fait, les **missions de l'EOH inter-établissements restent partiellement appliquées, l'EOH** ayant un effet facilitant perçu de manière évidente seulement sur la conception de protocoles (**facilitation de la communication entre les établissements et harmonisation des pratiques**). Les établissements satellites estiment même que la formation, la sensibilisation des professionnels ainsi que la réalisation d'audits et d'évaluation n'ont pas été mis en place malgré le besoin ressenti.

Malgré la coopération inter-établissements, il faut souligner que **peu d'établissements disposent d'un CLIN partagé** facilitant la gestion et l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales. Notons, cependant que plus le nombre d'établissements se partageant l'EOH augmente, plus la présence de CLIN inter-établissements devient fréquente.

Convergence de l'analyse au regard des difficultés organisationnelles

En synthèse, il faut souligner la convergence de l'analyse des difficultés de mise en œuvre et de bon fonctionnement d'une EOH partagée. Ces similitudes, issues à la fois d'établissements expérimentés pour le mode d'organisation évalué, et d'établissements en phase de choix d'organisation, confirme la validité des facteurs explicatifs identifiés. Parmi eux, l'insuffisance des correspondants en hygiène à l'intérieur des établissements est le point plus important et l'élément de blocage du fonctionnement le plus évident.

Ce travail apporte en outre une réponse à des questions soulevées lors de la synthèse nationale des bilans annuels d'activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé :

- La lutte contre les infections nosocomiales, a fortiori dans le contexte actuel de la tarification à l'activité a du mal à se positionner parmi les priorités importantes de certains établissements ;
- Les objectifs proposés pour les EOH correspondent aux besoins mais leur atteinte est soumise à la présence de conditions développées dans les recommandations suivantes.

7 *Recommandations*

Elles se déclinent en quatre grands axes.

7.1 Communication

L'évaluation suggère qu'une clarification des rôles de chacun est nécessaire, aux différents niveaux de la lutte contre les infections nosocomiales et, avant toute forme de relance en matière d'organisation.

Ainsi, il serait utile de :

- Préciser le rôle politique du CLIN ;
- Affirmer le rôle technique et d'expertise de l'EOH, rôle opérationnel direct pour certaines de ses missions ;
- Renforcer l'importance du rôle des correspondants en hygiène dans la réalisation concrète des actions.

Une action de communication en direction des responsables d'établissements, après analyse du contexte politique actuel, pourrait également contribuer à faciliter la mise en œuvre des EOH.

7.2 Validation des pré-requis au partage d'une EOH

L'évaluation ne suggère pas une remise en question de la forme d'organisation « partagée » des EOH mais montre le caractère indispensable de la présence des correspondants en hygiène et d'un interlocuteur privilégié dans l'établissement pour un fonctionnement optimal.

Ces conditions s'appliquent pour tous les établissements envisageant le partage de l'EOH, c'est à dire tous les types d'établissements à l'exclusion des CHU et CHR nécessitant une EOH interne.

Sauf exception, le partage devrait être plutôt encouragé sur un nombre restreint d'établissements (5 à 6) relativement proches géographiquement (25 km).

7.3 Modélisation du calcul du temps des acteurs de l'EOH

Le modèle de détermination du temps à consacrer à l'EOH doit intégrer le niveau de risque de l'établissement (lié à son type) et être précisé mission par mission (réparties entre les professionnels de qualité différente). Une réflexion nationale, se basant sur les expériences déjà existantes, permettrait d'homogénéiser l'approche dans chaque région.

7.4 Intégrer les données épidémiologiques à l'évaluation organisationnelle

La mise en place de nouveaux principes d'organisation pourrait être évaluée en intégrant l'incidence des infections nosocomiales. Ceci permettrait, à terme, de faire évoluer l'organisation en fonction de l'efficacité des dispositifs.

8 *Annexes*

8.1 **Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête auprès des établissements sans EOH**

Les Equipes Opérationnelles d'Hygiène hospitalière (EOH)

L'établissement dispose-t-il d'un personnel spécialement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales ₁ Oui ₂ Non **➔ Merci de remplir l'ensemble du questionnaire**

Ce personnel est-il partagé avec d'autres établissements ?

₁ Oui ₂ Non



Fin du questionnaire

Merci de le renvoyer dans l'enveloppe T jointe

Les informations nominatives seront anonymisées ultérieurement

Fonction de la personne ayant rempli le questionnaire

La personne en charge du questionnaire, a reuni l'ensemble des informations issues des autres professionnels de l'établissement et est un eventuel contact pour d'autre renseignement relatif à l'enquête.

₁ Directeur(trice) ₁ Président du CLIN ₁ Responsable équipe opérationnelle d'hygiène

₁ Autre :

Nom de l'établissement :

Ville :

Département : |_|_|

Numéro Finess de l'établissement : |_|_| |_|_| |_|_| |_|

PARTIE 1 : PROFIL DE L'ETABLISSEMENT

Q1. Type d'établissement

- Etablissement multi-activités, précisez :
- CHR – CHU
 - CH-CHG
 - clinique MCO
 - Hôpital local
 - Hôpital des armées
 - Autre, précisez :
- Etablissement mono-activité, précisez :
- Etablissement psychiatrique
 - SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) → précisez :
 - Réadaptation fonctionnelle
 - Autres soins de suite (moyen séjour)
 - SLD (Soins de Longue Durée) long séjour hors Etablissement hébergeant des personnes âgées
 - CLCC (Centre de Lutte Contre le Cancer)
 - Etablissement chirurgical
 - Etablissement d'obstétrique
 - Centre d'hémodialyse
 - Autre, précisez :
- Hospitalisation A Domicile
- Autre, précisez :

Q2. Statut de l'établissement

- Public
- PSPH ou privé sous dotation globale ARH
- Privé (OQN)

Q3. Taille de l'établissement

Capacité d'accueil totale	_ _ _ _
Nombre de lits d'hospitalisation complète :	_ _ _ _
Nombre de places en ambulatoire (hôpital de jour) :	_ _ _ _

PARTIE 2 : EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE (EOH)

Q4. La mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène est-elle envisagée dans votre établissement pour 2005 ?

- Oui**, vous avez ce projet, merci de remplir la partie A
 Non, vous n'avez pas ce projet, merci de remplir la partie B

PARTIE A VOUS ENVISAGEZ LA MISE EN PLACE D'UNE EOH

Q5. Quel forme d'EOH envisagez vous ?

EOH de l'établissement, répondez ensuite **uniquement** à la question **Q 6** pour clore le questionnaire

EOH Inter-établissements, répondez ensuite aux **questions Q 7 à Q11**

Q6. Savez-vous qu'un cadre légal rend possible la constitution d'une EOH partagée ?

- Oui Non

Q7. Votre établissement aura-t-il en charge la gestion de l'EOH inter-établissements (Recrutement, rémunération, répartition des heures de travail, ...) ? Oui Non

→ Si non, quel est l'établissement « Pilote » du projet ?

Nom de l'établissement :

Numéro FINESS : |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|

Q8. Y compris le vôtre, combien d'établissements sont concernés par cette EOH ? |_|_|

Q9. Pourquoi avez-vous choisi la forme inter-établissements pour l'EOH ?

.....
.....
.....

Q10. Avez vous identifié des difficultés pour la mise en place de l'EOH inter-établissements ?

- Si oui, précisez quelles sont les principales : Oui Non

.....
.....

PARTIE B VOUS N'AVEZ PAS LE PROJET DE METTRE EN PLACE UNE EOH

Q11. Connaissez-vous le décret du 6 décembre 1999 – n°99-1034 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales qui indique l'obligation légale pour chaque établissement de santé de se doter d'une EOH ?

₁ Oui ₂ Non

Q12. Connaissez-vous le cadre légal rendant possible la constitution d'une EOH inter établissements ?

₁ Oui ₂ Non

Q13 Pourquoi votre établissement n'est-il pas doté d'une EOH ?

.....
.....
.....
.....
.....

Q14. Sans EOH, comment organisez-vous la prévention des infections nosocomiales au sein de votre établissement ?

- ₁ Bénévolat des professionnels de santé pour réaliser cette activité
 - ₁ Prestataire de services extérieur à l'établissement
 - ₁ Autre organisation, précisez :
-
.....
.....

Merci de votre participation

N'oubliez pas d'utiliser l'enveloppe T pour renvoyer ce questionnaire

8.2 Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête auprès des établissements avec EOH inter-établissements

Les Equipes Opérationnelles d'Hygiène hospitalière (EOH) inter-établissements

Lors du bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales, vous avez déclaré disposer d'un personnel spécialement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales. Ce personnel est-il partagé avec d'autres établissements ?

₁ Oui **Merci de remplir l'ensemble du questionnaire**

₂ Non



Fin du questionnaire

Merci de le renvoyer dans l'enveloppe T jointe

Les informations nominatives seront anonymisées ultérieurement

Fonction de la personne ayant rempli le questionnaire

La personne en charge du questionnaire, a reuni l'ensemble des informations issues des autres professionnels de l'établissement et est un eventuel contact pour d'autre renseignement relatif à l'enquête.

₁ Directeur(trice) ₁ Président du CLIN ₁ Responsable équipe opérationnelle d'hygiène

₁ Autre :

Nom de l'établissement :

Ville :

Département : | | |

Numéro Finess de l'établissement : | | | | | | | | | |

PARTIE 1 : PROFIL DE L'ETABLISSEMENT

Q1. Type d'établissement

- Etablissement multi-activités, précisez :
- CHR – CHU
 - CH-CHG
 - clinique MCO
 - Hôpital local
 - Hôpital des armées
 - Autre, précisez :
- Etablissement mono-activité, précisez :
- Etablissement psychiatrique
 - SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) → précisez :
 - Réadaptation fonctionnelle
 - Autres soins de suite (moyen séjour)
 - SLD (Soins de Longue Durée) long séjour hors Etablissement hébergeant des personnes âgées
 - CLCC (Centre de Lutte Contre le Cancer)
 - Etablissement chirurgical
 - Etablissement d'obstétrique
 - Centre d'hémodialyse
 - Autre, précisez :
- Hospitalisation A Domicile
- Autre, précisez :

Q2. Statut de l'établissement

- Public
- PSPH ou privé sous dotation globale ARH
- Privé (OQN)

Q3. Taille de l'établissement

Nombre de lits d'hospitalisation complète : |_|_|_|_|

Nombre de places en ambulatoire (hôpital de jour) : |_|_|_|_|

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EOH INTER-ETABLISSEMENTS

Q4. Votre établissement a-t-il en charge la gestion administrative du personnel de l'EOH inter établissements (recrutement, rémunération, organisation de la répartition du temps de travail, ...) ?

Oui = établissement « pilote » (en charge de la gestion administrative de l'EOH)

₁ Oui

₂ Non

Passer à la partie B



Passer à la partie A

Partie A

Q5. Quel est l'établissement « Pilote » de l'EOH inter-établissement ?

Nom de l'établissement :

Numéro FINESS : |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|

Q6. Parmi ces missions, quelles sont celles qui sont assurées par l'EOH inter établissements ?

Mission	Complètement assurée	Partiellement assurée	Non assurée
Elaboration de protocoles, fiches techniques ou appui technique			
Diffusion des recommandations			
Evaluation du suivi des recommandations			
Réalisation d'audits			
Formation des professionnels			
Mise en place de mesures réglementaires			
Autres, précisez :			

Q7. Des missions actuellement non assurées par l'EOH inter établissements seraient elles nécessaires pour votre établissement ?

₁ Oui ₂ Non



Si oui, précisez lesquelles :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Q8. D'après vous, le temps consacré par cette EOH inter établissements est il suffisant pour répondre à vos besoins ?

₁ Oui ₂ Non

⇒ ***Passer à la partie C du questionnaire.***

Q12. Avez-vous signé une convention de mise à disposition du personnel avec ces établissements ?

₁ Oui ₂ Non

Si oui : la convention a-t-elle été signée avec tous les établissements partageant l'EOH ?

₁ Oui ₂ Non

Que précise t-elle ?

₁ Budget

₂ Répartition des temps de travail

₃ Autres éléments, précisez :

Q13. Les établissements partageant l'EOH disposent-ils :

d'un CLIN unique

₁ Oui ₂ Non

d'un CLIN par établissement

₁ Oui ₂ Non

si oui, sont ils associés dans un CLIN inter établissements ₁ Oui ₂ Non

Q14. Organisation et modalités de travail de l'EOH inter-établissements

a. A quelle structure ou service de l'établissement le personnel de l'EOH est-il rattaché

Sur le plan administratif ?

.....

Sur le plan Médico-technique ?

.....

b. Comment le personnel de l'EOH intervient-il dans les établissements ? (1 seule réponse)

₁ A fréquence fixe

si oui, ₁ 1 jour/semaine ₂ 2 jours et +/semaine ₃ 1 jour/15 jours

₄ 1 jour/mois ₅ + 2 jours et +/mois ₆ autre

₂ A la demande

₃ Autre fonctionnement (mixte), précisez :

.....

Q15. Les missions de l'EOH. Parmi les missions citées ci-dessous, quelles sont celles réellement mises en place dans les établissements ? Pour chaque action, précisez si elle a plutôt été facilitée ou complexifiée par la forme inter-établissements de l'EOH ?

Missions de l'EOH inter établissements	Mise en place dans les établissements	Réalisation facilitée ou complexifiée par la forme inter-établissements de l'EOH
Elaboration de protocoles, fiches techniques ou appui technique	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Facilitée <input type="checkbox"/> ₂ Inchangée <input type="checkbox"/> ₃ Complexifiée
Diffusion des recommandations	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Facilitée <input type="checkbox"/> ₂ Inchangée <input type="checkbox"/> ₃ Complexifiée
Evaluation du suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Facilitée <input type="checkbox"/> ₂ Inchangée <input type="checkbox"/> ₃ Complexifiée
Formation des professionnels	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Facilitée <input type="checkbox"/> ₂ Inchangée <input type="checkbox"/> ₃ Complexifiée
Mise en place de mesures réglementaires	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Facilitée <input type="checkbox"/> ₂ Inchangée <input type="checkbox"/> ₃ Complexifiée
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Facilitée <input type="checkbox"/> ₂ Inchangée <input type="checkbox"/> ₃ Complexifiée

Partie C : Avantages / Inconvénients de l'EOH inter établissements

Q16. Selon vous, quels sont les avantages d'une EOH inter établissements? (gestion du personnel ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Q17. Selon vous, quels sont les inconvénients d'une EOH inter établissements ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Merci de votre participation
N'oubliez pas d'utiliser l'enveloppe T pour renvoyer ce questionnaire***

8.3 Annexe 3 : Résultats statistiques – Enquête 1

Le Système SAS

	_ n	% _
Effectif total	203	100.0%
L'établissement dispose d'un personnel spécialement dédié à la lutte contre les IN		
<u>Etablissement avec EOH</u>		
Oui	98	48.3%
Non	105	51.7%
Ce personnel est-il partagé ?		
<u>EOH inter-établissements</u>		
NR	4	4.1%
Oui	41	41.8%
Non	53	54.1%

	n	%
Effectif total	203	100.0%
INFORMATIONS GENERALES		
Fonction de la personne ayant rempli le questionnaire		
Directeur	73	36.0%
Président du CLIN	67	33.0%
Responsable EOH	17	8.4%
Autre	55	27.1%
Si Autre=Oui, précision		
ASSISTANTE QUALITE	1	1.8%
ATTACHE DE DIRECTION	1	1.8%
ATTACHEE D ADMINISTRATION HOSP	1	1.8%
ATTACHEE DE DIRECTION	1	1.8%
CADRE DE SANTE	5	9.1%
CADRE DE SANTE,INFIRMIERE HYG	1	1.8%
CADRE HYGIENISTE	1	1.8%
CADRE INFIRMIER MEDECINE	1	1.8%
CADRE INFIRMIER MR JOUEN	1	1.8%
CADRE INFIRMIER SUPERIEUR	1	1.8%
CADRE SUPERIEUR DE SANTE	2	3.6%
CHARGE DES SERVICES ECONOMIQUE	1	1.8%
CHEF DE SERVICE	1	1.8%
DIRECTEUR ADJOINT	1	1.8%
DIRECTRICE ADJOINTE	2	3.6%
DSSI	1	1.8%
F BAUDU IDE HYGIENISTE	1	1.8%
IDE CHEF REFERENT HYGIENE	1	1.8%
IDE COORDONATRICE	1	1.8%
INFIRMIER COORDINATEUR(EOH)	1	1.8%
INFIRMIER HYGIENISTE	1	1.8%
INFIRMIERE	1	1.8%
INFIRMIERE GALE RESP QUALITE	1	1.8%
INFIRMIERE GALE VICE PRESIDENT	1	1.8%
INFIRMIERE HYGIENISTE	3	5.5%
INFIRMIERE REFERENTE HYGIENE	1	1.8%
MEDECIN COORDINATEUR	2	3.6%
PHARMACIEN	1	1.8%
PHARMACIEN GERANT	2	3.6%
PHARMACIEN MEMBRE DU CLIN	1	1.8%
PRESIDENTE CME	1	1.8%
QUALITICIENNE	1	1.8%
RESP QUALITE & GESTION RISQUES	1	1.8%
RESP QUALITE MME MARCHAND	1	1.8%
RESPONSABLE EVALUATION QUALITE	1	1.8%
RESPONSABLE QUALITE	5	9.1%
RESPONSABLE QUALITE SECURITE	1	1.8%
SECRETAIRE CLIN,INFIRMIERE HYG	1	1.8%
SURVEILLANTE	3	5.5%

	n	%
Effectif total	203	100.0%
PROFIL DES ETABLISSEMENTS		
<u>Q1. Type d'établissements</u>		
<u>1. Type d'établissement</u>		
NR	1	1.0%
Etablissement multi-activités	40	38.1%
Etablissement mono-activité	63	60.0%
Autre	1	1.0%
<i>Précision pour les établissements multi-activités</i>		
CH/CHG	6	15.0%
Clinique MCO	9	22.5%
Hôpital local	22	55.0%
Autre	3	7.5%
<i>Si autre, précision</i>		
MAISON DE RETRAITE ET LONG SEJOUR	1	33.3%
MASON DE RETRAITE + USLD	1	33.3%
SANITAIRE + IME + SESSAD	1	33.3%
<i>Précision pour les établissements mono-activités</i>		
NR	1	1.6%
Etablissement psychiatrique	10	15.9%
SSR	37	58.7%
SLD	6	9.5%
Etablissement chirurgical	3	4.8%
Centre d'hémodialyse	2	3.2%
Autre	4	6.3%
<i>Type de SSR</i>		
NR	5	13.5%
Réadaptation fonctionnelle	14	37.8%
Autres soins de suite	18	48.6%
<i>Si autre, précision</i>		
	2	-
AMBULATOIRE	1	50.0%
UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE+MAISON DE RETRAITE	1	50.0%
<i>Précision des autres types</i>		
<i>Si autre, précision</i>		
MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE	1	100.0%
<u>Q2. Statut de l'établissement</u>		
NR	3	2.9%
Public	31	29.5%
PSPH/Privé sous dotation globale ARH	31	29.5%
Privé	40	38.1%
<u>Q3. Taille de l'établissement</u>		
<u>Capacité d'accueil totale</u>		
Effectif	98	
Moyenne	139.26	
Ecart Type	315.17	
Minimum	8.00	
Maximum	3139.00	
Médiane	90.00	
Quartile 25	56.00	
Quartile 75	134.00	
<u>Nombre de lits en hospitalisation complète</u>		
Effectif	93	
Moyenne	81.23	
Ecart Type	53.40	
Minimum	0.00	
Maximum	265.00	
Médiane	70.00	
Quartile 25	46.00	
Quartile 75	105.00	
<u>Nombre de lits ambulatoires</u>		
Effectif	66	
Moyenne	8.95	
Ecart Type	11.66	
Minimum	0.00	
Maximum	52.00	
Médiane	5.00	
Quartile 25	0.00	
Quartile 75	14.00	

	n	%
Effectif total	203	100.0%
<u>Q4. Mise en place d'une EOH envisagée</u>		
NR	7	6.7%
Oui	47	44.8%
Non	51	48.6%
PARTIE A : Si mise en place d'une EOH envisagée		
<u>Q5. Quel forme d'EOH est envisagée ?</u>		
EOH de l'établissement	30	63.8%
EOH inter-établissements	17	36.2%
<i>Pour ceux envisageant une EOH non partagée</i>		
<u>Connaissance du cadre légal</u>		
NR	1	3.3%
Oui	23	76.7%
Non	6	20.0%
<i>Pour ceux envisageant une EOH partagée</i>		
<u>Etablissement pilote</u>		
NR	1	5.9%
Oui	1	5.9%
Non	15	88.2%
<u>Nombre d'établissements</u>		
Effectif	7	
Moyenne	4.71	
Ecart Type	2.93	
Minimum	2.00	
Maximum	10.00	
Médiane	4.00	
Quartile 25	2.00	
Quartile 75	7.00	
Taux non-réponse	58.82	
<u>Difficultés de mise en place</u>		
NR	3	17.6%
Oui	8	47.1%
Non	6	35.3%
PARTIE B : Mise en place d'une EOH non envisagée		
<u>Connais le décret</u>		
NR	1	2.0%
Oui	42	82.4%
Non	8	15.7%
<u>Connais le cadre légal</u>		
NR	2	3.9%
Oui	34	66.7%
Non	15	29.4%
<u>Organisation de la prévention des IN</u> (Plusieurs réponses possibles)		
Bénévolat	18	35.3%
Prestataire de service	8	15.7%
Autre	37	72.5%

8.4 Annexe 4 : Résultats statistiques – Enquête 2

Le Système SAS

	n	%
Effectif total	403	100.0%
EOH inter-établissements		
Oui	325	80.6%
Non	78	19.4%
Partage de l'ensemble de l'EOH		
Oui	1	0.3%
Non	324	99.7%
Fonction de la personne ayant rempli le questionnaire		
Directeur	86	22.6%
Président du CLIN	92	24.2%
Responsable EOH	176	46.3%
Autre	84	22.1%
Si Autre=Oui, précision	2	-
ADJOINT DE DIRECTION	1	1.2%
ASSISTANTE QUALITE	1	1.2%
ATTACHE DE DIRECTION	1	1.2%
ATTACHEE D ADMINISTRATION	1	1.2%
CADRE DE SANTE	3	3.7%
CADRE DE SANTE DE L ETAB	1	1.2%
CADRE DE SANTE HYGIENISTE	1	1.2%
CADRE DE SANTE REFERENTE HYGIE	1	1.2%
CADRE EN HYGIENE	1	1.2%
CADRE HYGIENISTE	1	1.2%
CADRE HYGIENISTE DE L EOH	1	1.2%
CADRE INFIRMIER/PATICIEN HYG	1	1.2%
CADRE SANTE DE L HL	1	1.2%
CADRE SUPERIEUR DE SANTE	2	2.4%
COORDINATEUR DES SOINS	1	1.2%
COORDINATRICE SOINS/REF HYG	1	1.2%
DIRECT QUALITE ACCREDITATION	1	1.2%
DIRECT SOINS & RESP QUALITE	1	1.2%
DIRECTEUR ADJOINT	7	8.5%
DIRECTEUR ADJOINT QUALITE	1	1.2%
DIRECTEUR AFFAIRES MEDICALES	1	1.2%
DIRECTEUR DES SOINS	2	2.4%
DIRECTEUR DES SOINS MR CROS	1	1.2%
DIRECTRICE ADJOINTE	1	1.2%
EOH	1	1.2%
HYGIENISTE IDE	1	1.2%
IDE CORRESPONDANTE EN HYGIENE	1	1.2%
IDE HYGIENISTE	9	11.0%
IDE HYGIENISTE AVEC EOH	1	1.2%
IDE HYGIENISTE MEMBRES EOH	1	1.2%
IDE REFERENTE EN HYGIENE	1	1.2%
INFIRMIER HYGIENISTE	1	1.2%
INFIRMIERE HYGIENE HOSPITALIER	1	1.2%
INFIRMIERE HYGIENISTE	10	12.2%
INFIRMIERE HYGIENISTE COORDINA	1	1.2%
LED COORDONNATEUR JL LAURENT	1	1.2%
MED HYG UGECOM ALSACE	4	4.9%
MEDECIN HYGIENISTE	1	1.2%
MEMBRES DE L EOH	1	1.2%
MME BOURDIOL CLAUDETTE DSSI	1	1.2%
MME ODILE MITTELBRONN	1	1.2%
PHARMACIEN	1	1.2%
PHARMACIEN HYGIENISTE	1	1.2%
PHARMACIEN/ANIMATRICE RESEAU	1	1.2%
PRATICIEN HOSPITALIER	1	1.2%
PRATICIEN HOSPITALIER HYGIENE	1	1.2%
REFERENTE QUALITE	1	1.2%
RESP QUALITE S BERTRAND	1	1.2%
RESPONSABLE QUALITE	3	3.7%
SURVEILLANTE GALE HYGIENISTE	1	1.2%

Région		
NR	17	-
Alsace	24	6.2%
Aquitaine	18	4.7%
Auvergne	6	1.6%
Basse-Normandie	11	2.8%
Bourgogne	21	5.4%
Bretagne	12	3.1%
Centre	9	2.3%
Champagne-Ardenne	9	2.3%
Franche-Comté	8	2.1%
Haute-Normandie	11	2.8%
Ile-de-France	34	8.8%
Languedoc-Roussillon	16	4.1%
Limousin	9	2.3%
Lorraine	10	2.6%
Midi-Pyrénées	25	6.5%
Nord-Pas-de-Calais	24	6.2%
Pays de la Loire	24	6.2%
Picardie	14	3.6%
Poitou-Charentes	6	1.6%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	55	14.2%
Rhône-Alpes	40	10.4%

	n	%
Effectif total	403	100.0%
PARTIE 1 : Profil de l'établissement		
Etablissements pilotes		
<u>1. Type d'établissement</u>		
Etablissement multi-activités	112	94.1%
Etablissement mono-activité	6	5.0%
Autre	1	0.8%
<u>Type d'établissement multi-activités</u>		
CHR/CHU	6	5.4%
CH/CHG	83	74.1%
Clinique MCO	14	12.5%
Hôpital local	4	3.6%
Autre	5	4.5%
<u>Si autre, précision</u>		
ASSOCIATION GROUPE MOPALE(SSR+CHIRURGIE+COURT SEJ)	1	20.0%
ETAB PSPH MED SSR	1	20.0%
SSR MOYEN SEJOUR ET SLD	1	20.0%
SYNDICAT INTER HOSPITALIER BRIVE TULLE USSEL	1	20.0%
SYNDICAT INTERHOSPITALIER	1	20.0%
<u>Type d'établissement mono-activité</u>		
	1	-
SSR	4	80.0%
CLCC	1	20.0%
<u>Type de SSR</u>		
	1	-
Réadaptation fonctionnelle	3	100.0%
<u>Si autre, précision</u>		
<u>Si autre, précision</u>		
GIE GERANT 4 ETABLISSEMENTS DE SANTE	1	100.0%
2. Statut de l'établissement		
Public	96	80.7%
PSPH/Privé sous dotation globale ARH	12	10.1%
Privé	11	9.2%
Taille de l'établissement		
<u>Nombre de lits en hospitalisation complète</u>		
Effectif	117	
Moyenne	535.36	
Ecart Type	469.81	
Minimum	0.00	
Maximum	2747.00	
Médiane	430.00	
Quartile 25	196.00	
Quartile 75	747.00	
Taux non-réponse	1.68	
<u>Nombre de lits ambulatoires</u>		
Effectif	104	
Moyenne	49.91	
Ecart Type	72.07	
Minimum	0.00	
Maximum	393.00	
Médiane	23.00	
Quartile 25	8.00	
Quartile 75	61.00	
Taux non-réponse	12.61	

	n	%
Effectif total	403	100.0%
PARTIE 1 : Profil de l'établissement		
Etablissements satellites		
<u>1. Type d'établissement</u>		
NR	1	0.5%
Etablissement multi-activités	143	70.1%
Etablissement mono-activité	59	28.9%
HAD	1	0.5%
<u>Type d'établissement multi-activités</u>		
CH/CHG	1	-
Clinique MCO	70	49.3%
Hôpital local	20	14.1%
Autre	47	33.1%
	5	3.5%
<i>Si autre, précision</i>		
EHPAD SANITAIRE	1	20.0%
HOPITAL MCO	1	20.0%
MCO + SSR/INTER REGIONAL	1	20.0%
MCO CARDIO PNEUMO + SSR ET EHPAD	1	20.0%
PSPH	1	20.0%
<u>Type d'établissement mono-activité</u>		
Etablissemnt psychiatrique	7	11.9%
SSR	41	69.5%
SLD	3	5.1%
Etablissement chirurgical	3	5.1%
Autre	5	8.5%
<u>Type de SSR</u>		
Réadaptation fonctionnelle	6	-
Autres soins de suite	12	34.3%
	23	65.7%
<i>Si autre, précision</i>		
ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES	1	20.0%
INSTITUT PSHP SPECIALISE EN CANCEROLOGIE	1	20.0%
MECSS ANT VR	1	20.0%
MECSS ANTVR	1	20.0%
SLD+EHPAD(ETABLISST HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES	1	20.0%
2. Statut de l'établissement		
Public	129	63.2%
PSPH/Privé sous dotation globale ARH	44	21.6%
Privé	31	15.2%
Taille de l'établissement		
<u>Nombre de lits en hospitalisation complète</u>		
Effectif	198	
Moyenne	169.34	
Ecart Type	157.58	
Minimum	8.00	
Maximum	799.00	
Médiane	120.00	
Quartile 25	60.00	
Quartile 75	216.00	
Taux non-réponse	2.94	
<u>Nombre de lits ambulatoires</u>		
Effectif	116	
Moyenne	23.14	
Ecart Type	59.23	
Minimum	0.00	
Maximum	404.00	
Médiane	7.00	
Quartile 25	0.00	
Quartile 75	19.00	
Taux non-réponse	43.14	

	n	%
Effectif total	403	100.0%
PARTIE 2 : EOH		
Etablissement pilote		
.	2	-
Oui	119	36.8%
Non	204	63.2%
Analyses des réponses des Etablissements pilotes		
<u>Ancienneté de l'EOH inter-établissements en mois</u>		
Effectif	110	
Moyenne	62.33	
Ecart Type	39.43	
Minimum	1.00	
Maximum	196.83	
Médiane	51.77	
Quartile 25	34.57	
Quartile 75	84.20	
Taux non-réponse	7.56	
<u>Nombre d'établissement se partageant l'EOH</u>		
.	2	-
2	20	17.1%
3	25	21.4%
4	13	11.1%
5	12	10.3%
6	14	12.0%
7	2	1.7%
8	4	3.4%
9	4	3.4%
10	3	2.6%
11	3	2.6%
12	5	4.3%
13	4	3.4%
14	4	3.4%
15	1	0.9%
19	3	2.6%
<u>Nombre d'établissement se partageant l'EOH</u>		
Effectif	117	
Moyenne	5.96	
Ecart Type	4.16	
Minimum	2.00	
Maximum	19.00	
Médiane	5.00	
Quartile 25	3.00	
Quartile 75	8.00	
Taux non-réponse	1.00	
<u>Distance moyenne entre les établissements</u>		
Effectif	113	
Moyenne	23.55	
Ecart Type	14.08	
Minimum	0.00	
Maximum	67.28	
Médiane	21.14	
Quartile 25	13.75	
Quartile 75	30.00	
Taux non-réponse	5.04	
<u>Personnel de l'EOH inter-établissements</u>		
<u>Médecin</u>		
Nombre total d'ETP-Médecin	54	45.4%
Effectif	54	
Moyenne	0.87	
Ecart Type	0.49	
Minimum	0.10	
Maximum	2.50	
Médiane	1.00	
Quartile 25	0.50	
Quartile 75	1.00	
Taux non-réponse	54.62	
<u>Pharmacien</u>		
Nombre total d'ETP Pharmacien	49	41.2%
Effectif	49	
Moyenne	1.86	
Ecart Type	7.03	
Minimum	0.10	
Maximum	50.00	
Médiane	1.00	
Quartile 25	0.60	
Quartile 75	1.00	
Taux non-réponse	58.82	

<i>Cadre de santé</i>	51	42.9%
Nombre total d'ETP Cadre Santé		
Effectif	51	
Moyenne	1.09	
Ecart Type	0.67	
Minimum	0.10	
Maximum	4.00	
Médiane	1.00	
Quartile 25	0.90	
Quartile 75	1.00	
Taux non-réponse	57.14	
<i>Infirmier non cadre</i>	68	57.1%
Nombre total d'ETP IDE		
Effectif	68	
Moyenne	1.58	
Ecart Type	1.11	
Minimum	0.20	
Maximum	6.00	
Médiane	1.00	
Quartile 25	1.00	
Quartile 75	2.00	
Taux non-réponse	42.86	
<i>Bio-hygiéniste</i>	17	14.3%
Nombre total d'ETP Bio-hygiéniste		
Effectif	17	
Moyenne	1.04	
Ecart Type	0.56	
Minimum	0.20	
Maximum	2.60	
Médiane	1.00	
Quartile 25	0.80	
Quartile 75	1.00	
Taux non-réponse	85.71	
<i>Secrétaire</i>	43	36.1%
Nombre total d'ETP Secrétaire		
Effectif	43	
Moyenne	0.83	
Ecart Type	0.57	
Minimum	0.10	
Maximum	3.50	
Médiane	0.90	
Quartile 25	0.50	
Quartile 75	1.00	
Taux non-réponse	63.87	
<i>Autre professionnel</i>	11	9.2%
Nombre total d'ETP Autre		
Effectif	11	
Moyenne	0.90	
Ecart Type	0.77	
Minimum	0.10	
Maximum	3.00	
Médiane	1.00	
Quartile 25	0.50	
Quartile 75	1.00	
Taux non-réponse	90.76	

	n	%
Effectif total	403	100.0%
Organisation de l'EOH		
<u>Convention du personnel</u>		
NR	4	3.4%
Oui	89	74.8%
Non	26	21.8%
<u>Convention totale</u>		
NR	8	9.0%
Oui	74	83.1%
Non	7	7.9%
<u>Si convention, que précise-t-elle ?</u>		
Budget	42	50.0%
Répartition des temps de travail	71	84.5%
Autres	30	35.7%
<u>Concernant les CLIN</u>		
<u>CLIN unique</u>		
.	38	-
Oui	11	13.6%
Non	70	86.4%
<u>CLIN par établissement</u>		
.	9	-
Oui	108	98.2%
Non	2	1.8%
<u>CLIN inter-établissements</u>		
.	15	-
Oui	11	11.8%
Non	82	88.2%
<u>Fréquence d'intervention</u>		
NR	2	1.7%
A fréquence fixe	46	38.7%
A la demande	26	21.8%
Autre fonctionnement	45	37.8%
<u>Si fixe, précision</u>		
NR	2	4.3%
1 jour/semaine	18	39.1%
2 jours et +/semaine	12	26.1%
1 jour/15 jours	1	2.2%
1 jour/mois	2	4.3%
+2 jourset +/mois	1	2.2%
Autre	10	21.7%
<u>Si autre, précision</u>		
	2	-
1 SEMAINE SUR 3	1	9.1%
1.5J/SEMAINE	1	9.1%
1/2J/SEMAINE	1	9.1%
1J/15J 1J/MOIS	1	9.1%
1J/15J ET 1J/MOIS	1	9.1%
1J/6 SEMAINES	1	9.1%
1J/SEM OU 1J/MOIS SELON ETAB	1	9.1%
2J,2J,1J	1	9.1%
6 A 8 DEMI JOURNEES/MOIS	1	9.1%
SELON CONVENTION	1	9.1%
SELON ETABT 1J/SEM OU 1J/MOIS	1	9.1%
	45	-

	n	%
Effectif total	403	100.0%
Missions de l'EOH		
<u>Elaboration de protocoles</u>		
NR	5	4.2%
Oui	112	94.1%
Non	2	1.7%
<i>Réalisation facilitée par l'EOH</i>		
NR	9	7.6%
Facilitée	82	68.9%
Inchangée	16	13.4%
Complexifiée	12	10.1%
<u>Diffusion des recommandations</u>		
NR	5	4.2%
Oui	111	93.3%
Non	3	2.5%
<i>Réalisation facilitée par l'EOH</i>		
NR	12	10.1%
Facilitée	59	49.6%
Inchangée	33	27.7%
Complexifiée	15	12.6%
<u>Evaluation du suivi des recommandations</u>		
NR	12	10.1%
Oui	89	74.8%
Non	18	15.1%
<i>Réalisation facilitée par l'EOH</i>		
NR	25	21.0%
Facilitée	52	43.7%
Inchangée	23	19.3%
Complexifiée	19	16.0%
<u>Formation des professionnels</u>		
NR	6	5.0%
Oui	107	89.9%
Non	6	5.0%
<i>Réalisation facilitée par l'EOH</i>		
NR	15	12.6%
Facilitée	65	54.6%
Inchangée	28	23.5%
Complexifiée	11	9.2%
<u>Mise en place des mesures réglementaires</u>		
NR	7	5.9%
Oui	107	89.9%
Non	5	4.2%
<i>Réalisation facilitée par l'EOH</i>		
NR	15	12.6%
Facilitée	57	47.9%
Inchangée	36	30.3%
Complexifiée	11	9.2%

<u>Autre</u>			
NR		81	68.1%
Oui		38	31.9%
<u>Précision</u>			
ACCREDITATION		1	2.6%
ADH RESEAU SURVEILLANCE DU CCLINSE		1	2.6%
AUDIT		1	2.6%
AUDITS		1	2.6%
BACTERIOVIGILANCE ENVIRONNEMENTALE		1	2.6%
DECLARATIONS INFECT NOSO,SURVEILLANCE BACTERIES		1	2.6%
ENQUETE,APPELS D OFFRE,CAHIER DES CHARGES		1	2.6%
EQUIPE VIENT EN APPUI DES RESSOURCES LOCALES		1	2.6%
INFECTIO VIGILANCE,INFORMATION DU PATIENT		1	2.6%
INFORMATION PRATIQUE(ACHATS EQUIPT PRODUITS...)		1	2.6%
INVESTIGATION D EPIDEMIES		1	2.6%
PARTICIPATION REUNIONS CLINET AUTRES ETS		1	2.6%
PERSONNEL QUALIFIE DISPONIBLE PAR ASTREINTE		1	2.6%
PROGRAMMES DE PREVENTION		1	2.6%
REALISATION D AUDITS		5	13.2%
REUNIONS PROGRAMMEES		1	2.6%
SUIVI ENVIRONNEMENTAL		1	2.6%
SUIVI PRISE EN CHARGE CHIRURGIE EN CONVALESCENCE		1	2.6%
SURVEILLANCE DES IN		2	5.3%
SURVEILLANCE EPIDEMIO		1	2.6%
SURVEILLANCE EPIDEMIO PRELEVVT ENVIRONNEMENT		1	2.6%
SURVEILLANCE EPIDEMIO,ENVIRONNT;CONSEILS TECHN		1	2.6%
SURVEILLANCE EPIDIOMOLOGIQUE		1	2.6%
SURVEILLANCE INFECTIONS NOSOCOMIALES,BMR		1	2.6%
SURVEILLANCE,SIGNALEMENT		1	2.6%
SURVEILLANCE,SIGNALEMENT,ALERTE,SOLUT HYDROALCOOL		1	2.6%
SURVEILLANCES BMR REA ISO		1	2.6%
SURVEILLANCES EPIDEMIO		1	2.6%
SURVEILLANCES EPIDEMIO ENVIRONNT ANTIBIOTIQUES		1	2.6%
SURVEILLANCES INCIDENCE PREVALENCE		1	2.6%
SURVEILLANCES INFECTIONS INVESTIGATION EPIDEMIES		1	2.6%
SURVEILLANCE EPIDEMIO		1	2.6%
TRAVAIL SUR LA MATERNITE		1	2.6%
<u>Réalisation facilitée par l'EOH</u>			
NR		80	67.2%
Facilitée		21	17.6%
Inchangée		9	7.6%
Complexifiée		9	7.6%

	n	%
Effectif total	403	100.0%
Etablissements satellites		
<u>Etablissement pilote dans le même département</u>		
.	48	-
Oui	141	90.4%
Non	15	9.6%
<u>Missions nécessaires</u>		
NR	26	12.7%
Oui	73	35.8%
Non	105	51.5%
<u>Temps suffisant</u>		
NR	11	5.4%
Oui	80	39.2%
Non	113	55.4%
Missions de l'EOH dans l'établissement		
<u>Elaboration de protocoles</u>		
NR	6	2.9%
Complètement assurée	100	49.0%
Partiellement assurée	94	46.1%
Non assurée	4	2.0%
<u>Diffusion des recommandations</u>		
NR	7	3.4%
Complètement assurée	100	49.0%
Partiellement assurée	81	39.7%
Non assurée	16	7.8%
<u>Evaluation du suivi des recommandations</u>		
NR	8	3.9%
Complètement assurée	72	35.3%
Partiellement assurée	98	48.0%
Non assurée	26	12.7%
<u>Réalisation d'audits</u>		
NR	7	3.4%
Complètement assurée	88	43.1%
Partiellement assurée	85	41.7%
Non assurée	24	11.8%
<u>Formation des professionnels</u>		
NR	5	2.5%
Complètement assurée	87	42.6%
Partiellement assurée	101	49.5%
Non assurée	11	5.4%
<u>Mise en place des mesures réglementaires</u>		
NR	15	7.4%
Complètement assurée	89	43.6%
Partiellement assurée	84	41.2%
Non assurée	16	7.8%
<u>Autre</u>		
NR	162	79.4%
Complètement assurée	28	13.7%
Partiellement assurée	12	5.9%
Non assurée	2	1.0%

Avantages et inconvénients des EOH inter-établissements

Avantages d'une EOH inter-établissements pour les établissements pilotes	N
assure la continuité de la lutte contre les IN	7
augmente la dynamique (par comparaison avec les autres établissements)	3
centralisation des outils de la lutte contre les IN	4
coordination / coopération inter-établissements	2
effet rassurant sur les établissements	1
facilitation de communication / harmonisation des pratiques	68
facilite la gestion	1
formalisation de la lutte contre le IN	2
interventions facilitées auprès des décideurs administratifs	1
Jugement objectif du personnel de l'EOH et plus respecté par le personnel	3
mutualisation des moyens (humains/outils)	35
optimisation des actions	1
optimisation des coûts	5
optimisation du temps / réactivité	9
partage et/ou apports de compétences aux établissements	25
possibilité pour les petites et moyennes structure de disposer d'un personnel qualifié	17
Avantages d'une EOH inter-établissements pour les établissements satellites	N
assure la continuité de la lutte contre les IN	6
augmente la dynamique (par comparaison avec les autres établissements)	2
centralisation des outils de la lutte contre les IN	5
coordination / coopération inter-établissements	12
facilitation de communication / harmonisation des pratiques	86
facilite la gestion	10
facilite le développement de projets	1
Jugement objectif du personnel de l'EOH et plus respecté par le personnel	7
laisse une certaine indépendance aux établissements	1
mutualisation des moyens (humains/outils)	44
optimisation des actions	2
optimisation des coûts	8
optimisation du temps / réactivité	11
partage et/ou apports de compétences aux établissements	59
possibilité d'adaptation des outils à chaque structure	4
possibilité pour les petites et moyennes structure de disposer d'un personnel qualifié	32
valorisation du travail	1

Inconvénients d'une EOH inter-établissements pour les établissements pilotes	N
absence de correspondants en hygiène dans les établissements	3
augmentation de la charge de travail	15
budget de fonctionnement à la charge de l'établissement pilote	1
complexification de la gestion (administrative, personnel, temps de travail...)	11
difficultés à gérer les demandes urgentes en raison de la charge de travail	1
difficultés de coopération entre les établissements publics et privés	3
difficultés de mise en place des projets, missions de l'EOH	2
difficultés de mise en place et de suivi des projets, missions de l'EOH	15
effet seuil : impression de refaire toujours les mêmes choses	2
éloignement géographique	15
il ne faut pas réfléchir en nb de lits lorsque ceux ci sont partagés	1
la mutualisation des moyens prive le pilote d'un temps de travail non compensé	1
lourdeur de fonctionnement	45
manque de coordination inter-établissements	6
manque de moyens	7
manque de moyens humains	11
manque de temps	9
nécessité d'adaptation aux spécificités des établissements	21
nécessité de correspondants en hygiène dans les établissements	3
Pas de véritable organisation inter-hospitalière	1
positionnement difficile entre le pilote et les satellites	3
Répartition inéquitable du temps prévu	33
Inconvénients d'une EOH inter-établissements pour les établissements satellites	N
augmentation de la charge de travail	2
complexification de la gestion (administrative, personnel, temps de travail...)	12
difficultés de mise en place des projets, missions de l'EOH	1
difficultés de mise en place et de suivi des projets, missions de l'EOH	23
effet seuil : impression de refaire toujours les mêmes choses	5
éloignement géographique	9
harmonisation des procédures est impossible	1
il ne faut pas réfléchir en nb de lits lorsque ceux ci sont partagés	2
lourdeur de fonctionnement	46
manque de coordination inter-établissements	6
manque de moyens	11
manque de moyens humains	13
manque de temps	10
nécessité d'adaptation aux spécificités des établissements	14
nécessité de correspondants en hygiène dans les établissements	2
nécessité de faire évoluer les pratiques	1
positionnement difficile entre le pilote et les satellites	10
Répartition inéquitable du temps prévu	74
solution : mise en place de système de communication pour l'EOH (téléphone unique, réseau informatique)	3

8.5 Annexe 5 : Synthèse des conférences téléphoniques

Etablissements comportant une EOH partagée (Conférence téléphonique du Jeudi 23 juin 2005)

Q1. En fonction des résultats de l'enquête, on a l'impression que l'EOH partagée est un modèle d'organisation qui n'a pas été mis en œuvre par ceux pour lesquels il avait été pensé : le profil type avec EOH partagée est plutôt l'établissement de taille moyenne multi-activités alors que le projet avait été pensé pour les établissements d'une taille inférieure à 100 lits et mono-activités, aujourd'hui moins impliqués dans la lutte contre les IN. Cela vous surprend-il ?

Le fait d'opter pour une EOH interne ou partagée n'est pas vraiment un choix propre aux établissements. En effet, des quotas ont été fixés dans le décret (1 pH pour 800 lits et une IDE pour 400 lits) et les établissements de faible capacité doivent s'orienter plus souvent vers ce type d'EOH pour pouvoir financer un personnel à temps plein.

Notons également que la situation particulière des CHU et CHR s'explique en fait simplement : ces établissements dont les capacités d'accueil sont largement supérieures à 800 lits n'ont donc pas besoin de faire un partage avec d'autres établissements pour financer un temps plein.

D'autre part, les établissements d'une taille inférieure à 100 lits ont souvent besoin de se greffer à d'autres établissements de taille plus importante pour pouvoir financer cette équipe. Comme mis en évidence dans l'étude, ces petits établissements se sentent souvent lésés par le manque de temps passé par l'EOH au sein de leur établissement. Le partage avec les petits établissements ne peut en effet fonctionner que si les fiches de poste sont bien cadrées. Il faut déterminer un nombre de jour minimum d'intervention dans chaque établissement.

Notons tout de même que des exceptions existent même si elles restent rares :

- le CHU de Rouen partage par exemple son unité d'hygiène avec des petits établissements avoisinants et ce de manière satisfaisante pour l'ensemble des structures concernées
- D'autre part, certains établissements se sont regroupés pour constituer une EOH (il s'agit d'établissements assez homogènes et de petites tailles : 4 SSR + 23 psy) et ne se sont pas associés à des établissements plus importants : dans ce cas, la création de l'EOH va dans le sens de la circulaire.

Q2. Par rapport à votre expérience, discutez-vous la pertinence du partage ? (le principe) par rapport à une EOH propre ?

La pertinence des EOH est fonction principalement de :

- Nombre d'établissements concernés
- L'homogénéité des établissements qui la partage : cette notion d'homogénéité est à interpréter avec prudence car il ne faut pas oublier que la diversité fait partie du travail d'expertise d'une EOH. Dans le métier de l'hygiène, on ne peut en effet pas être totalement homogène car chaque établissement a ses spécificités propres et des problèmes en terme d'hygiène différents.

Ce qu'il faut retenir c'est donc que l'homogénéité des établissements se partageant une EOH n'est pas une obligation mais permet une efficacité plus importante du travail de l'EOH car les préoccupations et les problématiques rencontrées sont proches et l'adaptation des procédures et protocoles en est donc facilitée.

Q3. Dans le fond, que partage-t-on effectivement (une expertise ? une opérationnalité ?)

Dans les EOH, il y a 2 niveaux de partage : l'expertise et l'opérationnalité. Cependant, l'EOH a surtout un rôle d'expertise et l'opérationnalité est assurée par les correspondants en hygiène de chaque établissement.

Il est donc indispensable que les petits établissements disposent d'un référent en hygiène (le plus souvent une IDE hygiéniste) et de correspondants pour être réactif et réceptif à l'expertise qu'apporte l'EOH. Le référent en hygiène est l'interlocuteur privilégié de l'EOH et coordonne les actions au sein des établissements en s'aidant des correspondants en hygiène.

Ce qu'il faut retenir c'est que tout ne peut pas être partagé. Le partage ne peut pas résoudre les problèmes de pénurie et il est indispensable que chaque établissement dispose d'au moins un référent en hygiène pour que les actions des EOH soient efficaces.

Q4. Parmi les missions attribuées aux EOH, lesquelles vous semble relever de l'expertise et lesquelles de l'opérationnalité :

- La prévention des infections nosocomiales, notamment l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
- La surveillance des infections nosocomiales ;
- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;
- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.

Il est difficile de dire pour telle ou telle mission si elles relèvent principalement de l'expertise des EOH ou de son opérationnalité. A l'intérieur des missions on retrouve en fait toujours les 2 niveaux de partage. Cela dépend également des fonctions au sein même du personnel de l'EOH.

Par contre, sur les 4 missions de l'EOH (citées ci-dessus), celle qui mobilise le plus l'EOH reste sans nul doute la mission d'évaluation pour laquelle la présence de l'EOH sur chaque établissement est indispensable.

Q5. Concernant les conditions de la réussite du partage, qui (profil de professionnel) porte l'expertise ? Qui porte l'opérationnalité effective ? Peut-on dire que le praticien hygiéniste (médecin ? Pharmacien ?) est plutôt garant de l'expertise et l'IDE ou le cadre infirmier de l'opérationnalité ? Est-ce important le profil mis à disposition pour que ça marche ? Comment peuvent/doivent se répartir les tâches entre les différents profils?

- **Le personnel propre à l'EOH**

On ne peut pas définir de manière précise les profils des personnes et leurs rôles au sein de l'EOH car dans 80% cela dépend plus de la personnalité des personnes que de leur profession.

Cependant on peut tout de même considérer 2 groupes :

- **le praticien (médecin, pharmacien)** : chargé plutôt de la surveillance, de l'élaboration de méthodologie d'enquêtes et d'évaluation et de la coordination des soins. Ils se chargent également des interventions auprès des médecins.
- **Les cadres et IDE** qui sont chargées du respect de la spécificité propre à chaque établissement en intervenant sur site, mais également de l'élaboration des protocoles et des procédures en partenariat avec l'équipe de terrain.

Ce qui est primordial c'est la **complémentarité des membres et la pratique de terrain**. L'idéal serait de disposer dans l'EOH de personnes ayant des profils différents (méthodologie, microbiologie et soins). Il est primordial que les membres de l'équipe se complètent et disposent de compétences variées.

- **Les correspondants en hygiène**

Comme souligné dans une des questions précédentes, la pertinence de l'activité de l'EOH dépend notamment de plusieurs critères dont la présence sur site de correspondants en hygiène. Ces **correspondants en hygiène** n'appartiennent pas à l'EOH mais sont indispensables à son fonctionnement. Il s'agit de l'ensemble du personnel confronté au problème des IN, des ASH aux IDE. Ce ne sont pas forcément des hygiénistes mais leur participation au travail des EOH est indispensable pour assurer une pérennité des actions.

Cependant, à l'heure actuelle, l'organisation de la lutte contre les IN en collaboration avec les correspondants en hygiène de chaque établissement est de plus en plus difficile et ce pour plusieurs raisons :

- Le turn-over des correspondants complique la coordination entre l'EOH et les correspondants
- Une participation basée sur le volontariat

- Le passage aux 35h a compliqué sérieusement l'organisation des réunions. Il est de plus en plus difficile de trouver un créneau horaire ou une date convenant à tout le monde. Il en découle donc un manque d'implication et de motivation des correspondants.
- Leur position au sein des services « statut »)
- Le caractère thématique de leur rôle.

Les difficultés à travailler avec les correspondants sont donc principalement dues à leur mobilité et à leur position au sein des services.

La notion de correspondant ne doit pas être confondue avec une autre fonction nécessaire à l'action de l'EOH : l'interlocuteur privilégié. Du fait de leurs positions, ces interlocuteurs (relais d'information) doivent être les cadres des services plus que les correspondants en hygiène. Ces interlocuteurs devraient être disponibles, à minima, pendant la présence de l'EOH dans l'établissement.

Q6. A partir de Q5, pour que ça marche, comment le fonctionnement doit-il s'établir ?

- **La question du temps par profil de professionnel et par type d'établissement :**

En général, le temps est partagé en **fonction du nombre de lits** et de l'existence de profils hygiéniste dans chaque établissement. Souvent, lorsque le partage concerne beaucoup d'établissements, les temps d'intervention sur site est donc très faibles et l'IDE hygiéniste a surtout un **rôle de permanence téléphonique** et **d'intervention ponctuelle** sur ces établissements satellites.

Les temps d'intervention sont généralement inscrits dans une convention signée entre les établissements et qui se base sur les textes. Le personnel a donc des difficultés à pouvoir adapter ce temps de travail en fonction de leurs besoins.

Globalement, les EOH essayent de prendre en compte le niveau de risque d'un établissement ou d'un service pour fixer déterminer leurs objectifs ; ils interviennent par exemple de manière plus importante (en temps) dans les blocs opératoires qui sont les services les plus à risque.

Tous les établissements ne sont donc pas exposés au même risque et ce en raison de leur activité. Il serait intéressant de **mettre en place une minoration en fonction du niveau de risque**.

Le Dr Rolland-Jacob propose une classification ordonnée en fonction du niveau de risque et estimation d'un coefficient de minoration basée sur l'expérience du terrain qui arrive à la conclusion que :

- La classification établie est la suivante (du plus à risque au moins à risque) : MCO → SSR → SLD/PSY
- Une EOH doit passer 3 fois plus de temps dans une MCO que dans une SLD/PSY

Attention ce **principe de minoration ne peut et ne doit pas être** appliqué à **toutes les missions en charge de l'EOH**. Pour les protocoles, par exemple, ces ratios ne semblent pas adaptés en raison des spécificités propres à chaque établissement qui nécessite une adaptation en collaboration avec un comité interne. En revanche, il semble possible de minorer ce temps pour la surveillance.

Etablissements sans EOH (Conférence téléphonique du Mardi 28 juin 2005)

Q1. L'organisation actuelle de la lutte contre les IN et les freins de mise en place des EOH inter-établissements pour les établissements de petite taille ?

La situation actuelle

Les difficultés humaines sont un des freins majeurs dans la mise en place des EOH : ces petits établissements souffrent d'un **isolement géographique** et d'un **manque de personnel**. Il n'est pas vraiment possible, tant pour des raisons financières qu'humaines, de créer des postes spécifiquement dédiés à l'hygiène. Souvent, une seule et même personne est chargée à la fois de la présidence du CLIN et de la mise en application des mesures d'hygiène.

Dans ces établissements, la **mise en place du CLIN a déjà été difficile et apparaît souvent suffisant** compte tenu du faible nombre de lits et du niveau de risque peu élevé. Ce risque est néanmoins réel et le principal besoin s'exprime en terme d'expertise : ces établissements n'estiment pas avoir besoin d'une EOH mais plutôt d'une expertise réalisée par du personnel formé en hygiène.

Les coopérations et soutiens dans la lutte contre les IN

- La coopération avec les établissements disposant d'EOH

Dans certains cas, la **coopération avec un établissement public** a déjà été envisagée mais n'a finalement pas abouti. C'est le cas notamment d'un établissement de soins de longue durée. En 2001-2002, dans le cadre du SROS, une demande de mise à disposition de l'expertise du CH a été effectuée : Sur les conseils de l'ARH, 1,3 ETP de PH hygiéniste et 1,9 ETP d'IDE ont été demandé. Ces postes ont bien été créés mais finalement aucun partage n'a été réalisé et ce pour deux raisons :

- les petits établissements n'avaient de budget pour financer l'intervention de cette équipe sur leur site
- le CH estime qu'ils ne disposaient pas d'assez de temps en terme d'ETP pour intervenir sur d'autres établissements

Dans d'autres cas par contre, la **coopération avec les CHU fonctionne bien** : par exemple, l'IDE hygiéniste du CHU intervient ponctuellement (à la demande) sur l'établissement pour les aider et réaliser des enquêtes.

- La coopération avec le CCLIN

Dans certains établissements, le **CCLIN fournit une réelle opérationnalité** en mettant à disposition du personnel spécialisé en hygiène qui intervient à la demande des établissements. Ces personnes interviennent principalement pour dispenser des formations, réaliser des audits et proposer une expertise par l'intermédiaire d'une permanence téléphonique. Un sentiment de décalage est parfois ressenti entre les orientations proposées par le CCLIN et celles perçues par l'équipe de terrain.

Dans d'autres, cette collaboration est beaucoup moins importante : les rapports avec le CCLIN se limitent à une relation au niveau documentaire et au niveau du conseil téléphonique. Mais ces différences peuvent s'expliquer par **l'éloignement géographique** qui existe parfois entre le CCLIN et les différents établissements. Il y a donc une certaine inégalité dans l'intervention des CCLIN.

Les principaux problèmes rencontrés dans la mise en place ou le fonctionnement des EOH sont donc :

- Le **manque de temps** est une préoccupation majeure: une fois que les protocoles sont élaborés, il est nécessaire de les mettre en place et de les évaluer, mais le personnel manque souvent de temps pour cela. D'autre part, dans ces établissements, le personnel formé en hygiène est rare et souvent ce sont les mêmes personnes qui se retrouvent à la présidence du CLIN et à la charge de toute l'organisation de la lutte contre les IN en supplément de leur travail de PH ou de pharmacien.
- Les **problèmes de financement** et le **manque de volonté des directions** à investir dans l'hygiène. En général, la création d'une EOH n'ouvre **pas sur une enveloppe supplémentaire**. Il y a donc un redéploiement du temps mais pas de création de postes et donc une réelle **inadéquation entre les objectifs et les moyens** mis à disposition des établissements.
- Les **contradictions et l'inadaptation** de certaines modalités d'intervention proposées par des hygiénistes qui interviennent en tant qu'expert dans les petits établissements.
- Le **coût élevé des produits d'hygiène qui varient selon les producteurs sans qu'un et l'absence de référentiel national** permette aux établissements de faire n'est disponible pour aider les établissements dans leurs le meilleur choix (meilleur rapport qualité-prix).

Q2. Quels sont les besoins ressentis en terme d'hygiène ?

- **Besoin d'expertise** : Ces établissements sont principalement **en attente d'une expertise**. L'idéal serait de disposer de l'appui d'un PH et/ou d'une IDE hygiéniste qui viendraient auditer l'établissement et dispenser des formations au personnel. L'objectif serait notamment de réduire le sentiment d'isolement dont souffrent les établissements de petite taille.
- **Besoin de référentiels standards** : il serait intéressant de disposer d'un **référentiel standard** comportant toutes les recommandations communes à l'ensemble des établissements afin que chaque structure puisse s'y référencer. Afin de tenir compte des spécificités propres à chaque établissement des modulations pourraient également être proposées. **Il faut donc identifier le tronc commun et constitué des référentiels** à proposer aux établissements.
- **Besoin de personnel formé en hygiène dans chaque établissement** : la présence de personnel d'hygiène est primordiale surtout aujourd'hui où le nombre d'hospitalisations prolongées en SSR est de plus en plus important en raison d'un transfert des hôpitaux de plus en plus fréquent. Ce besoin est à ce jour souvent confirmé par des enquêtes de prévalence révélant un risque accru d'IN.
- **Besoin d'une sensibilisation des directions** et des médecins sur l'hygiène et l'importance de la lutte contre les IN. Il faut en effet une volonté forte de certaines directions de faire passer l'hygiène comme une priorité.

Q3. Quelles sont les conditions d'un partage réussi ?

- **L'homogénéisation des établissements** : c'est une condition nécessaire pour que le partage fonctionne bien car dans ces établissements, les préoccupations en terme d'hygiène sont proches et facilitent l'adaptation des protocoles d'une structure à l'autre.
- **Une localisation géographique proche** : un éloignement trop important entre les établissements risquerait d'avoir pour conséquence de réduire l'efficacité des EOH en raison de la perte de temps issue des déplacements entre établissements.
- **Un partage précis du temps** : il s'agit d'une condition primordiale au bon fonctionnement d'une EOH partagée qui permet d'éviter tout sentiment d'isolement et / ou d'insatisfaction des établissements satellites.

Q4. Quelles sont les solutions les plus adaptées aux petits établissements ?

Aujourd'hui, la solution qui apparaît la plus pertinente pour ces établissements est la **coopération entre une EOH interne et une expertise externe** : il s'agit en fait d'une **opérationnalité interne** à l'établissement et d'une **expertise externe**.

Ce mode de fonctionnement déjà établi dans quelques établissements fonctionne bien et pose la question de la **définition d'une EOH partagée** : Où se situe exactement la frontière entre une EOH dite partagée et la mise à disposition d'un personnel d'une EOH auprès des correspondants en hygiène de petits établissements ?

Dans des établissements dits « disposant d'une EOH inter-établissements », nous avons en effet observé que, dans certains cas, seule une personne était réellement partagée et intervenait auprès du personnel hygiéniste des établissements satellites. **Il s'agit donc d'une organisation très proche de celle que souhaitent mettre en place les petits établissements sans EOH à l'heure actuelle. Ne pourrait-on pas plutôt parler d'EOH partagée ?**

Outre la précision de la frontière entre EOH partagée et expertise externe, il est important de préciser que **dans les petites structures, la notion d'EOH reste très discutable** : en général ce sont les mêmes personnes qui occupent les postes aux CLIN et dans l'EOH. Aucune distinction n'est donc clairement perçue entre le CLIN et l'EOH, d'où une confusion sur les rôles respectifs de chaque entité, à l'origine du manque perçu d'intérêt des EOH.