

LES ÉLÉMENTS CLÉS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS (PCI) DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

**Rôle et missions des équipes opérationnelles d'hygiène
et des équipes mobiles d'hygiène**



La Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) a été saisie le 15 mars 2021 par le Ministère des Solidarités et de la Santé (saisine n°D.21-007596 en annexe 1) pour produire des recommandations guidant le dispositif sur le volet « Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI) » dans le cadre de la Stratégie Nationale de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance 2022-2025 en cours d'élaboration.

Le rapport ci-dessous répond aux premières questions de cette saisine, à savoir :

- la définition des éléments clés de la PCI pour les secteurs sanitaire et médico-social,
- les rôles et missions des Equipes Opérationnelles en Hygiène (EOH) et Equipes Mobiles d'Hygiène (EMH),
- les préconisations concernant les moyens humains nécessaires (en ETP) à ces équipes.

Ce rapport a été élaboré par un groupe de travail composé d'administrateurs de la SF2H et de personnes qualifiées (cf annexe 2) ; deux sous-groupes ont été mis en place, d'une part pour les structures des établissements de santé et d'autre part pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Les travaux se sont appuyés sur une analyse de la littérature et des enquêtes *ad hoc*, avec, pour le sous-groupe dédié aux ESMS, des consultations des CPias. Les missions des équipes en charge de l'animation de la PCI sont inspirées du référentiel métier de la SF2H ^[1] qui décrit les principales situations cliniques dans lesquelles elles sont impliquées.

La Prévention et le Contrôle des Infections (PCI) s'attache à prévenir et/ou maîtriser les infections associées aux actes et à l'environnement de soins (IAS), à limiter la transmission des agents potentiellement infectieux, à favoriser et mesurer l'application des pratiques actuellement reconnues par les spécialistes dans ce domaine et fondée sur des preuves. Elle vise ainsi à protéger à la fois les patients ou usagers du système de santé et les professionnels du risque de contamination, mais aussi à lutter contre l'antibiorésistance ^[2].

Les éléments-clés d'une politique de PCI sont retrouvés dans des publications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ^[3-6] autour de 8 thèmes que nous proposons de regrouper en :

1. La prévention des infections avec un programme PCI et des recommandations (avec des stratégies d'implémentation) ;
2. L'information et formation avec la conception et la conduite d'actions de formation autour du risque infectieux et sa gestion ;
3. La surveillance et le signalement des événements indésirables de nature infectieuse dans une logique d'amélioration continue des pratiques ;
4. L'évaluation des pratiques professionnelles.

Au-delà de ces quatre axes, nous retrouvons le rôle de conseil aux managers locaux (organisation des soins, travaux, équipements, aménagements ...) et d'aide à la décision et d'accompagnement de certains projets complexes. Ces éléments clés nécessitent de disposer d'un environnement favorable en matériel, en ressources humaines et en organisation dans les secteurs d'activité de soins et prise en charge des patients/résidents.

L'OMS propose un outil pour évaluer le niveau d'implémentation de ces éléments clés ^[7], outil qui a été utilisé dans plusieurs pays à l'exemple de l'Allemagne ^[8] ou encore du Japon ^[9].

A1- Pour les établissements sanitaires

◆ Rôle de l'équipe en charge de la PCI

L'équipe en charge de la PCI, dénommée aujourd'hui « Equipe Opérationnelle en Hygiène » (EOH) est réglementairement mise en place dans tous les établissements de santé ; cette organisation a été créée par une circulaire en 1995 ^[10]. Aujourd'hui, les derniers textes réglementaires français précisant les modalités d'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, et comprenant un volet PCI en 2010 ^[11] ainsi que les articles R6111-6 à -8 du Code de la Santé Publique, sous-section 2, précisent les « dispositions relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ». Le cadre général des actions de l'équipe en charge de la PCI est ainsi défini :

- Elle élabore chaque année le programme de PCI en lien avec le Président de la Commission médicale d'établissement ou de la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) qui est légalement en responsabilité de la qualité et la sécurité des soins ^[12], ainsi que le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

- Elle veille à la cohérence de ce programme avec les autres programmes de qualité et sécurité des soins et avec la feuille de route de la certification ^[13]. Le programme PCI intègre les grands domaines de la prévention des infections associées aux soins (transmission croisée, infections liées aux actes invasifs, environnement hospitalier...) et la maîtrise de l'antibiorésistance. Il est adapté aux différents types d'activité de l'établissement (exemple : chirurgie, maternité, dialyse, réanimation, SSR, SLD). Pour les établissements publics, il est articulé avec les programmes PCI des autres sites du GHT.
- L'EOH veille à la mise en œuvre du programme PCI et à son évaluation en coordination avec les instances de l'établissement. Elle assure une expertise dans la gestion du risque infectieux concernant les patients, les professionnels et toute personne fréquentant l'établissement.
- Elle assure une veille scientifique et réglementaire dans son champ de compétence.

Par son positionnement, cette équipe contribue au développement de la culture qualité de l'établissement et participe aux diverses instances de l'établissement (CME, Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques - CSIRMT...) avec des interventions dans le champ du management de la qualité, de la sécurité des soins et de la pertinence des soins ainsi que du développement du partenariat patient dans le domaine de la prévention des risques infectieux, le patient devenant acteur de santé.

◆ *Périmètre*

Le périmètre d'intervention des EOH correspond à toutes les entités géographiques des établissements de santé, y compris les ESMS qui lui sont juridiquement rattachés. Cette couverture peut se faire via un dispositif mobile d'hygiène intégré à l'EOH.

A2- Pour les établissements et services médico-sociaux

◆ *Etat des lieux*

La situation est beaucoup plus contrastée dans les ESMS.

La mission nationale PRIMO a réalisé en 2020 une Enquête nationale concernant les dispositifs régionaux de prévention des infections associées aux soins en appui aux établissements sociaux et médico-sociaux ^[14]. Cette enquête a été complétée en 2021 par un travail du CPIas Grand-Est réalisant un parangonnage sur les dispositifs d'EMH dédiés aux ESMS pour différentes régions Françaises ^[15].

Nous rapportons ainsi que la Bourgogne-Franche-Comté (BFC) a été l'une des premières régions françaises à mettre en place dès 2011 des EMH (Equipes Mobiles d'Hygiène). Ces 22 EMH (pour un total de 28 IDE et 0,3 ETP de PH hygiénistes) interviennent dans le champ du médico-social (EHPAD, EAM/MAS, IEM, EEAP) pour la Prévention des Infections associées aux soins et sont rattachées à un établissement sanitaire pivot. Dans ce modèle, les ESMS participent depuis 2017 au financement des EMH par convention ESMS/ES pivot.

Ayant démarré en 2007 à titre expérimental, puis au moyen d'un premier appel à projets en 2013 la région Rhône-Alpes a mis progressivement en place un dispositif de 22 EMH (équipes mobiles d'hygiène). Suite à l'évolution de l'organisation des régions, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), a étendu ce dispositif avec un 2^{ème} appel à projet en 2018 sur le secteur Auvergne, aboutissant en 2021 à un réseau de 30 EMH couvrant 98% des EHPAD non affiliés à un ES de la région ARA : financement FIR exclusif, réseau coordonné par le CPIas ARA en lien avec l'ARS, avec un suivi au moyen d'indicateurs à deux niveaux : EMH et EHPAD (ainsi que FAM-MAS depuis cette année à titre expérimental). Par la suite d'autres régions ont mis en place des expérimentations similaires.

L'enquête nationale sur les dispositifs régionaux de prévention des IAS en appui aux ESMS menée en 2020 a permis de réaliser un état des lieux des dispositifs existants en France métropolitaine ^[14]. En 2020, dix régions sur 17 disposaient d'EMH constituées et coordonnées par les CPias, avec des organisations et niveaux d'implication du CPias et de l'ARS pouvant varier d'une région à l'autre. Le périmètre de ces équipes est prioritairement centré sur le secteur des personnes âgées dépendantes et peut ne pas couvrir tous les établissements de la région. Elles sont majoritairement composées de temps praticien hospitalier (PH) et infirmier diplômé d'état hygiéniste (IDEH). Le financement est variable d'une région à l'autre et peut reposer sur la participation financière des EMS, comme en BFC et maintenant en région Haut de France. Seuls 3 CPias indiquent qu'il existe un bilan standardisé d'activités permettant de suivre l'activité des EMH. Les principales missions des EMH concernent la gestion des épidémies, la formation, l'évaluation et la prévention du risque infectieux au sein des ESMS, l'organisation de la prévention du risque infectieux (mise en place de référents et de correspondants, comité de suivi du DARI) et mise en place de la démarche d'analyse du risque infectieux. Certaines organisations font appel à des financements participatifs des EMH ou EOH par les ESMS en convention, prenant le risque de nuire à l'exhaustivité territoriale et/ou la pérennité des équipes.

En 2021, plusieurs régions construisent leur dispositif régional d'EMH ou renforcent leur organisation. Ainsi la Bretagne qui présentait une couverture de 20% des EHPAD en 2020 recrute une trentaine d'ETP IDEH qui viendront en appui des professionnels des EHPAD, la crise de COVID-19 ayant mis en évidence la « très grande plus-value » des infirmiers hygiénistes en renfort auprès des EHPAD. La Nouvelle-Aquitaine (NA) devrait augmenter le renfort de 7 EMH en 2019 à 14 EMH en 2021. La Normandie a lancé un recrutement de 15 IDEH en mars 2021, alors qu'il n'y avait qu'une EMH en 2020.

En ce qui concerne la crise COVID-19, l'ensemble des CPias dont la région est dotée d'EMH, souligne le soutien de ces équipes et l'aide apportée à la gestion des épidémies. Elles ont été un réel soutien pour les ESMS.

En région ARA, une différence a été objectivée entre les EHPAD avec ou sans renfort pour différents indicateurs de suivi, en particulier la consommation de solutions hydro-alcooliques, le pourcentage de personnel formé chaque année aux bonnes pratiques d'hygiène, le pourcentage de professionnels vaccinés contre la grippe.

A ce jour, pour les régions dotées d'EMH, la collaboration avec les équipes régionales en charge du bon usage des antibiotiques (CRAtb et EMA) n'est pas encore totalement aboutie, mais des réflexions sont en cours tant au niveau régional que national.

◆ **Périmètre**

Les EMH ont une action vers les ESMS non rattachés à des établissements sanitaires (3/4 des ESMS) et plus particulièrement les EHPAD, FAM/EAM, MAS et établissements accueillant des personnes en situation de handicap. Un périmètre élargi à d'autres structures est à envisager (SSIAD, résidence autonomie...) selon des choix stratégiques régionaux.

A noter que pour les ESMS adossés à des établissements sanitaires (1/4 des ESMS), ce sont directement les EOH concernées (et non les EMH) qui contribuent à leur politique de prévention et du contrôle de l'infection.

◆ **Organisation de l'Equipe Mobile en Hygiène (EMH) intervenant dans les EMS**

Il apparaît opportun que dans les régions ayant besoin de créer des EMH, un dispositif d'appel à projet régional porté par l'ARS soit proposé selon un cahier des charges établi en lien avec le CPIas. Ensuite l'éligibilité des candidatures des établissements souhaitant héberger une EMH se ferait préférentiellement par un jury mixte ARS-CPIas.

La stratégie de positionnement d'une EMH doit être réfléchi en fonction de sa situation géographique par rapport au périmètre choisi (GHT, bassin de population, filière gérontologique...).

Tous les établissements sanitaires peuvent être structure d'accueil d'une EMH en réponse à un appel d'offre de l'ARS. La structure support du GHT n'est pas la seule à pouvoir héberger une EMH, les filières gérontologiques ou bassins de population n'étant pas forcément superposables au périmètre du GHT.

Pour prévenir des risques de captation de ressources humaines attribuées aux EMH par les établissements sanitaires pour renforcer leur EOH, il est important de contractualiser entre l'ARS, le CPIas et l'établissement sanitaire support de l'EMH en rappelant les missions et les rôles de chacun. L'ARS peut organiser un suivi et des contrôles.

Quant au positionnement des EMH au sein de la structure d'accueil, il est par contre important que l'EMH bénéficie de la proximité d'une EOH pour faciliter les échanges et partages d'expérience (résultats de dépistages, connaissance ou consultation de dossiers médicaux d'hospitalisation, suivi de patients/résidents...) voire les partages de ressources (par exemple : salle de réunion, équipements tels que photocopieur, vidéoprojecteur, secrétariat...).

◆ **Rôle de l'Equipe Mobile en Hygiène (EMH)**

Les EMH ont pour rôle de proposer et assurer un appui opérationnel en prévention et contrôle des infections associées aux soins (PIAS) aux ESMS en régions, prioritairement aux EHPAD, et s'étendant au secteur du handicap (Etablissement d'accueil médicalisé (EAM)/Foyers d'accueil médicalisé (FAM), Maison d'accueil spécialisée (MAS), Institut d'éducation motrice (IEM), Établissements et Services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)...).

B1- Pour les établissements sanitaires

Les missions de l'EOH sont articulées autour de 4 axes : prévention, formation, surveillance et évaluation. Elles s'appuient sur le référentiel métier de l'hygiéniste ^[1] construit autour de situations professionnelles décrivant les interventions des professionnels de la PCI.

B1.1- Prévention des infections

L'EOH participe à l'élaboration de la stratégie de prévention ; elle décline et adapte des référentiels existants au contexte local (voire les élabore), les diffuse, et veille à la mise en œuvre des actions de prévention des infections associées aux soins en collaboration avec les services cliniques et médicotechniques (l'implémentation des mesures est une dimension fondamentale dans cette mission de prévention).

Pour cela elle intervient quotidiennement au plus près des soignants pour les accompagner dans la mise en œuvre des actions de prévention des risques infectieux, les informer et répondre à leurs questions.

Elle contribue à l'élaboration du cahier des charges et au choix des matériels, équipements et produits pouvant être impliqués dans les risques infectieux (y compris le linge...). Plus globalement, une analyse des risques *a priori* s'intègre dans cette démarche de prévention des infections.

- a) Dans le **domaine des soins**, les actions de prévention concernent notamment :
- La **désinfection des mains** ;
 - La **prévention de la transmission croisée** et de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, et autres pathogènes transmissibles : précautions standard (PS), précautions complémentaires, politique de dépistage des BMR/BHRe ;
 - La **prévention des infections liées aux actes et dispositifs invasifs** par exemple dans le champ de la chirurgie, de la médecine interventionnelle... (infections du site opératoire, infections liées aux dispositifs intravasculaires, sonde urinaire, ventilation mécanique...) ;
 - Elle participe à la **promotion de la vaccination** pour les patients et tous les intervenants auprès des patients ;
- b) Dans le domaine de la prévention des **risques infectieux liés à l'environnement** :
- L'EOH fait l'analyse de risque et participe à la définition des conduites à tenir en cas de non-conformité dans le domaine des risques liés à l'eau, l'air, les surfaces notamment dans les zones à atmosphère contrôlée ou les dispositifs médicaux ;
 - Elle participe à l'élaboration des protocoles de désinfection des dispositifs médicaux partagés et/ou réutilisables ;
 - Elle participe à l'élaboration des protocoles de bionettoyage des locaux de soins ;
 - Elle apporte son expertise dans la gestion des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) pour la part interne à l'établissement, sur les projets d'aménagement de locaux et d'acquisition d'équipements dans le cas où ces projets peuvent avoir des conséquences sur le risque infectieux ;
 - Elle coopère avec les personnes en charge du management de la qualité des filières de gestion du linge pour les aspects en lien avec le risque infectieux ;
 - Elle définit et veille à la mise en œuvre des mesures de prévention des risques infectieux pouvant être engendrés par les travaux ;

- c) Dans le domaine de la **protection des personnels vis-à-vis des risques infectieux** :
- L'EOH rédige avec le service de santé au travail, les directives concernant l'application des PS en particulier dans son volet prévention et surveillance des accidents avec exposition au sang (AES) ;
 - Elle participe à la promotion de la vaccination des soignants et, selon les organisations, à sa mise en œuvre en collaboration avec le service de santé au travail ;
 - Elle participe au choix des équipements de protection individuelle (EPI) et des éléments de prévention ;
- d) Enfin, l'EOH élabore et coordonne (ou à minima contribue à) la mise en œuvre du **Plan Local de Gestion d'une Epidémie** (préparation, prévention, identification/alerte, contrôle) et participe au volet infectieux du plan blanc.

Les domaines plus « hôteliers » ci-dessous ne relèvent pas des missions de prévention des EOH. Celles-ci peuvent être consultées sur ces sujets mais ne sont pas directement impliquées dans leur gestion au quotidien.

Les EOH contribuent à l'élaboration du cahier des charges pour les différents prestataires extérieurs et peuvent intervenir en coopération pour les questions relatives à :

- La restauration (hygiène alimentaire),
- Le nettoyage des locaux hors zones de soins,
- La gestion des déchets au-delà du point ci-dessus (DASRI en intra-établissement),
- La gestion du linge pour les aspects en lien avec le risque infectieux.

B1.2- Formation

L'information, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé et des professionnels médico-techniques à la PCI est une composante importante de l'efficacité d'une politique de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Plusieurs études confirment l'impact de programmes de formation d'une part sur l'observance d'un des gestes princeps de prévention des IAS, l'hygiène des mains, et d'autre part sur les infections (exemple des infections sur dispositifs intravasculaires ^[16]). L'EOH dispose d'une expertise pour être un acteur majeur sur ce volet.

L'EOH contribue à la définition et à la réalisation du plan de formation des professionnels en collaboration avec l'encadrement médical et soignant des pôles, services ou des secteurs d'activités, dans le domaine de la prévention :

- Des infections associées aux soins, intégrant les formations sur les précautions standard, les précautions complémentaires, la prévention des AES... ;
- Des risques infectieux liés à l'environnement de soins, auprès des acteurs médico-techniques, biomédicaux, de la logistique et des travaux... ;
- Des risques épidémiques et biologiques (REB) en coopération avec les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), le référent santé, sécurité, environnement (SSE) de l'établissement...

Elle anime un réseau formalisé de correspondants médicaux et paramédicaux en première ligne dans les actions de PCI au sein des services cliniques et médico-techniques ; leur rôle est d'une part de relayer des informations des professionnels des services vers l'EOH et d'autre part de contribuer à disséminer les recommandations et messages de l'EOH à tous les acteurs dans leur service.

Elle participe à la **formation initiale** des professionnels de santé (au sein des IFSI, IFAS et de l'université pour toutes les filières universitaires de formation des professionnels de santé). Elle est impliquée dans la **formation continue** des professionnels de santé, et dans le tutorat ou l'encadrement d'étudiants : externes, internes, infirmiers, étudiants IBODE, IADE, kinésithérapeutes...

Elle doit être impliquée dans les démarches de formation par simulation dans les structures dédiées (pour une intégration plus systématique de la dimension PCI dans les scénarii).

Elle contribue à l'élaboration et à l'animation des diverses **campagnes d'information** dans le domaine de la prévention des IAS : journées Hygiène des mains, vaccination, semaine « sécurité des patients »...

L'EOH contribue à la mise en œuvre de l'information des patients sur leur parcours de soins afin de les associer aux mesures spécifiques de prévention et précaution d'hygiène qui leur sont applicables. L'EOH, par la mise à disposition de documents, contribue à aider les soignants pour qu'ils délivrent une information individualisée, notamment pour les patients porteurs de BMR, d'un cathéter, avant et après une intervention chirurgicale...

Elle contribue à l'information sur les risques infectieux et la formation des divers intervenants auprès des patients (visiteurs, bénévoles...).

Ce volet « information » est une dimension importante de la communication sur le thème de la prévention des IAS avec des enjeux de diversification et d'optimisation des approches en utilisant les différentes approches de communication (y compris numériques).

B1.3- Surveillance

Il est largement reconnu que les systèmes de surveillance permettent d'évaluer le fardeau des IAS et peuvent contribuer à leur détection précoce ; on observe également qu'une surveillance contribue à la diminution des IAS ^[6,17] (exemple des infections du site opératoire ^[18,19]). De plus, les activités de PCI doivent répondre aux besoins réels de l'établissement, sur la base d'une connaissance de la situation locale. C'est ce qui fait des systèmes de surveillance une composante essentielle des programmes de PCI à tous les niveaux (national, régional et dans les établissements).

Cette surveillance du risque infectieux concerne la fréquence des infections associées aux soins ou encore le suivi de certains indicateurs de qualité microbiologique de l'environnement de soins mais aussi les alertes et le signalement y compris des événements indésirables graves associés aux soins.

L'EOH participe à l'élaboration de la stratégie de surveillance clinique et environnementale (surveillance épidémiologique des infections, plan des prélèvements microbiologiques d'environnement dans les secteurs relevant d'une surveillance, ...).

L'EOH est directement impliquée dans les domaines suivants :

- Participation aux réseaux de veille et vigilance institutionnels, régionaux et nationaux (en particulier dans le cadre des missions nationales IAS) ;
- Mise en place ou utilisation (voire participation au développement) d'outils de surveillance et systèmes d'alerte, en lien avec les départements d'information médicale ou les services informatiques de l'établissement, les laboratoires de microbiologie (hygiène, bactériologie, virologie, parasitologie/mycologie), la pharmacie... ;

- Organisation des campagnes de surveillance environnementale en lien avec les services techniques et le laboratoire qui assurera les analyses voire les prélèvements (secteurs à risque sous surveillance, zones à environnement maîtrisé, réseaux d'eau, eaux techniques, dispositifs médicaux sous surveillance ...), interprétation des résultats, aide à l'élaboration des actions correctrices ;
- Gestion des alertes sanitaires en lien avec le risque infectieux ;
- Investigation des cas d'infections contagieuses qu'ils concernent les patients ou les professionnels, alors en lien avec le service de santé au travail pour ces derniers ;
- Investigation des cas d'IAS et d'épidémies d'IAS : analyse des causes, évitabilité, REX, revues de morbi-mortalité... (analyse *a posteriori*) ;
- Validation du signalement externe des infections rares ou inhabituelles sur le portail e-SIN.

L'EOH communique au sein de l'établissement sur les données de surveillance des IAS, les résultats et l'évolution des indicateurs, les alertes, (direction, CME, CLIN ou équivalent, Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique, réunions des cadres, chefs des services concernés...), contribuant à l'information des décideurs en vue d'améliorer les pratiques et organisations.

B1.4- Evaluation

L'OMS recommande des évaluations régulières avec rétro-information en temps opportun sur les pratiques avec validation de leur conformité aux standards de la PCI. Ces évaluations peuvent s'appuyer sur le suivi d'indicateurs, sur des audits ou toute autre méthode d'évaluation des pratiques.

L'EOH a un rôle majeur dans la déclinaison opérationnelle de cette recommandation avec :

- La mise en œuvre dans l'établissement des enquêtes d'évaluation des pratiques, régionales et nationales (ex : audits proposés par les missions nationales IAS) ;
- L'organisation d'actions locales d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le domaine de la PCI décidées par chaque institution (programme d'audits, visites de risques, etc.) ;
- L'élaboration et/ou suivi d'indicateurs permettant d'évaluer la mise en œuvre du plan PCI dans l'établissement (exemple consommation SHA, couverture vaccinale des professionnels, consommation des antibiotiques, incidence BMR ...).

Ces évaluations contribuent à l'élaboration et au développement des programmes d'amélioration des pratiques professionnelles et leur suivi.

La rétro-information aux acteurs de terrain ainsi que la diffusion vers les décideurs est une dimension importante de ces actions d'évaluation.

B2- Pour les établissements et services médico-sociaux

Les missions des EMH peuvent également être regroupées dans ces 4 grands axes.

B2.1- Prévention des infections

Pour élaborer, promouvoir et accompagner la mise en œuvre d'un référentiel des mesures de prévention des IAS et accompagner l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de prévention des IAS intégrant la maîtrise de l'antibiorésistance, cette première mission de « prévention » associe les points ci-dessous :

- Analyse des risques infectieux, évaluation et gestion des risques :
 - Evaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux dans la structure, analyse basée sur un référentiel, un document d'analyse et de maîtrise du risque Infectieux (DARI, manuel d'évaluation, cartographie/visite des risques...)
 - Aide à l'élaboration du programme d'actions prioritaires en collaboration avec direction/encadrement médical/paramédical ou encadrement de proximité ;
 - Accompagnement et aide à communiquer sur le niveau de maîtrise du risque infectieux et le programme d'actions proposées auprès des professionnels, résidents/usagers et familles ;
- Prévention - Promotion des bonnes pratiques en termes de prévention des infections :
 - Contribution à l'élaboration, à l'actualisation et à la diffusion des protocoles de bonnes pratiques au sein de l'ESMS : protocoles de base, d'organisation, protocoles en lien avec les risques épidémiques ;
- Participation aux instances des ESMS sur la thématique du risque infectieux :
 - Appui à la direction des ESMS ;
 - Participation à l'instance de suivi dans l'amélioration de la PCI et de l'antibiorésistance, de la couverture vaccinale des résidents et des professionnels ;
 - Interventions sur ce thème au sein d'autres instances (commissions gériatriques, conseil de vie sociale ...)
- Conseil et aide de l'ESMS sur les actions concernant l'environnement (achat de matériel, produits de bionettoyage, protection de chantier, architecture lors de réhabilitation et construction de nouveaux locaux, circuits...), aide à la création et suivi du carnet sanitaire du réseau d'eau.

Le bilan des activités de l'EMH se fera par la rédaction d'un rapport annuel d'activités qui sera remis à l'ARS. Ce rapport peut s'inspirer d'un modèle-type national développé à partir des expériences régionales. Il peut aboutir à la création d'indicateurs de suivi niveau « EMH ».

B2.2- Formation

Cette mission de formation va de la conception à la réalisation d'actions de formation continue dans le domaine de la gestion du risque infectieux pour les professionnels de santé. Elle porte sur :

- L'information et la formation des personnels aux bonnes pratiques :
 - par un état des lieux des personnels formés au cours des 5 dernières années,
 - en contribuant à l'élaboration du plan annuel de formation continue,
- L'identification et la formation des correspondants en hygiène parmi le personnel des unités ainsi qu'un responsable/référent « Prévention du Risque Infectieux » dans la structure (médecin coordinateur, IDE coordinateur, directeur ...)
- La participation à l'animation du réseau des correspondants en hygiène des ESMS au travers des organisations territoriales.

B2.3- Surveillance

La surveillance s'intéresse à la mesure du risque infectieux mais aussi à l'alerte.

- Pour aider à la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique des infections associées aux soins, optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et l'analyse de ces signaux :
 - Organisation du repérage des IAS en encourageant la participation aux enquêtes nationales (exemple Prev'EHPAD 2016 et demain PREVIAS, mesure de la consommation des SHA...) et régionales ;
 - Organisation du recensement des épisodes infectieux survenus dans l'établissement ;
 - Détermination de la criticité (gravité x fréquence) de chaque épisode infectieux selon un modèle existant et réalisation d'une analyse rétrospective de l'ensemble des épisodes infectieux observés dans la structure ;
- En alerte, par le traitement et la gestion d'un signalement de colonisation ou d'infection associée aux soins ou d'épidémie :
 - Accompagnement de la déclaration et de l'investigation de l'évènement infectieux signalé par l'ESMS sur le portail national selon les critères en vigueur. Il est nécessaire que l'EMH soit incluse dans le circuit de signalement et de gestion de ces épisodes en lien avec l'ARS et le CPias ;
 - Accompagnement des ESMS dans l'investigation des épisodes infectieux et dans la mise en place des mesures de contrôle, ainsi que dans la gestion des alertes sanitaires : actions, suivi, signalement lors de la survenue d'épidémie (IRA, GEA, BMR-BHRe, *Clostridioïdes difficile*, COVID-19...).

B2.4- Evaluation

Par la promotion et l'accompagnement de l'évaluation d'une pratique de soins en encadrant l'évaluation des pratiques et des organisations à l'aide d'outils adaptés :

- Evaluation périodique de la maîtrise du risque infectieux pour mesurer la progression par des audits et autres évaluations des pratiques professionnelles ;
- Promotion et mise en œuvre des modalités de retour d'expérience à l'issue d'une épidémie ;
- Suivi d'indicateurs niveau ESMS d'organisation, de moyens, d'activités et de résultats, alimentant un rapport d'activités annuel au sein de chacun des ESMS en lien avec le CPias et l'ARS, et conduite d'une réflexion sur de nouveaux indicateurs.

Le rapport annuel 2019 de la Cour des Comptes souligne le retard significatif pris par la France en matière de moyens humains dédiés à la prévention et au contrôle des IAS ^[20]. Ce rapport recommande notamment une révision des critères de dimensionnement et de composition des EOH pour tenir compte de l'activité des établissements et de leur environnement territorial.

L'accomplissement des missions listées ci-dessus nécessite une organisation de l'EOH avec une composition adéquate en compétences et nombre de professionnels de la PCI, des moyens et un positionnement.

C1- Pour les établissements sanitaires

◆ *Composition de l'EOH*

L'EOH comporte à minima du temps de praticien et du temps infirmier. Les professionnels infirmiers doivent exercer exclusivement dans le champ de la PCI sur leur quotité de travail dédiée à cette mission. Ce temps ne doit pas être utilisé pour palier à des absences dans d'autres secteurs d'activité. Ce socle peut être complété par des professionnels de laboratoire (technicien biohygiéniste par exemple) ou un gestionnaire de bases de données. La fonction secrétariat est indispensable au sein d'une EOH.

Pour les grandes équipes et selon la typologie de la structure (CHU par exemple), voire à l'échelle des GHT, il conviendrait de favoriser la pluridisciplinarité et la complémentarité : médecin/pharmacien, sage-femme, cadre de santé, IDE et IDE spécialisées (IADE ; IBODE, puéricultrices ...), technicien bio-hygiéniste. Un temps dédié de secrétariat est nécessaire au fonctionnement d'une EOH.

◆ *Compétences requises*

Les professionnels de santé des EOH (en particulier médical, pharmaceutique et infirmier) doivent avoir bénéficié d'une **formation diplômante** adaptée à leurs missions et activités. A défaut, ils doivent pouvoir en bénéficier et l'avoir terminée dans les deux années suivant la prise de fonction.

Tous les professionnels de santé de l'EOH, outre les connaissances dans les domaines de l'épidémiologie, l'hygiène hospitalière et la gestion du risque infectieux, posséderont des compétences en matière de gestion de projets, pédagogie et méthodologie (qualité, gestion des risques, évaluation).

La création d'un statut d'Infirmier de Pratique Avancée en PCI est un élément complémentaire important de la stratégie visant à améliorer et étendre la politique de prévention et de contrôle de l'infection sur le territoire national.

Dans l'objectif de favoriser la reconnaissance de sa fonction transversale au sein de l'établissement et d'appuyer son action auprès de l'ensemble des personnels paramédicaux et médicaux, et selon les ressources et le contexte local, il est souhaitable qu'au moins un des professionnels occupe une position d'encadrement.

A terme, le personnel médical d'une EOH aura préférentiellement validé la Formation Spécialisée Transversale « Hygiène, Prévention de l'infection, Résistances » (Arrêté d'avril 2017).

◆ **Moyens techniques**

Les membres de l'EOH ont accès à l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions y compris le parcours du patient durant tout son séjour au sein de la structure :

- Les données administratives de l'établissement (admissions, journées d'hospitalisation, passages internes, passages aux urgences, consultations... ;
- Les données administratives (y compris son parcours au sein de la structure) et médicales (le dossier médical au sens large) issues du système d'information (y compris en prescription), des plaintes et réclamations (y compris signalements patients), des signalements ;
- Les déclarations réalisées dans le cadre des systèmes de vigilance ou de déclaration d'évènements indésirables... ;
- Les résultats d'audits et d'inspections, suivi des indicateurs... ;
- Les plans et la description des locaux, carnets sanitaires des installations (Centrale de Traitement de l'Air, réseaux d'eau, dispositifs médicaux particuliers...).

L'établissement donne des moyens informatiques facilitant :

- Le repérage et l'analyse des situations infectieuses rares, particulières ou sévères,
- La surveillance épidémiologique des infections associées aux soins,
- Le suivi des épidémies avec notamment l'identification des parcours patients,
- La production des indicateurs de suivi du risque infectieux en s'appuyant sur des logiciels métiers.

L'EOH dispose également de tous les moyens techniques pour faciliter ses missions ; ordinateurs, accès à des plateformes de formation, logiciels de visioconférences ...

◆ **Positionnement**

L'EOH intervient quotidiennement auprès des personnels soignants pour des actions de formation, surveillance, conseil et maîtrise des infections associées aux soins et des épidémies, analyse et gestion des alertes infectieuses. La mise en œuvre des missions dévolues à l'EOH requiert une parfaite connaissance des personnels médicaux et paramédicaux des services de soins, des équipes des services de microbiologie et de pharmacie, des services techniques, biomédicaux, ainsi que des bâtiments et des locaux. Les membres de l'EOH doivent donc être connus et parfaitement identifiés au niveau du site hospitalier.

Dans chaque établissement, les membres de l'EOH doivent pouvoir être disponibles au plus près du parcours de soins des patients et des équipes soignantes. Les relations de confiance établies avec les personnels permettent une réactivité en cas d'alerte infectieuse.

Le responsable médical (médecin ou pharmacien) de l'EOH doit être reconnu par les instances ; il doit ainsi siéger de droit à la CME (décret n° 2013-841 du 20/09/2013). De même pour le responsable paramédical ou un membre paramédical de l'EOH en l'absence de cadre, il doit siéger au sein de la CSIRMT (personne qualifiée).

Idéalement, l'EOH appartient à un pôle soignant proche des activités cliniques.

A l'échelle d'un GHT, des synergies peuvent être développées pour des actions plus transversales (exemples de la mutualisation de l'expertise de membres des EOH dans le champ de l'endoscopie ou de la dialyse ...), sans que cela remette en cause la présence de membres de l'EOH dans chaque site au plus près des soignants.

◆ Effectifs

Historiquement, le SENIC project en 1985 (Haley ^[21]) a prouvé que l'existence d'une équipe dédiée à la PCI (avec des moyens humains médicaux et infirmiers), dans le cadre d'une politique d'établissement était associée à une baisse du taux d'IAS de -32%. Des ratios avaient alors été proposés : 1 IDEH / 250 lits et 1 médecin pour 1 000 lits. Ces ratios ont été repris dans plusieurs pays (exemple des Pays-Bas en 2007 ^[22]). Une enquête européenne avait recensé les moyens des EOH dans les différents pays européens au début des années 2000 ^[23] ; le ratio médian d'IDEH était de 2,33/1000 lits [intervalle interquartile (IQR) : [1.57-3.48]] et de 0.94 professionnels médicaux pour 1000 lits (IQR : [0.40-1.69]).

L'évolution de ces ratios, après une enquête de l'Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) en 2002 ^[24] s'est faite vers 0.8 à 1 IDEH/100 lits aigus occupés ^[25]. Dans le cadre du National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS), un ratio de 1 ETP de préventionniste pour les 100 premiers lits, puis pour chaque tranche suivante de 250 lits avait été proposé ^[26]. Aujourd'hui, on retrouve par exemple des recommandations en Belgique de 1 ETP IDEH pour 150 lits ^[27], en Australie ^[28] ou en Suisse ^[29] avec une déclinaison très opérationnelle dans les cantons (exemple du canton de Vaud : 0.7 ETP d'IDEH pour 100 lits aigus (avec secteur de soins intensifs et/ou bloc opératoire) ou 0.4 ETP pour 100 lits de soins de suite et 0.1 ETP de médecin en hygiène hospitalière pour 100 lits) ^[30]. La France affiche depuis 1995 une exigence de 1 IDEH / 400 lits et 1 praticien hygiéniste pour 800 lits ^[10], rappelée en 2000 ^[31] et en 2011 ^[32].

En complément, des expériences de décompte de lits ou assimilés ont été proposées ^[29,33] pour rendre compte au plus juste de la charge en actions de PCI selon les activités.

L'EOH ayant en responsabilité les établissements médico-sociaux juridiquement rattachés, elle en assure l'encadrement en prévention et contrôle de l'infection. Il convient d'y ajouter les moyens humains en praticiens et infirmiers tels que définis pour les EMH (cf page 18).

RECOMMANDATIONS DE LA SF2H

La SF2H recommande pour répondre aux enjeux actuels et futurs de se fixer l'objectif cible suivant :

- **1 ETP IDEH pour 150 lits ou places**
- **1 ETP praticien pour 500 lits ou places**

avec un minimum de 0,5 ETP IDEH présent physiquement pour un établissement à l'échelle FINESS géographique avec un lien fonctionnel avec un praticien PCI.

Les places comprennent les places en hôpital de jour, les postes de dialyse, de chimiothérapie, les places en ESMS...

Toutefois, une telle évolution, vue le retard pris dans ce domaine, ne pourra se faire dans un délai court, tant en termes de financement que de formation, et nécessite un objectif intermédiaire réaliste.

C'est pourquoi la SF2H préconise comme objectif intermédiaire associé à la stratégie nationale 2022-2025, une montée en charge de 25% des effectifs des EOH soit :

- **1 ETP IDEH pour 300 lits ou places**
- **1 ETP praticien pour 600 lits ou places**

Le minimum de 0,5 ETP IDEH présent physiquement pour un établissement à l'échelle FINESS géographique avec un lien fonctionnel avec un praticien PCI reste un impératif dès cette mandature.

◆ **Composition de l'EMH**

Un **temps de praticien hygiéniste (médecin/pharmacien)** dans l'EMH est indispensable pour appuyer auprès de la direction des ESMS et du médecin coordonnateur, les messages et les actions à mettre en œuvre pour la prévention de la transmission croisée et le bon usage des antibiotiques, afin de renforcer si besoin les messages portés par l'IDE hygiéniste.

Dans le cadre du projet en cours des infirmières en pratique avancées en Prévention et Contrôle de l'Infection et de l'antibiorésistance ^[34], il peut être judicieux de favoriser ces offres de poste pour les EMH, dynamisant ainsi le recrutement et répondant à la recommandation n°17 du Rapport final de la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques ^[35].

L'EMH est donc constituée *a minima* d'une double valence :

- Praticien, médecin ou pharmacien, issus notamment de la filière hygiène, biologie, santé publique et possédant un DU d'hygiène au minimum, FST HPIR à terme,
- IDE : possédant au minimum un DU d'hygiène.

Il est envisageable de recruter des professionnels médicaux et infirmiers non formés à l'hygiène et à la prévention et au contrôle des infections sous réserve qu'ils aient une bonne connaissance du secteur médico-social et qu'ils s'engagent à valider une formation diplômante dans un délai raisonnable (2 ans au maximum).

◆ **Organisation**

Elle comporte des aspects de :

- Coordination interne à l'EMH,
- Articulation avec les autres équipes transversales (de gériatrie, de soins palliatifs, d'infectiologie...),
- Coordination du réseau des EMH d'une région, avec un comité de pilotage,
- Rôle et obligations des ESMS et de l'établissement hébergeant l'EMH.

La coordination de l'EMH est sous la **responsabilité du praticien hygiéniste** de l'équipe :

- Management et coordination de l'équipe, organisation du travail de l'EMH,
- Définition des priorités, développement d'une gestion documentaire et d'un travail partagé,
- Définition d'un plan d'actions et réalisation d'un bilan annuel d'activités.

Le cadre de santé hygiéniste peut assurer des missions de coordination, notamment en situation de pénurie de praticiens hygiénistes. Le conseil médical ne faisant pas partie de ses compétences, du temps de praticien hygiéniste sera à prévoir soit au CPIas, soit dans une EMH voisine, soit dans une Equipe mobile de territoire afin de répondre aux questions médicales qui se posent à l'EMH.

Dans le cadre d'une nouvelle organisation d'accompagnement des ESMS, il faut prévoir et favoriser des articulations entre les EMH et les autres équipes transversales existantes : équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), de gériatrie (EMG), d'infectiologie (EMI) ou EMA (Equipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie). Une mutualisation de moyens humains, matériels ou logistiques (secrétariat, véhicules, locaux ...) peut être envisagée en cohérence avec des projets ville-hôpital.

Par exemple, pour la collaboration avec les EMA (Équipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie) :

- Participer à promouvoir le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance,
- En articulant ses actions avec l'EMA selon les organisations et périmètres géographiques,
- Et notamment lors de la semaine mondiale pour le bon usage des antibiotiques en novembre.

Rq : Une collaboration avec des équipes locales ou régionales orientées vers la « Qualité et la gestion des risques » (SRA) peut aussi s'envisager mais appelle à une certaine vigilance pour éviter que d'autres missions viennent s'ajouter pour les EMH dans un champ autre que la Prévention et le Contrôle de l'infection (exemple : circuit du médicament, prévention des chutes...).

Les CPias contribuent à la coordination fonctionnelle des EMH sans positionnement hiérarchique. L'instruction du 03 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaire rappelle que les CPias assurent la coordination ou l'animation de réseaux de professionnels de santé concourant à la prévention des IAS et à la lutte contre l'antibiorésistance. On entend par coordination, un accompagnement, un monitoring des EMH en lien avec l'ARS pour faciliter leurs actions de terrain.

Le CPias peut favoriser ainsi l'existence ou la mise en place de journées régionales, groupes de travail, formations, plateforme collaborative, outils online, aide à la décision, actualisation d'un annuaire partagé des différents intervenants (EOH, EMH, directeurs des ESMS, médecins coordonnateurs, infirmiers de coordination des ESMS, ...). Il pourra également proposer des actions régionales destinées aux ESMS et mises en œuvre par les EMH.

En contrepartie, un temps sera dédié au CPias pour assurer la coordination des EMH de sa région et fera l'objet d'un financement spécifique complémentaire pour disposer des ressources humaines nécessaires. Il n'est pas envisageable que cette coordination fonctionnelle des EMH se fasse au détriment des autres secteurs (sanitaire et ville). En 2021, en dehors de quelques exceptions régionales, il n'y a pas de financement du CPias pour cette activité consommatrice de temps humain.

Le bon fonctionnement de l'organisation régionale repose aussi sur des moments d'échanges qui peuvent être institutionnalisés par la création d'un Comité de pilotage qui réunit des professionnels des EMH/EOH, du CPias et de l'ARS. La composition d'un **Comité de Pilotage régional** est laissée à l'appréciation de chaque organisation et adaptée à la taille de la région.

Des obligations réciproques engagent les ESMS et l'établissement hébergeant l'EMH. L'EMS est responsable de la politique locale de prévention et contrôle du risque infectieux et de la maîtrise de l'antibiorésistance de la structure, en accord avec le référentiel Evaluation de la qualité des ESMS ^[36] (HAS janvier 2021).

Cela implique entre autres : signature d'une convention avec l'EMH (ou établissement hébergeur), attribution de temps de travail aux professionnels en charge du risque infectieux, formation des professionnels référents/correspondants, réponse aux indicateurs d'évaluation d'activité, signalement des cas groupés (d'intérêt)...

L'appel à projet régional, pour la mise en place des EMH, est organisé par l'ARS en lien avec le CPias et prévoit la mise à disposition de moyens et de financement pour le fonctionnement de l'équipe (locaux, véhicules, informatique, visioconférence, vidéoprojecteur, bureautique, budget fonctionnement...) par l'établissement hébergeur, incluant le remplacement des professionnels, leur accès aux rencontres/congrès d'hygiénistes ainsi qu'aux formations dont le développement professionnel continu. Tous ces points sont également écrits dans la convention avec l'établissement hébergeur.

◆ **Effectifs**

La modélisation portée par la SF2H est basée d'un état des lieux en région, en rappelant que la taille moyenne des EHPAD est de 80 lits en France et qu'ils accueillent en général entre 50 et 120 résidents.

Dans cet état des lieux, en 2021, les ETP nécessaires à chaque EMH étaient calculés en fonction du nombre de lits d'ESMS ou en nombre d'ESMS. L'analyse des expériences régionales montre :

- Modèle Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : une EMH = 1 ETP PH + 1,8 IDEH et 0,2 ETP de secrétariat pour 3000 lits d'EHPAD ;
1 EMH est prévue pour couvrir au minimum entre 2500 et 3000 lits (= hors ESMS affiliés à un établissement de santé déjà couverte par une EOH) ;
Il convient également d'évoquer aussi les expériences d'extension au secteur du handicap = en ARA par exemple, en plus des EHPAD, les ESMS bénéficiaires sont les EAM/FAM, MAS, EEAP, IEM ;
- Modèle Occitanie : 1 EMH par GHT = 0,5 ETP PH + 1 ETP IDEH pour 1500 lits d'EHPAD ;
- Modèle Bourgogne-Franche-Comté : 1 ETP IDEH par EMH (pour 13 ESMS maximum) + en coordination : 0,3 ETP médical pour 1 seule EMH de la région et 1,1 ETP médical CPias ;
- Modèle Nouvelle-Aquitaine : 1 DMH = 0,2 ETP PH et 1 ETP IDEH pour 15 à 20 EHPAD ;
- Modèle Hauts de France : 1 ETP IDEH pour 14 EHPAD ;
- Modèle Bretagne : 1 ETP IDEH pour 10 EHPAD.

L'objectif est de couvrir 100% des EHPAD non affiliés à des établissements sanitaires, soit ¾ d'entre eux. Il est pertinent d'envisager à court terme une extension vers les lits du secteur Handicap.

RECOMMANDATIONS DE LA SF2H

La SF2H préconise que le nombre d'ESMS (indépendamment de sa taille) soit le dénominateur choisi (FINESS géographique) pour calculer les ressources humaines de préférence aux nombres de lits ou places. Il est certes moins précis mais évite d'écartier les ESMS de très petite taille. L'expérience des régions ayant des EMH montre que le temps à consacrer est équivalent entre deux structures de taille différente car il faudra assurer un déplacement et une prise en charge équivalente entre ces structures hétérogènes.

La modélisation est la suivante :

Une EMH est constituée **a minima** de :

- 1 ETP IDEH + 0,5 ETP Praticien pour un volume de 20 à 25 ESMS, et dans la limite d'un maximum de 1 500 lits pour ce ratio.
- un temps de secrétariat dédié à l'EMH doit s'envisager et peut être mutualisé avec un secrétariat de l'établissement hébergeant l'EMH.

La modélisation devra prendre en compte les critères suivants :

- La superficie de la zone géographique à couvrir et les distances parcourues par les professionnels.
- Une possible mutualisation EOH/EMH sur la fonction cadre peut s'envisager.

Point d'attention sur le financement des EMH

Des financements pérennes sont à favoriser pour recruter et fidéliser les professionnels.

Rq 1 : pour les territoires ultra-marins, d'autres organisations pourront s'envisager en prenant en compte les spécificités régionales (faible nombre d'ESMS et d'EMH). Les CPias ultra-marins pourront avoir un rôle plus participatif/intégratif à l'action des EMH avec des moyens supplémentaires qui leur seront accordés.

Rq 2 : des régions avec une antériorité dans la mise en place des EMH peuvent avoir des ressources humaines supérieures à la modélisation ci-dessus. Elles doivent poursuivre leur fonctionnement avec la modélisation déjà en place.

Pour terminer, la SF2H rappelle le rôle primordial de l'existence de ratios officiels soutenus par des textes réglementaires dans le respect des effectifs des équipes de prévention et contrôle de l'infection. La SF2H souhaite le maintien de la circulaire n°DGS/DHOS/E2/2000/645 du 29 décembre 2000, dans l'attente de son remplacement par un texte réglementaire s'appropriant les ambitions nouvelles portées par cette réponse à la saisine ministérielle.

La SF2H tient à souligner qu'il lui paraît capital que le suivi de ces ratios soit coordonné par le Ministère de la Santé et piloté au niveau des ARS avec le support technique des CPias. Pour les établissements de santé, le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, prévu à l'article R. 6111-8 du code de la santé publique, devrait continuer à en être le support réglementaire, sous une forme rénovée et de nouveau numérisée. Le pilotage du dispositif EMH, déjà très soutenu par les ARS, devrait bénéficier de la même logique.

Enfin, les processus d'accréditation puis de certification des établissements de santé, ont joué un rôle positif très significatif dans la structuration et l'amélioration de la prévention du risque infectieux. La certification V2020 poursuit cette ambition et, dans ce cadre, il paraît important que la vérification de la conformité de la composition de l'EOH soit un élément systématique du dialogue entre la HAS et l'établissement certifié.

1. SF2H 2018. Référentiel métier et compétences. Spécialistes en Hygiène, Prévention, Contrôle de l'infection en milieu de soins. [Référentiel métier](#)
2. World Health Organization. Core competencies for infection prevention and control professionals. Geneva 2020. Accessible sur <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011656>
3. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute Health Care Facility level. Geneva 2016. Accessible sur <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/core-components>
4. World Health Organization. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Geneva 2019. Accessible sur <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>
5. Storr J., Twyman A., Zingg W *et al.* Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 2017;6:6. [DOI 10.1186/s13756-016-0149-9](https://doi.org/10.1186/s13756-016-0149-9).
6. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M *et al.* Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 212–24
7. WHO. Infection Prevention and Control Assessment Framework. World Health Organization. 2018. <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-facility.pdf>
8. Aghdassi SJS, Hansen S, Bischoff P *et al.* A national survey on the implementation of key infection prevention and control structures in German hospitals: results from 736 hospitals conducting the WHO Infection Prevention and Control Assessment Framework (IPCAF). *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019;8:73. [doi: 10.1186/s13756-019-0532-4](https://doi.org/10.1186/s13756-019-0532-4).
9. Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, *et al.* for the Japan Council for Quality Health Care, Expert Group on Healthcare-Associated Infection Control and Prevention. Factors affecting performance of hospital infection control in Japan. *Am J Infect Control*. 2009;37:136-42.
10. Circulaire DGS/VS/V-DH/E0-N°17 du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés participant à l'exécution du service public.
11. Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins. NOR : SASH1017107D. Publié au JORF n°0265 du 16 novembre 2010.
12. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009.
13. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Octobre 2020. Accessible sur [Manuel certification ES qualite soins](#)
14. Blanckaert K, Ali-Brandmeyer O, Simon L *et al.* Enquête nationale sur les dispositifs régionaux de prévention des infections associées aux soins en appui aux établissements sociaux et médicaux sociaux. *Hygiènes* 2021;29(2):132-7.
15. Lieutier-Colas F, Simon L. Parangonnage avec les autres régions de France métropolitaine concernant les dispositifs d'Equipes Mobiles en Hygiène dédiées aux Etablissements et Services Médico-Sociaux. CPias Grand-Est, Nancy, 2021. Accessible sur [CPias GE Dispositif EMH](#)
16. Zingg W, Imhof A, Maggiorini M *et al.* Impact of a prevention strategy targeting hand hygiene and catheter care on the incidence of catheter-related bloodstream infections. *Crit Care Med*. 2009;37:2167–73.

17. Gastmeier P, Geffers C, Brandt C *et al.* Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. *J Hosp Infect.* 2006;64:16–22
18. Astagneau P, L'Hériteau F. Surveillance of surgical-site infections: impact on quality of care and reporting dilemmas. *Curr Opin Infect Dis.* 2010;23(4):306-10.
19. Brandt C, Sohr D, Behnke M *et al.* Reduction of surgical site infection rates associated with active surveillance. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006;27:1347–51.
20. Cours des comptes. La politique de prévention des infections associées aux soins : une nouvelle étape à franchir. Rapport 2019. Accessible sur <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/04-politique-prevention-infections-associees-soins-Tome-1.pdf>
21. Haley R W, Culver D H, White J W *et al.* The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985;121(2):182-205.
22. Troelstra A. Hospital infection control in the Netherlands. *J Hosp Infect.* 2007;65(Suppl 2):139-41.
23. Struelens MJ, Wagner D, Bruce J *et al.* Status of infection control policies and organisation in European hospitals, 2001: the ARPAC study. *Clin Microbiol Infect* 2006;12(8):729–37.
24. C. Friedman. Infection prevention and control programs. in R. Carrico (Ed.), *APIC text of infection control and epidemiology*, vol. 1. 3rd edition, APIC, Washington, DC (2009), p. 1–4
25. O'Boyle C, Jackson M, Henly SJ. Staffing requirements for infection control programs in US health care facilities: Delphi project. *Am J Infect Control* 2002;30(6):321-33.
26. P.W. Stone, A. Dick, M. Pogorzelska, *et al.* Staffing and structure of infection prevention and control programs. *Am J Infect Control* 2009;37(5):351-7.
27. Van den Broek PJ. How many infection control staff do we need in hospitals? *J Hosp Infect* 2007;65(2):108-111.
28. Mitchell BG, Deborough LH, MacBeth D *et al.* Hospital infection control units: Staffing, costs, and priorities. *Am J Infect Control* 2015;43(69):612-6.
29. Swissnoso. Exigences structurelles minimales en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) pour les patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins aigus en Suisse. 2020. Accessible sur <https://www.swissnoso.ch/fr/nouvelles/detail/exigences-structurelles-minimales-en-matiere-de-prevention-et-de-lutte-contre-les-infections-associe>
30. Boubaker K, Masserey E, Petignat C. Programme vaudois de lutte contre les infections associées aux soins. Lausanne, 2018. Accessible sur [Programme cantonal HPCI Vaud 2018-2022](#)
31. Circulaire n°DGS/DHOS/E2/2000/645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
32. Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
33. Friedman C, Chenoweth C. A survey of infection control professional staffing patterns at University HealthSystem Consortium institutions. *Am J Infect Control* 1998;26(3):239–44.
34. SF2H 2019 : Infirmier en pratique avancée et prévention et contrôle de l'infection [Infirmier pratique avancee prevention controle infection](#)
35. Rapport final de la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques [Gestion crise covid anticipation risques pandemiques](#)
36. Référentiel d'évaluation de la qualité des ESMS. Document de travail. HAS, janvier 2021. [Evaluation ESMS.](#)

ANNEXES





Direction générale de
la santé

Direction générale de
l'offre de soins

Direction générale de
la cohésion sociale

LA CHEFFE DE PROJET NATIONAL A
L'ANTIBIORESISTANCE
Pr Céline Pulcini
Affaire suivie par : Dr Christine Godin Benhaim
☎ : 01.40.56.87.89
christine.godin@sante.gouv.fr

Paris, le 25 MARS 2021

N° D. 21-007596

La Directrice Générale de l'Offre de Soins
La Directrice Générale de la Cohésion Sociale
Le Directeur Général de la Santé
La Cheffe de Projet national à l'Antibiorésistance

à

Monsieur le Professeur Bruno GRANDBASTIEN
Président de la SF2H

Objet : Saisine de la Société Française d'Hygiène Hospitalière

Lutter contre l'antibiorésistance nécessite d'associer deux stratégies principales dans les trois secteurs de l'offre de soins (ville, médico-social et établissements de santé) : la prévention des infections communautaires et associées aux soins (PCI) et le bon usage des antibiotiques (BUA).

Afin de mettre en œuvre ces deux stratégies, il est nécessaire d'avoir des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), équipes mobiles d'hygiène (EMH), référents en antibiothérapie et équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA). Les équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) interviendront dans les trois secteurs (établissements de santé [ES], établissements et services médico-sociaux [ESMS], ville), en synergie et en complémentarité avec les dispositifs PCI, tandis que les référents en antibiothérapie et les EOH interviennent dans les ES, et les EMH (dans les régions où elles sont déployées) principalement en EHPAD.

Nous vous sollicitons en tant que Société Française d'Hygiène Hospitalière afin de produire des recommandations guidant le dispositif sur le volet PCI. Nous vous informons que nous avons également saisi le CNP d'Infectiologie concernant le volet BUA et nous vous encourageons à collaborer notamment sur la méthodologie. Vous pouvez également impliquer d'autres organisations professionnelles, si vous l'estimez nécessaire.

Vos recommandations incluront :

1. Une **définition des éléments clés** des programmes de PCI dans les trois secteurs de l'offre de soins en France (pour les établissements de santé, les ESMS [dans un premier temps les établissements médico-sociaux médicalisés] et la ville) ainsi que du **rôle et des missions** des EOH/EMH, sur la base de la littérature et des recommandations internationales¹ ;
2. Des **préconisations concernant les ETP nécessaires** (e.g. par établissement pour les EOH et par GHT pour les EMH, selon ce qui est pertinent) pour les EOH/EMH sur la base de la littérature et des recommandations internationales ;

¹ Par exemple, les recommandations de l'OMS : <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP
Tél. 01 40 56 60 00 - www.social-sante.gouv.fr

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dsr-med@sante.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/nos-missions/nos-missions-et-coop%C3%A9rations>

3. Un **état des lieux estimant les équivalents-temps plein (ETP) existants sur l'ensemble du territoire national** pour les EOH et EMH ; pour des raisons de faisabilité, l'état des lieux se satisfera d'une estimation (e.g. échantillon représentatif). S'ajouteront des **données d'impact** des activités des EOH/EMH (e.g. sur les infections associées aux soins, l'antibiorésistance) sur le territoire national, là aussi sur un échantillon si possible représentatif, à mettre en regard des ETP disponibles pour les activités de PCI ;
5. Des **indicateurs** (avec objectifs à atteindre) pour l'évaluation de la mise en place et de l'impact des programmes de PCI dans les secteurs ES et ESMS. Ces indicateurs doivent être cohérents avec les éléments clés définis plus haut. Ils doivent pouvoir être recueillis en routine par les EOH/EMH, puis centralisés par les CPIas à l'échelle régionale.

Le rendu de votre travail est attendu en deux temps :

- La définition des éléments clés, du rôle et des missions EOH/EMH et les préconisations concernant les ETP nécessaires (points 1 et 2) pour **septembre 2021** ;
- L'état des lieux avec données d'impact et les indicateurs (points 3 et 4) sont attendus pour **juin 2022** au plus tard.

Vos préconisations pourront, si vous le souhaitez, être publiées sur votre site. Nous vous remercions d'avance pour votre mobilisation sur ce sujet majeur de santé publique.

La Directrice générale
de l'offre de soins



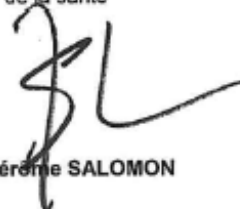
Katia JULIENNE

La Cheffe de projet national
à l'Antibiorésistance



Pr Céline PULCINI

Le Directeur général
de la santé



Pr Jérôme SALOMON

La Directrice générale
de la cohésion sociale



Virginie LASSERRE

Virginie LASSERRE

◆ **Sous-groupe « Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) » :**

Marie ARBOGAST, SF2H
Evelyne BOUDOT, SF2H
Pascale CHAIZE, SF2H
Rachel DUTRECH, SF2H
Anne SAVEY (copilote du sous-groupe ESMS), SF2H
Loïc SIMON (pilote du sous-groupe ESMS), SF2H

Karine BLANCKAERT, Mission nationale PRIMO & CPias Pays de la Loire
Delphine HILLIQUIN CHU Saint Etienne & JePPRI*
Florence LIEUTIER-COLAS, CPias Grand-Est
Nathalie WEIL, EMH Valence

◆ **Sous-groupe « établissements de santé » :**

Arnaud FLORENTIN, SF2H
Sandra FOURNIER (copilote du sous-groupe ES), SF2H
Stuti GERA, AP-HP & JePPRI*
Bruno GRANDBASTIEN (pilote du sous-groupe ES), SF2H
Thierry LAVIGNE, SF2H
Marion LECURU, Hôpital Foch Suresnes & JePPRI*
Marie-Gabrielle LEROY, SF2H
Véronique MERLE, SF2H
Jérôme ORY, CHU Nîmes & JePPRI*
Thierry PIALLEPORT, SF2H
Anne-Marie ROGUES, SF2H
Sara ROMANO-BERTRAND, SF2H

◆ **Groupe de relecture (volet ESMS) :**

Olivier CAPEYRON, EOH CH Cannes
Nathalie FLORET-BASSISSI, CPias Bourgogne-Franche-Comté
Christophe GAUTIER, CPias Nouvelle-Aquitaine
Montaine LEVEZIEL, EOH CHU Poitiers
Raymond NASSO, CPias Iles de la Guadeloupe / EMH
Laure ROUX, EMH Nîmes
Denis THILLARD, Réseau Normand'Hygiène

Le Conseil d'Administration de la SF2H

* : Jeunes Professionnels de la Prévention du Risque Infectieux