

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 10/11/2005

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section «Programmation et Agrément»

RÉF. : CNEH/D/251-1 (*)

**AVIS RELATIF À L'ORGANISATION DE L'HYGIÈNE
HOSPITALIÈRE**

POUR LE PR. J. JANSSENS, PRÉSIDENT,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) CET AVIS A ÉTÉ RATIFIÉ PAR LE BUREAU SPÉCIAL LE 10 NOVEMBRE 2005

Le groupe de travail s'est réuni le 13 mai, le 13 juin, le 30 juin et le 30 août 2005 en vue de préparer l'avis du CNEH concernant la proposition de la Plateforme fédérale de l'hygiène hospitalière et de la BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) "Plan stratégique relatif à la réorganisation de l'hygiène hospitalière au sein des établissements belges", comme demandé par le ministre des Affaires sociales le 01/03/2005

Le 13 juin 2005, le Dr B. Gordts, président de la plateforme fédérale de l'hygiène hospitalière, a été reçu en tant qu'expert par le groupe de travail. Il en a été de même pour Monsieur Van Caillie, lequel est venu commenter le point de vue du NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en vroedvrouwen) le 30 juin 2005.

I. APERÇU DE LA SITUATION ACTUELLE

L'actuelle réglementation fédérale relative à l'organisation de l'hygiène hospitalière date de la fin des années quatre-vingts¹.

Depuis lors, l'importance de l'hygiène hospitalière s'est considérablement accrue sur le plan de la qualité, de la responsabilité et des coûts. Un élément supplémentaire est l'aggravation de la pathologie traitée dans les hôpitaux: patients dont les défenses immunitaires sont compromises, interventions lourdes chez des patients très vulnérables ...

Le CNEH souligne qu'il a grandement apprécié l'investissement et l'expertise dont toutes les équipes ont fait preuve. Le professionnalisme accru est une valeur très importante pour la santé publique. A cet égard, on ne peut faire abstraction de l'offre de soins en dehors des hôpitaux aigus, comme, entre autres, la première ligne et le secteur des maisons de repos. Un enregistrement adéquat de l'ensemble du processus de soins et l'implémentation adéquate d'une politique globale basée sur ce professionnalisme, axée sur les patients et l'entourage, constitue un nouveau défi. Le CNEH a appris que la Plateforme fédérale de l'hygiène hospitalière élabore actuellement une proposition concernant les soins aux personnes âgées. Il se limitera donc à l'examen de l'(la)réorganisation de l'hygiène hospitalière.

Cet avis du CNEH se limite, comme demandé, au côté strictement organisationnel de l'hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus.

L'aspect fonctionnel lié au processus est abordé uniquement de façon secondaire.

On ne donne pas non plus suite à l'organisation complémentaire souhaitable – et bénéficiant déjà de l'appui de l'autorité – au niveau supérieur à celui de l'hôpital individuel. Les expériences menées dans notre pays concernant les plateformes provinciales de concertation et la plateforme fédérale sont d'ores et déjà très positives. Outre la communication entre les équipes hospitalières, il y a également la communication avec l'autorité. Des initiatives telles que l'élaboration de recommandations concernant les bonnes pratiques médicales, l'enregistrement – la fonction de signal et de surveillance, l'élaboration et le suivi des chiffres nationaux, les recommandations en matière de critères pour la formation des médecins, des infirmiers, pour le contenu minimum des tableaux de bord, les directives en matière d'isolement, la fermeture des sections ... et les analyses coûts-bénéfices concernant certaines technologies : tous ces éléments font partie des éventuels terrains d'actions des organes supérieurs complémentaires.

¹ A.R. du 7 novembre 1988 portant modification de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, M.B. **24/11/1988**

La structure élaborée à la fin des années quatre-vingts est en cours d'actualisation. Vu l'importance que cela revêt, les équipes d'hygiène hospitalière doivent avoir suffisamment de possibilités et de capacité d'action pour pouvoir réaliser leur travail de façon performante.

Les questions suivantes sont considérées comme étant d'une importance cruciale pour la réorganisation de l'hygiène hospitalière :

1. Besoin d'une attribution de missions plus précise avec fixation des priorités ; spécialisation sur le plan de la maîtrise des infections, de façon à ce que le temps et les moyens soient disponibles en suffisance.
2. On souhaite instaurer un travail en équipe bénéficiant d'une indépendance opérationnelle et d'une réelle capacité d'action, dans le cadre d'une collaboration efficace avec le Comité d'hygiène hospitalière. L'on renvoie à nécessité de prévoir un "réfèrent hygiéniste infirmier hospitalier" par unité de soins.
3. Prévoir du personnel et des moyens suffisants.

L'examen du texte de la Plateforme fédérale de l'hygiène hospitalière se base sur ces trois questions prioritaires.

II. EXAMEN CRITIQUE du texte de la Plateforme fédérale de l'hygiène hospitalière

II.1. Attribution de mission avec fixation des priorités ; spécialisation et modification du nom

La Plateforme fédérale propose de remplacer le nom "hygiène hospitalière" (entre temps bien connu) par le nom "maîtrise des infections hospitalières"².

C'est un symbole de la fixation précise des priorités (BAPCOC texte p 6) :

- le développement, la mise en oeuvre et le suivi d'une politique à travers l'organisation hospitalière en ce qui concerne:

o les mesures de précaution standard pour la prévention de la transmission de germes infectieux

o l'isolement de patients infectés afin d'en limiter la transmission

o la surveillance des infections hospitalières à l'aide d'indicateurs permettant de suivre et d'en corriger l'incidence dans l'établissement

- la mise en place d'une politique en matière d'épidémies

- le suivi d'aspects d'hygiène concernant les activités hospitalières, tels que :

o les constructions ou les transformations

o le quartier opératoire et la salle d'accouchement

o l'achat de matériaux

- la mise en oeuvre de directives rédigées par le Conseil supérieur d'hygiène (section d'hygiène) et par d'autres instances officielles

-l'échange d'informations et d'expériences avec d'autres institutions dans le cadre des plates-formes régionales d'hygiène hospitalière.

La Plateforme fédérale a conscience que de nombreuses autres tâches prévues dans l'actuel A.R. sont précieuses et qu'il ne faut certainement pas les perdre de vue. Cela

² Ce qui conduit à la nouvelle (et assez lourde) terminologie "Comité de maîtrise des infections hospitalières", "Médecin en maîtrise des infections hospitalières", "Infirmier en maîtrise des infections hospitalières". Il convient d'observer que, pour des raisons de simplicité, la Plateforme fédérale utilise l'ancienne terminologie "hygiène hospitalière" dans le texte.

conduit, entre autres, à contrôler les techniques de stérilisation, la politique antibiotique, l'élaboration de directives pour le lavage et la distribution du linge, l'hygiène alimentaire, l'hygiène dans la biberonnerie, les déchets hospitaliers, l'élaboration de règlements d'ordre intérieur pour les services à risques tels que le quartier opératoire et les salles d'accouchement. A cet égard, la Plateforme fédérale propose qu'à l'avenir, le Comité d'hygiène hospitalière (ou de maîtrise des infections hospitalières) n'ait plus qu'un rôle de coordination et qu'il délègue des responsabilités.

Le CNEH a formulé les considérations suivantes:

- L'actuel AR (voir note en bas de page 1) mentionne que la fonction de médecin hygiéniste peut être étendue à la prévention de chaque risque physique et psychique lié à "l'hospitalisation". Il ne s'agit, en l'occurrence, que d'une possibilité.

Dans quelques hôpitaux, cela aurait conduit à une sorte de "fonction-débarras". Parfois, il serait demandé à l'hygiène hospitalière d'élaborer également la politique en matière de tabagisme ou de lutte contre la vermine.

La frustration due à l'absence de possibilité de spécialisation et de manque de temps est également compréhensible. Il en est de même en ce qui concerne la proposition visant de renommer l'hygiène hospitalière et à la limiter à la "maîtrise des infections hospitalières".

Il faut également éviter l'exagération résultant d'une insatisfaction passée.

- Le CNEH souligne que la Plateforme fédérale situe clairement la prévention dans la maîtrise des infections hospitalières. Des missions essentielles telles que les recommandations en matière de construction (cf., entre autres, la problématique de l'Aspergillus) restent prioritaires.

Mais il existe également l'"environmental infection control in health care facilities". Le "National guideline clearinghouse"³ (AHRQ) distinguait, dans son guideline de 2003: *prevention of airborne infections, prevention of waterborne infections, prevention of infection from environmental surfaces, environmental sampling, laundry and bedding, preventing infection from animals in health-care facilities, regulates medical wastes.*

Le CNEH a également pris connaissance de la description des tâches des "infection control teams" au sein des établissements de soins, telle que décrite par l'"International Federation of infection control"⁴.

Citons tout d'abord l'exigence générale:

"An infection control programme with a firm structure should be in existence in all institutions that provide health care in order to establish a managed environment that
° *secures the lowest possible rate of hospital acquired infection*
° *protects staff and visitors from unnecessary risks*".

Les missions de l'infection control team, sont décrites comme suit:

Advise staff on all aspects of infection control and maintain a safe environment for patients and staff

° *Provide educational programmes on the prevention of hospital infection for all hospital personnel*

° *Provide a basic manual of policies and procedures and ensure that local written*

³ www.guideline.gov

⁴ <http://www.ific.narod.ru/Manual/Intro.htm>

guidelines based on these are in existence.

° Establish systems of surveillance of hospital infection in order to identify at-risk patients and problem areas that need intervention. Methods for surveillance may include case finding by ward rounds and chart reviews, reviews of laboratory reports, and targeted prevalence or incidence surveys.

° Advise management of patients requiring special isolation and control measures.

° Investigate and control outbreaks of infection in collaboration with medical and nursing staff.

° Ensure that an antibiotic policy is in existence.

° Liaise with the hospital doctors and administration (managerial and nursing), community health doctors and nurses, and infection control staff in adjacent hospitals.

° Provide relevant information on infection problems to management and the ICC.

° Perform other duties as required, e.g., kitchen inspections, pest control, waste disposal.

Il ressort de ce texte une certaine flexibilité, par exemple avec "ensure that an antibiotic policy is in existence" (En Belgique, on attend les résultats d'un projet pilote concernant la politique antibiotique), mais également avec "perform other duties as required".

Le CNEH souligne que l'élaboration d'une stratégie politique, avec les questions à traiter en priorité et la garantie d'une collecte et d'une analyse des données efficaces font également partie des missions.

- Le temps et les moyens disponibles sont des éléments cruciaux dans cette discussion.

La fixation des priorités est clairement nécessaire s'il y a une pénurie de personnel et de moyens.

En l'occurrence, l'autorité doit assumer ses responsabilités en vue de garantir tant les priorités en matière de maîtrise des infections hospitalières que toutes les autres questions prioritaires:

° soit les missions continuent à relever de l'hygiène hospitalière, laquelle bénéficiera du personnel, des moyens et du temps nécessaires. L'expérience et l'expertise existantes peuvent soutenir cette piste.

° Soit elles relèvent d'une politique de risk management, dans le cadre de laquelle fonctionnent des unités spécialisées (lesquelles sont également suffisamment pourvues en personnel et bénéficient d'un appui suffisant). Cette option relève davantage d'une politique axée sur l'avenir, laquelle combine spécialisation et coordination.

Le CNEH ne s'exprime pas sur la modification de nom proposée de "maîtrise des infections hospitalières" (éventuellement dans le deuxième scénario).

Les missions peuvent varier en fonction de la taille de l'hôpital. La collaboration interhospitalière peut également permettre une spécialisation, mais la charge de travail reste bien présente et chaque hôpital peut avoir des caractéristiques spécifiques.

Le problème est clair: avec l'actuel financement et l'organisation de l'hygiène hospitalière, soit des missions prioritaires de maîtrise des infections hospitalières, soit des autres domaines importants peuvent être compromis.

La proposition de modification de nom en “maîtrise des infections hospitalières” semble possible uniquement dans le deuxième scénario.

En ce qui concerne la proposition de modification de nom (“what’s in a name?”), le CNEH émet les réflexions suivantes.

Les nouveaux termes proposés (“maîtrise d’infections”, “ziekenhuisinfectiebeheersing”) semblent lourds et inconnus, le texte de la Plateforme fédérale s’en tient donc à l’ancienne terminologie (connue), pour des raisons pratiques.

La nouvelle terminologie n’est donc pas retenue par le CNEH et ce, certainement pas tant que la spécialisation telle que mentionnée ci-dessus (deuxième scénario, commission riskmanagement avec unités spécialisées) ne sera pas réalisée.

II.2. Plaidoyer en faveur d’un travail d’équipe avec indépendance opérationnelle et réelle capacité d’action, dans le cadre d’une collaboration efficace avec le Comité d’hygiène hospitalière. On souhaite des critères de formation adéquats et un “ référent hygiéniste infirmier hospitalier ” par unité de soins

- Décision trop rigide en ce qui concerne la structure. Nécessité d’une autonomie opérationnelle; émancipation et responsabilisation au sein de la hiérarchie normale de l’établissement.

Dans l’actuelle réglementation, le médecin en hygiène hospitalière est encore décrit comme un “conseiller” qui “relève” du médecin en chef.

L’infirmier en hygiène hospitalière est défini comme un “collaborateur” du médecin en hygiène hospitalière et est “délégué” par le chef des services infirmiers. Il y a une demande d’émancipation en la matière.

Ils font tous deux partie d’un Comité d’hygiène hospitalière, lequel est également un organe consultatif mais ils sont chargés de la réalisation de certaines missions.

Les professionnels de l’hôpital demandent, à juste titre, de pouvoir effectuer leur travail de façon performante, en tant que high professionals au sein d’une équipe. Efficience, professionnalisme et marge de manoeuvre. En effet, la fonction d’hygiène hospitalière doit pouvoir fonctionner de façon horizontale au sein de l’organisation et avoir de l’effet.

Ces éléments figurent dans le texte de la Plateforme fédérale de l’hygiène hospitalière (voir le texte de la BAPCOC).

Une demande justifiée en ce qui concerne une plus grande marge de manoeuvre peut également conduire à une exagération ⁵, ce qui perturbe la hiérarchie normale de l’établissement hospitalier. Cela aurait non seulement un effet déstabilisant, mais cela nuirait également l’efficacité des partenaires de la coalition tels que les médecins en chef et la direction infirmière. Il convient d’adapter le texte de la BAPCOC de façon professionnelle. Par exemple, le médecin en chef ne peut mettre en œuvre une sorte d’avis contraignant, alors qu’en fin de compte, il est responsable. D’après le CNEH, les hygiénistes doivent bénéficier, en tant qu’high professionals, d’une marge de manoeuvre suffisante, avec une délégation adéquate, dans le cadre de laquelle ils

⁵ Il est frappant de constater la fréquence d’apparition élevée des termes “autonomie”, “indépendance” de l’hygiène hospitalière dans le texte. Renseignement pris, il s’est avéré qu’il est surtout fait référence à l’autonomie opérationnelle. Ou simplement au fait d’avoir, en tant que high professionals, suffisamment de marge de manoeuvre, de capacité d’action et de respect.

doivent pouvoir exécuter leur mission et en assumer la responsabilité au sein de leur domaine de compétences.

Du reste, dans le cadre d' "autonomie" tel qu'il a été ébauché, la piste de réflexion "chef de service médical" serait en contradiction avec les dispositions du titre IV de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 07.08.1987. Une marge de manœuvre et une autonomie professionnelles ne sont pas équivalentes à un sauf-conduit hiérarchique. Les éventuels conflits doivent être résolus dans le cadre de l'organisation normale de l'établissement. Et ce, uniquement si cela s'avère nécessaire et si l'intervention est considérée comme nécessaire un échelon supérieur.

A l'instar du médecin et de l'infirmier qui, disposant chacun une expertise, doivent constituer une équipe, leurs chefs de département, le médecin en chef et le directeur infirmier, devront aborder les éventuels problèmes en tant qu'équipe.

Le texte de la BAPCOC met l'accent sur l'importance du Comité d'hygiène hospitalière en tant qu'organe de concertation. C'est évident. Cependant, ce texte ne résulte pas un débat "organe de concertation versus organe de surveillance".

Le CNEH souligne l'importance, pour le Comité, d'une fonction de concertation. Les autres professionnels hospitaliers (médecins, pharmaciens, infirmiers, paramédicaux, responsables en construction, direction ...) doivent être impliqués dans cette importante matière.

En ce qui concerne la capacité d'action opérationnelle, la marge de manoeuvre professionnelle de l'équipe en hygiène hospitalière, cette dernière ne doit pas être "patronnée" par le Comité. Une team-in-partnership pluridisciplinaire doit être collégialement responsable de son fonctionnement et de la qualité de son travail. La hiérarchie normale de l'établissement (médecin en chef – directeur infirmier; directeur général; conseil de gestion, avec l'intervention éventuelle du conseil médical) doit être utilisée pour la surveillance. Cette hiérarchie est censée avoir une expertise en ce qui concerne la délégation et le coaching, ce qui peut garantir au Comité d'hygiène hospitalière/de maîtrise des infections hospitalières la marge de manoeuvre suffisante. Cela conclut la discussion relatée dans le texte de la BAPCOC, sur les personnes pouvant ou non assurer la présidence du Comité d'hygiène hospitalière (lequel ne doit pas être un organe de surveillance mais surtout un organe de concertation).

Bien entendu, un Comité peut, en tant qu'organe de concertation, donner des avis (ou envoyer des avertissements) aux niveaux hiérarchiques, et le Comité est supposé devoir le faire si cela s'avère nécessaire. En toute logique, le Comité et les acteurs de l'hygiène hospitalière doivent tenir compte de la faisabilité des propositions.

Il est préférable de fixer des accords réalisables en matière de travail que d'avoir recours à une régulation excessive dans un arrêté royal détaillé.

- Les professionnels de l'hygiène hospitalière ne se sentent pas suffisamment pris au sérieux, ils n'ont pas assez de capacité d'action/ d'autorité.

Ici aussi, il importe de ne pas appréhender l'avenir avec une sorte de frustration par rapport aux problèmes rencontrés dans le passé. Il faut simplement veiller à ce que la structure organisationnelle moderne et performante ait sa place (complémentaire) au sein de l'hôpital.

Le texte de la BAPCOC comporte quelques contradictions (p.ex. la définition de la fonction du comité: organe de concertation ou de surveillance cf. supra; responsabilité finale du médecin en chef versus avis contraignants formulés par l'hygiène hospitalière ...) lesquelles doivent clairement être adaptées pour arriver à une réglementation actualisée.

Le CNEH estime que la meilleure réponse consiste à prévoir une autonomie opérationnelle, intégrée dans la hiérarchie normale de l'établissement.

Si des éléments doivent être implémentés et qu'une intervention doit être réalisée par un niveau supérieur, les structures présentes devront apporter un maximum de garanties: direction nursing, médecin en chef, conseil médical, directeur général, conseil d'administration. Tous ces organes ont suffisamment conscience des aspects 'qualité' et 'responsabilité' afférents à cette matière. Par ailleurs, ces organes peuvent/doivent également tenir compte des points prioritaires dépassant la problématique de l'hygiène hospitalière (examiner la faisabilité de certaines propositions sur le plan de l'organisation, sur le plan financier et sur le plan architectural).

Bien entendu, le Comité doit également faire le nécessaire pour motiver l'ensemble des collaborateurs. Une prise de position du Comité ne passera pas inaperçue, ni auprès du conseil médical, ni au niveau de la direction ou du conseil d'administration. Le même raisonnement doit être tenu si des collaborateurs individuels de l'hôpital (médecins, infirmiers ...) adoptent un comportement non justifié sur le plan de l'hygiène hospitalière. Des mesures adéquates pourront uniquement être prises par le biais des voies hiérarchiques appropriées. Ceci s'applique également aux médecins, comme le prévoit l'article 125 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 7.8.1987. Toute personne ayant un minimum de sens des responsabilités n'ignorera pas une position claire de l'équipe d'hygiène hospitalière ou du Comité.

Le CNEH avertit également les conseils d'administration, les conseils médicaux, les directions et les chefs de service que, dans le souci du patient et pour des raisons de responsabilité civile, la prise de responsabilité est inévitable, tout comme la prise des sanctions si celles-ci s'avèrent nécessaires.

A cet égard, on renvoie à un avis du Conseil national de l'Ordre des Médecins: "politique antibiotique", du 20/01/1996 Il s'agissait –en ce qui concerne la politique en matière d'antibiotiques- de la discussion relative au rapport entre la liberté diagnostique et la liberté thérapeutique dont jouit un médecin, comme visé à l'article 36 du code de déontologie médicale versus la disposition prévue à l'article 34, selon laquelle le médecin doit agir conformément aux données actuelles et acquises de la science.

Le Conseil national mentionne :

'en cas d'intérêts contradictoires, l'article 36 reste subordonné à l'article 34'

- Des critères adéquats en matière de formation et d'effectifs.

En ce qui concerne les effectifs, le texte de la plateforme fédérale prévoit pour chaque hôpital au moins un médecin équivalent mi-temps et un infirmier équivalent temps plein. Compte tenu de la taille de l'établissement, il faudrait accroître les effectifs.

D'après les experts invités, le besoin en matière d'effectifs supplémentaires serait linéaire en fonction de la taille (exprimé en nombre de lits justifiés?) de l'hôpital. Ceci n'a pu être démontré scientifiquement.

Voici un autre commentaire de l'International federation of infection control:

"Infection Control Team

The ICT should have a range of expertise covering knowledge of infection control, medical microbiology, infectious diseases and nursing procedures. The team should have a close liaison with the microbiology laboratory and ideally a microbiologist should be a member of the team.

The team should consist of at least one physician, the infection control officer (ICO), and at least one nurse, the infection control nurse (ICN). One ICN for 250 acute beds on a full-time basis was recommended in the US during the 1980s. A recent study in several different types of health care facilities reported 0.8 to 1.0 ICNs as adequate staffing. However the number of acute care beds is decreasing, out patient management, day surgery and home care are expanding, and problems of hospital infection and antibiotic resistance are increasing. Thus the optimal number of ICNs cannot be calculated simply on the basis of the number of acute care beds but rather depends on the case mix and workload. The number of ICOs in a team is probably best related to the number of ICNs: e.g. 1 to 5.

The team is responsible for day to day decisions on infection control as well as long term planning of infection control policy. It should meet several times a week or preferably daily. The team should be adequately funded to provide secretarial assistance, information technology capabilities, facilities and training materials, and to allow members to attend educational courses and professional meetings. “

Le CNEH émet de lourdes réserves quant au rapport linéaire proposé par la Plateforme fédérale, sur le nombre de lits et le personnel en hygiène hospitalière (cf. également le point II. 3, dernier alinéa).

En ce qui concerne les critères de formation, il faut également éviter une réglementation excessive. Certaines formations citées ne seraient pas encore proposées dans chaque Communauté/Région. Par ailleurs, un arrêté royal doit prévoir un nombre minimum de normes et il convient d'examiner sur le terrain comment elles peuvent être dépassées. En outre, il n'y a pas de surabondance de médecins ni d'infirmiers. Et une formation complémentaire qui n'est pas prédéfinie, combinée à une forte motivation, peut, en pratique, 'faire des merveilles'. Mentionnons encore que l'International federation of infection control donne comme directive: *“Basic qualifications of the ICN A registered nurse (or equivalent qualified person) with clinical and administrative expertise. Good interpersonal and educational skills are important. Recognised training in IC is essential“.*

- Composition du Comité et fréquence des réunions

Le CNEH fait observer que, dans le cadre de l'approche multidisciplinaire de l'hygiène hospitalière, les infirmiers doivent être plus largement représentés. Le CNEH propose d'engager, à côté des trois membres médecins, trois infirmiers – dont un assure une fonction de cadre.

En ce qui concerne la fréquence des réunions du Comité, il convient encore d'ajouter que, si des tâches autres que la maîtrise des infections hospitalières doivent être assurées par le comité (cf. infra point II.1), il y a lieu de prévoir une fréquence plus élevée que tous les trois mois. Mais cela dépend également du fonctionnement de l'équipe versus du comité, de la complexité de l'hôpital concerné. Et en fin de compte, un AR doit uniquement déterminer une fréquence minimale de réunions.

L'International federation of infection control, à propos du Comité:
Infection control committee

“The need for an ICC depends on the structure of the health care setting. In smaller hospitals, the ICC may report directly to the senior hospital management committee; in larger ones it may be a subcommittee of a risk management or clinical governance committees. It should be made up of representatives from various hospital departments. All the clinical departments should be represented, together with members of other key departments, such as occupational health, catering, cleaning, facilities/buildings and management. The committee should act as a liaison between departments responsible for patient care and supportive departments (e.g., pharmacy, maintenance). Its aim should be to improve hospital IC practice and recommend appropriate policies, which should be subject to frequent review.

The committee should be responsible to the hospital manager or medical director and should have a physician, preferably the infection control officer or hospital epidemiologist as a chairman. The hospital manager and the chief nursing officer, or their representatives, should attend meetings. The size of the committee will vary depending on the requirements of the hospital. The departments should nominate their representatives and if not the departmental head, the representative should be in a position to make decisions.

The committee should hold regular minuted meetings and the minutes should go to the Medical Director and the Hospital Management Board as well as to departments directly involved in the subjects discussed during the meeting. It should produce an annual report and an annual business plan for infection control. “

- Référents hygiénistes infirmiers hospitaliers par section de soins.

La plateforme fédérale souhaite la présence d'un référent hygiéniste infirmier hospitalier par section de soins "... en tant que vecteur d'informations, il s'agit d'une mission à temps partiel".

Les directives de l'International Federation of infection control mentionnent également cette piste: *“In a large hospital the ICN can train 'link' nurses. These individuals have special responsibility for maintaining good infection control practices and education within their clinical departments. This person is the "link" between the ICN and the ward and helps identify problems, implement solutions and maintain communications.”*

Le CNEH estime que cette piste de réflexion est judicieuse et qu'il faut l'encourager. Cependant, le CNEH fait explicitement référence à l'expérience négative due au fait que l'autorité impose toute sorte de choses sans apporter aucune rémunération en contrepartie. Dès lors, la terminologie "à temps partiel" ou une quelconque exigence en matière de continuité (en cas de maladie, de grossesse..) par section est rejetée.

Par conséquent, il convient d'encourager cette piste, mais non contraindre ou exiger la formulation d'un arrêté royal.

II.3. Prévoir des effectifs et des moyens suffisants pour pouvoir sauver des vies: la maîtrise des infections hospitalières doit également constituer une priorité financière et peut avoir un résultat efficace

Il est nécessaire d'investir suffisamment en ce qui concerne la politique en matière d'hygiène hospitalière. Il est irresponsable d'investir trop peu.

- La Plateforme fédérale a effectué des calculs basés sur les chiffres disponibles au niveau international. En effet, force est de constater que : "une mesure exacte du nombre total d'infections hospitalières en Belgique n'a pas encore été réalisée". Le CNEH estime qu'il s'agit d'un signal pour la fixation des priorités en matière d'hygiène hospitalière dans notre pays.

Le CNEH souligne son appréciation pour le travail de l'Institut scientifique de santé publique, service Epidémiologie. Avec des moyens très limités, cet institut réalise une collecte, une analyse et un feed-back des données prioritaires.

Une approche fédérale coordonnée de cet enregistrement, en collaboration avec d'autres niveaux de concertation et avec le secteur hospitalier, est un élément essentiel auquel il convient d'accorder suffisamment de moyens.

Le CNEH fait observer que les demandes d'avis qui lui sont adressées ne peuvent être traitées de façon optimale que si les données nécessaires sont disponibles.

Rien que pour les hôpitaux aigus (donc sans les hôpitaux psychiatriques, les centres de revalidation, les soins aux personnes âgées ...), le nombre d'infections hospitalières est évalué à ± 107.500 .

Chaque infection hospitalière entraînerait en moyenne environ 4 jours supplémentaires d'hospitalisation. Pour la Belgique, cette plus longue durée d'hospitalisation entraîne 440.000 journées supplémentaires d'hospitalisation par an, ce qui équivaut à une dépense supplémentaire de 116 millions €.

Ces dépenses supplémentaires sont, bien entendu, fortement sous-estimées, vu que les mesures diagnostiques et thérapeutiques supplémentaires et les interventions réalisées lors de l'apparition d'une infection hospitalière, sont très onéreuses.

Plus grave encore : le nombre de décès ayant un rapport direct avec une infection hospitalière est estimé à 2.500 à 3.000 par an.

D'une manière générale, on part du principe – et c'est d'ailleurs confirmé par des études scientifiques – qu'avec une politique optimale en matière d'hygiène hospitalière, environ 20% des infections hospitalières peuvent être évitées. Seulement 20%, mais 20% quand même.

Cela signifie que, chaque année, 500 à 600 décès peuvent être évités dans notre pays, ce qui représente une économie de 23 millions €, rien qu'en ce qui concerne la durée d'hospitalisation. Eviter des dépenses supplémentaires pour le diagnostic et la thérapie contribuerait bien entendu à accroître encore l'économie réalisée.

Ensuite, la plateforme fédérale calcule (pour les hôpitaux aigus) le surcoût de l'investissement supplémentaire proposé en termes de personnes et conclut qu'investir en matière d'hygiène hospitalière a un bon rapport coût/efficacité. L'économie (sous-évaluée car calculée uniquement par rapport à la durée d'hospitalisation moyenne) s'élève à 23 millions € par an; les surcoûts s'élèveront à 5 à 6 millions d'EUROS.

* Attribuer un médecin hygiéniste en fonction d'un nombre justifié de lits. Il faudrait prévoir, comme nouvelle exigence, au minimum 0,5 médecin ETP par hôpital aigu. Le surcoût est évalué à 1,4 millions €.

* Infirmier hygiéniste: il est proposé d'attribuer un infirmier hygiéniste en fonction des lits justifiés, au minimum un ETP par hôpital aigu et un ETP supplémentaire par 250

lits justifiés. Le surcoût est évalué à 3,9 millions.

Enfin, la plateforme fédérale souhaite une rémunération compétitive pour l'infirmier hygiéniste (proposition au niveau du cadre intermédiaire) et pour le médecin hygiéniste (proposition pour un médecin spécialiste).

Le CNEH souligne que la qualité et les investissements sont d'une importance cruciale pour l'hygiène hospitalière et fait référence aux aspects de responsabilité. Il y a seulement⁶, mais il y a quand même 20% d'infections hospitalières pouvant être évitées grâce à une politique optimale.

L'excellent rapport coût/efficacité d'une telle politique publique constitue un autre élément positif.

Le CNEH approuve la demande de rémunération adéquate des collaborateurs. Pour de nombreuses fonctions infirmières à responsabilité, aucune réglementation financière attractive n'est prévue. Il faut remédier à cette situation: en l'occurrence, il faut offrir, comme aux médecins, une rémunération suffisante pour les prestations intellectuelles, la prise de responsabilités dans des fonctions de gestion. Le budget des moyens financiers doit prévoir la possibilité de pouvoir rémunérer l'infirmière hygiéniste comme une infirmière du cadre intermédiaire.

Pour les médecins se pose le problème supplémentaire que de nombreuses fonctions cruciales ne cadrent pas dans un système "fee-for-service": politique de transfusion, hygiène hospitalière ...

En l'occurrence, une politique innovatrice serait de bénéficier d'une fonction de signal.

Le CNEH avait formulé quelques considérations en matière d'attribution d'effectifs en fonction du nombre de lits justifiés.

Le temps nécessaire à l'examen de la fiabilité de l'enregistrement RCM, et de la technique des lits justifiés fait défaut. En tout cas, les lits justifiés peuvent être créés en raison d'une importante pathologie de base ou d'un ensemble de pathologie comprenant également plusieurs pathologies très lourdes.

La question était donc de savoir si des effectifs peuvent être imposés de façon linéaire (1 infirmier ETP par 250 lits justifiés).

Nous nous référons une nouvelle fois à ce que l'International federation of infection control a dit en la matière:

* Tout d'abord, la fréquence et la gravité des infections hospitalières sont confirmées:

"Hospital-acquired infections (HAIs) are common: at any one time about 1 in 10 patients in acute care hospitals have an HAI, and an additional 10-60% of infections may present after discharge.

⁶ Une considération importante pour toutes les discussions en matière de responsabilité: infections évitables et non évitables.

HAI is an important cause of morbidity and mortality and therefore should be rigorously controlled as part of the general duty of patient care. But HAI also has considerable 'economic' impact on hospital services and on the costs of national health care."

* La possibilité de réaliser des économies grâce aux investissements en matière d'hygiène hospitalière est une nouvelle fois soulignée:

"Cost benefit of infection control

In the Study on the Efficiency of Nosocomial Infection Control (SENIC) of 1974-1983 [3], US hospitals with one full-time infection control nurse (ICN) per 250 beds, an infection control doctor (ICD), moderately intense surveillance, and system for reporting wound infection rates to surgeons, reduced their HAI rates by 32%. In the other hospitals, the HAI rate increased by 18%. The SENIC study estimated that (in 1975 dollars), the annual cost of HAI in US hospitals was \$1b. The cost of infection control teams (0.2 ICD, 1 ICN, 1 clerk per 250 beds) was \$72m per annum, only 7% of the infection costs. Therefore, if infection control programmes were effective in preventing only 7% of nosocomial infections (normally distributed), the costs of the programmes would be covered. A 20% effectiveness would save \$200m, and 50% would save \$0.5b (1975 US prices).

Conclusions The costs of HAI are huge and include patient morbidity and mortality, hospital and community medical costs, the impact of blocked beds, and wider socio-economic costs. The costs of infection control programmes and staffing are relatively small and with only a small degree of effectiveness they can pay for themselves. Investment in infection control is therefore highly cost effective."

Le CNEH approuve globalement les investissements proposés par la Plateforme fédérale, les effectifs et l'attractivité de l'indemnisation.

Cependant, le CNEH émet des réserves quant au nombre d'infirmiers hygiénistes proposé (cf. supra II.2):

- Il est normal d'exiger au minimum un infirmier hygiéniste temps plein par hôpital.
- Un rapport linéaire entre le nombre de lits hospitaliers et le nombre imposé d'infirmiers hygiénistes est moins clair. A cet égard, le CNEH recommande de poursuivre l'étude. Le groupe de travail n'a pas non plus pu s'appuyer sur des données chiffrées belges.

III. BREF AVERTISSEMENT CONCERNANT LA COMPLEXITE DE LA MATIERE RELATIVES AUX PROPOSITIONS DE MODIFICATION DU REGIME DE RESPONSABILITE

Les infections hospitalières peuvent avoir des conséquences dramatiques pour un patient. Dans notre système de responsabilité classique, il n'est pas aisé de démontrer qu'il a eu erreur.

C'est pourquoi il est logique que les infections hospitalières soient très souvent évoquées lors du débat sur l'opportunité d'une responsabilité sans faute.

En effet, cette matière dépasse largement la mission du CNEH. Toutefois, le CNEH souhaite faire observer, dans le cadre du débat, que seulement 20 à 30% des infections hospitalières peuvent être évitées grâce à une politique optimale en matière d'hygiène hospitalière⁷. L'importance de ces 20 à 30% a déjà été soulignée plus haut, tant sur le plan humain que sur le plan budgétaire.

Le corollaire de ce qui précède est que de nombreuses infections hospitalières sont "inévitables" et souvent inhérentes à la situation du patient (et prévisibles).

A ce sujet, le CNEH renvoie à l'article L.1142, §2 du Code français de la Santé publique (loi du 4 mars 2002) relatif aux conditions d'indemnisation sous le système d'"obligation de sécurité de résultat"⁸:

*"lorsque la responsabilité (...) n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail ».*⁹

Le CNEH a formulé cette remarque pour mettre l'accent sur la complexité de ce volet dans le débat sur la responsabilité.

IV RESUME ET CONCLUSION DU CNEH

Le CNEH a pour mission d'élaborer une réflexion critique sur le "Plan stratégique concernant la réorganisation de l'Hygiène hospitalière dans les établissements belges " élaboré par la Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière et la BAPCOC.

Dans un premier temps, le CNEH souligne les éléments suivants:

- Le professionnalisme et le grand dévouement des équipes d'hygiène hospitalière. L'opportunité de développer les organes de l'autorité et les organes de concertation complémentaires à différents niveaux est claire: enregistrement-surveillance, analyse des données, directives, analyse coût-profit...
- Le CNEH a jugé utile de demander des données valables. Cela semble difficile. Le CNEH encourage donc l'autorité à investir suffisamment en matière de collecte et d'analyse de données. Cette considération est formulée pour le travail de l'Institut scientifique de santé publique, service épidémiologie, qui doit pouvoir disposer des moyens suffisants. Il est recommandé d'élaborer une approche fédérale coordonnée, en concertation avec d'autres niveaux d'autorité et avec le secteur hospitalier.

⁷ Weinstein R. et al. Infection control report cards – securing patient safety, N Engl J Med 353;3 July 21, 2005.

⁸ Outre l'obligation accessoire de résultat (responsabilité objective concernant p.ex. les infections hospitalières), il existe l'obligation principale de traitement, laquelle reste une obligation de moyen dans le cadre du contrat médical. Voir également Droit médical. Commission université-palais Université de Liège, Larquier 05/2005, vol 79.

⁹ Delforge C. Vers un nouveau régime d'indemnisation des accidents médicaux? T.Geiz/Rev Dr Santé 2004-2005, pp. 86-110.

- L'avis se limite à la discussion du texte mentionné ci-dessus, donc, au côté strictement organisationnel de l'hygiène hospitalière dans les hôpitaux généraux aigus. Le CNEH fait observer qu'il est souhaitable d'aborder la problématique de façon transmurale.

L'avis du CNEH concernant l'actualisation de la réglementation existante se base sur trois problèmes constatés en ce qui concerne l'organisation de l'hygiène hospitalière:

1. Attribution de missions avec détermination des priorités:

Les hygiénistes hospitaliers signalent un manque d'opportunités de spécialisation et un manque de temps. Beaucoup d'autres missions ont été attribuées, et le temps manque pour analyser les données de façon efficiente, ce qui revêt pourtant une importance cruciale et pour élaborer une stratégie politique précise concernant les infections hospitalières.

Le CNEH approuve la demande visant à disposer de suffisamment de temps et de moyens pour la mission cruciale relative à la maîtrise des infections. Cependant, cette spécialisation ne doit pas nuire à la gestion des autres priorités dans un hôpital (p.ex. la politique en matière de déchets et d'autres missions consultatives concernant l'hygiène au sens large).

Le CNEH signale que l'une et l'autre vont dépendre de la taille de l'hôpital (ou de la coopération hospitalière).

A l'avenir, il pourrait y avoir un riskmanagement global, assorti d'un rôle de coordination, dans un hôpital composé d'unités spécialisées autonomes.

L'alternative d'une équipe d'hygiène hospitalière et d'un comité avec des missions plus larges doit également être possible.

Dans les deux cas, l'autorité doit prévoir suffisamment de moyens afin de ne pas négliger la mission essentielle de la maîtrise des infections.

La Plateforme fédérale a proposé de modifier le nom habituel d'"hygiène hospitalière", en se basant sur le besoin en matière de spécialisation en maîtrise des infections. Le CNEH ne retient pas cette proposition: la proposition alternative de nom "maîtrise des infections hospitalières" est jugée beaucoup trop lourde et de surcroît, prématurée, tant que la spécialisation mentionnée ci-dessus ne sera pas réalisée.

2. Travail en équipe, indépendance opérationnelle en tant que high professionals responsabilisés et émancipés.

Cet objectif est clair. Cependant, le texte de la Plateforme fédérale met l'accent sur l'insatisfaction passée due à l'absence de capacité d'action et au fait que le texte ne fait pas autorité.

Le CNEH signale qu'il que le texte de la Plateforme fédérale doit davantage tenir compte de la hiérarchie de l'institution hospitalière.

La hiérarchie normale d'une entreprise dans un hôpital (laquelle est, du reste, légalement fixée) ne peut pas être affaiblie par les nouvelles propositions. Un chef de service, un médecin en chef, un conseil médical, une direction et un conseil d'administration peuvent constituer de puissants partenaires de coalition pour les hygiénistes hospitaliers.

Le CNEH recommande de ne pas faire obstacle aux rapports hiérarchiques normaux. Le Comité d'hygiène hospitalière est considéré comme étant un organe de concertation important. A l'instar des high professionals, l'équipe doit avoir suffisamment d'autonomie

sur le plan opérationnel et suffisamment de responsabilité. Et ce, dans le cadre d'une hiérarchie claire des lois au niveau de l'entreprise.

Le CNEH recommande explicitement à la hiérarchie hospitalière (conseils d'administration, directions, conseils médicaux ...) de prendre des responsabilités, en ce compris des mécanismes de sanction légalement prévus.

L'hygiène hospitalière (maîtrise des infections, what's in a name) a une importance cruciale pour le patient, et pour des raisons de responsabilité.

Par ailleurs, le CNEH attire l'attention sur les éléments suivants figurant dans le texte de la Plateforme fédérale:

- Critères de formation. Il faut veiller à éviter une réglementation excessive. En effet, il s'agit, en l'occurrence, d'une matière très dynamique, dont la transposition dans des AR peut être trop statique. Du reste, certaines exigences suggérées en matière de formation ne sont pas présentes dans chaque Communauté/Régions. Et la diminution du nombre de médecins et d'infirmiers disponibles nécessitera également une flexibilité quant aux exigences.
- La composition du Comité d'hygiène hospitalière doit prévoir une représentation médecins-infirmiers qui soit davantage paritaire. La discipline infirmière est cruciale sur le plan de l'hygiène hospitalière.
- En ce qui concerne la proposition relative au praticien de l'art infirmier de référence par section de soins, le CNEH estime que cette piste est judicieuse et qu'elle doit être encouragée.
Cependant, il ne peut pas davantage être question d'une obligation dans le cadre d'un AR. D'une part, l'autorité impose toutes sortes de nouvelles contraintes sans toutefois prévoir les moyens nécessaires. D'autre part, une réglementation conduit rapidement à des contraintes en matière de continuité, ce qui, en cas d'absence pour cause de maladie, de grossesse ... rend la règle beaucoup plus onéreuse et beaucoup moins faisable qu'il en était question à l'origine.

3. La maîtrise des infections hospitalières doit également constituer une priorité financière ; il s'agit, en l'occurrence, d'un élément vital pouvant procurer un return financier sûr.

La Plateforme fédérale a calculé que, dans notre pays, 500 à 600 décès pourraient être évités grâce à une politique efficace en matière de maîtrise des infections (20 à 30% des infections hospitalières peuvent être évitées avec une politique optimale).

Le surcoût lié aux infections à éviter a été soigneusement calculé mais cela représente une marge financière importante pour une politique des pouvoirs publics audacieuse.

Le CNEH souligne que la qualité et l'investissement en personnel sont d'une importance vitale et il renvoie aux aspects de la responsabilité.

- L'indemnisation pour les collaborateurs en hygiène hospitalière doit être adéquate. Cela vaut tant pour les infirmiers hygiénistes (en raison de la responsabilité de cette fonction intellectuelle, une indemnisation en tant qu'infirmier du cadre intermédiaire est normale) que pour les médecins hygiénistes hospitaliers.
- Pour les médecins, de nombreuses fonctions cruciales (hygiène hospitalière, politique en matière de transfusion ...) ne cadrent plus avec un système classique fee-for-service. En l'occurrence, une politique innovante pourrait avoir une fonction de signal (et constituer une attraction pour les générations à venir).
- En ce qui concerne le nombre de collaborateurs, le CNEH marque son accord sur l'exigence minimale par hôpital: 0,5 médecin ETP¹⁰ et 1 infirmier ETP par hôpital

¹⁰

ETP = équivalent temps-plein

aigu.

Le CNEH émet des réserves en ce qui concerne la proposition d'assigner un infirmier ETP supplémentaire par 250 lits (justifiés). Le rapport linéaire est mis en question par le CNEH. Des lits justifiés peuvent être créés tant à la suite d'un nombre élevé de pathologies légères que d'un nombre plus faible de pathologies lourdes, il n'est donc pas simple de refléter la complexité du case mix à la lumière de l'hygiène hospitalière. A cet égard, le CNEH recommande de poursuivre l'étude avant de se prononcer.

4. Enfin, le CNEH formule une remarque connexe concernant les infections hospitalières et l'évolution vers une responsabilité sans faute.

On fait observer que 20 à 30% des infections hospitalières peuvent être évités grâce à une politique optimale en matière d'infections hospitalières. Seulement 30%, mais 30% quand même.

Cela signifie également que de nombreuses infections hospitalières sont "inévitables" et inhérentes à la situation du patient.

Le CNEH formule cette remarque pour mettre l'accent sur la complexité de ce volet concernant le débat sur la responsabilité.