



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**LES RÉSEAUX LOCAUX DE LUTTE
CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

– thème n° 21 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale
(2 IASS, 2 DESS, 2 EDH, 2 IG, 2 MISP)

Animateur

Jean PASCAL

Nous tenons à remercier toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail pour leur accueil et leur disponibilité.

Glossaire

APLEIN : Association des Pays de Loire pour l'Éviction des Infections Nosocomiales

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

C-CLIN : Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CIRE : Cellule Interrégionale d'Épidémiologie

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLIND'REVE : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales De la Région Vendéenne

CTIN : Comité Technique national de lutte contre les Infections Nosocomiales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EOHH : Equipe Opérationnelle en Hygiène Hospitalière

SHLIN : Service d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales

InVS : Institut de Veille Sanitaire

RESIN : RESeau INter C-CLIN

RRESO : Relais Régional des Etablissements de Soins de l'Ouest

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODOLOGIE.....	3
1 COOPERATIONS DANS L'INTER REGION OUEST : DES INITIATIVES LOCALES....	5
1.1 DES RÉSEAUX EN PAYS DE LOIRE.....	5
1.2 DES RELAIS RÉGIONAUX.....	6
1.3 ANALYSE COMPARATIVE DE DEUX TYPES DE RÉSEAUX.....	7
1.3.1 <i>Des structures et des modes d'action différents.....</i>	7
1.3.2 <i>Des objectifs similaires.....</i>	9
2 AVANTAGES ET LIMITES DE CES INITIATIVES LOCALES.....	11
2.1 LA VALEUR AJOUTÉE DE CES INITIATIVES LOCALES.....	11
2.1.1 <i>Leur utilité.....</i>	11
2.1.2 <i>Leur pertinence.....</i>	12
2.1.3 <i>Leur cohérence.....</i>	12
2.1.4 <i>Leur performance.....</i>	13
2.2 LES LIMITES ET LES CONTRAINTES.....	13
2.2.1 <i>La fragilité des organisations.....</i>	14
2.2.2 <i>L'absence de coordination des actions entre établissements.....</i>	16
2.2.3 <i>La difficulté du suivi des infections nosocomiales et d'évaluation des pratiques.....</i>	16
3 PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D'EVOLUTION.....	18
3.1 UNE NOUVELLE CULTURE DE L'HYGIÈNE EN FRANCE.....	18
3.2 RECENTRER LE DISPOSITIF SUR L'USAGER.....	18
3.3 VERS DES ORGANISATIONS PÉRENNES.....	19
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE.....	23
ANNEXES.....	25
RESUME	

INTRODUCTION

Les infections sont dites nosocomiales « *si elles apparaissent au cours ou à la suite d'une hospitalisation, et si elles étaient absentes à l'admission à l'hôpital* »¹. Cette définition place aujourd'hui l'hôpital au centre des politiques de lutte contre les infections nosocomiales. L'évolution des technologies, la multiplication de gestes invasifs, la fragilité croissante des personnes soignées (âges extrêmes de la vie, patients immunodéprimés et thérapeutiques immunosuppressives) croisées au « turn-over » important des soignés, comme des soignants, sont autant de facteurs propices à la survenue d'infections.

Identifiées dès les années 70 comme un problème de santé publique, les infections nosocomiales sont devenues, en 1997, une priorité, notamment en raison de l'ampleur du phénomène. Ainsi l'enquête nationale de prévalence de 1996 estimait à 800 000 le nombre des infections nosocomiales à l'origine de 10 000 décès. Ces chiffres ont été relayés par les pressions médiatico-juridictionnelles de ces dernières années. En effet, l'affaire "Xenopi", les craintes des usagers, la généralisation de la "responsabilité sans faute" et la procédure d'accréditation engagée plus récemment par l'A.N.A.E.S. font, de la prévention des infections nosocomiales, un élément important de la politique nationale de santé et de la stratégie de gestion des risques par les établissements de santé.

Le risque zéro est certes illusoire mais les établissements et les pouvoirs publics ont désormais le devoir de réduire la part évitable des événements nosocomiaux. C'est pourquoi ils doivent mettre en place une politique de prévention, avec pour objectif de réduire le nombre et la gravité des infections, et ce dans le cadre législatif global.

Depuis une dizaine d'années environ, le dispositif national de lutte contre les infections nosocomiales² s'organise et se renforce. Ainsi, à l'échelon national, a été créé en 1992 le Comité Technique des Infections nosocomiales (CTIN), qui a notamment pour missions de participer à la définition du programme national de lutte contre les infections nosocomiales et d'établir des recommandations en hygiène hospitalière.

A l'échelon local, des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ont été créés en 1988 dans les établissements hospitaliers publics, et plus récemment dans les établissements de santé privés par la loi du 1^{er} juillet 1998. Chaque établissement hospitalier doit aujourd'hui définir une politique de lutte contre les infections nosocomiales avec l'aide d'une Équipe Opérationnelle en Hygiène Hospitalière (EOHH). Les missions des CLIN ont

¹Ministère de l'emploi et de la solidarité, « *100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales* », 1999

été précisées par la circulaire du 19 avril 1995. Ces comités sont placés sous la coordination de cinq Centres de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN) situés à un niveau interrégional. Les missions de ces derniers, précisées par l'arrêté du 3 août 1992, consistent à soutenir et orienter l'action des établissements.

Dans ce paysage institutionnel se sont organisées des collaborations en matière de lutte contre les infections nosocomiales répondant à des incitations législatives et réglementaires en matière de coopération inter établissements³. Mais elles résultent aussi d'un besoin d'une plus grande coordination à un niveau plus réduit que l'inter région.

Ainsi, dans l'inter région Ouest, le C-CLIN Ouest a adopté une approche assez décentralisatrice de ses missions, laissant une large place aux initiatives locales à travers la mise en place de relais régionaux.

Il nous a semblé intéressant d'essayer de comprendre comment, au niveau de l'inter région Ouest, les acteurs de santé s'organisaient pour mettre en place une politique de lutte contre les infections nosocomiales.

Après la description de coopérations mises en place au niveau de l'inter région Ouest (I), nous présenterons les avantages et les limites de l'organisation en réseaux (II) pour ensuite formuler quelques propositions susceptibles, selon nous, de rendre plus efficaces ces expériences (III).

² cf. Annexe 1 : « Missions et activités des différentes structures de lutte contre les infections nosocomiales »

³ Circulaire DGS/VS/VS2-DH/EO1 n° 17 du 19 avril 1995, décret du 6 décembre 1999.

METHODOLOGIE

Dans un premier temps nous avons mené une réflexion préalable afin :

- de clarifier, avec l'animateur, le concept de "lutte contre les infections nosocomiales",
- d'évaluer les connaissances de chacun sur la question par un « Brainstorming » autour du sujet,
- de déterminer l'amorce d'une problématique consensuelle,
- d'identifier les moyens nécessaires à la recherche.

Dans un second temps, nous avons déterminé la question-clé du sujet à partir du dossier documentaire remis par l'animateur, et d'entretiens exploratoires avec des personnes ressources. Nous avons alors formulé notre problématique et nos hypothèses. Pour y répondre, nous avons construit un guide d'entretien autour de trois axes :

- la politique de prévention des infections nosocomiales,
- les jeux d'acteurs,
- l'évaluation des actions menées.

Dans un troisième temps, nous avons précisé l'objet de notre étude et le champ à investir en recentrant notre recherche sur la notion de réseau au niveau d'un secteur géographique, l'inter région Ouest.

Pour cela, il a été mené une recherche documentaire à partir du dossier fourni et d'autres documents en provenance des centres de documentation du C-CLIN Ouest et de l'ENSP.

Cette recherche a été complétée par la réalisation d'entretiens semi-directifs. Aux premiers entretiens proposés par l'animateur, d'autres ont été choisis par les membres du groupe. Nos interlocuteurs exercent dans le secteur hospitalier public ou privé ou sont des responsables administratifs des tutelles, en région Bretagne et Pays de Loire.

La réalisation des entretiens, d'une durée moyenne d'1 heure 30, s'est faite en binômes pluri-professionnels représentant deux filières différentes chaque fois. Des comptes-rendus ont été quotidiennement produits par chaque binôme et mis à disposition des membres du groupe afin de les commenter.

Une analyse thématique des données recueillies sur la base des intérêts et limites des expériences de terrain a été retenue par le groupe.

Enfin, le quatrième temps correspond à la phase de rédaction du rapport. Un projet avec plan détaillé a été soumis à l'animateur pour régulation et ajustement avant rédaction. Après mise en commun de l'ensemble des recherches effectuées par chaque membre du groupe, le travail de rédaction a été réparti, chaque membre ou binôme rédigeant une partie du rapport en fonction de ce qu'il(s) a ou ont plus particulièrement abordé pendant la phase de recherche. La confrontation des différents écrits a suscité des corrections collectives afin de structurer le rapport final.

1 COOPERATIONS DANS L'INTER REGION OUEST : DES INITIATIVES LOCALES

Pour permettre une application pragmatique des textes législatifs et réglementaires relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, des formes de coopération ont très vite été impulsées dans l'inter région Ouest, par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) des Pays de Loire, et le C-CLIN Ouest. Ces initiatives sont à l'origine d'une dynamique qui a permis de donner naissance à de nouveaux modes d'organisation.

Partant de l'idée que l'hygiène est avant tout une « *affaire de terrain* », les médecins et infirmières hygiénistes de l'inter région Ouest, appelée encore le « *Grand Ouest* », s'étaient organisés très tôt dans la lutte contre les infections nosocomiales, de manière plus ou moins informelle selon les régions. Leurs initiatives ont interpellé des décideurs, à différents niveaux, tels que la DRASS des Pays de Loire et le C-CLIN Ouest, qui ont été à l'origine d'appels à projet visant à développer ou consolider une organisation en réseau.

1.1 Des réseaux en Pays de Loire

Les présidents des CLIN des Pays de Loire se sont rendu compte de la nécessité de s'organiser en réseaux locaux. Ils ont commencé par fonder une association régionale, l'Association des Pays de Loire pour l'Éviction des Infections Nosocomiales (APLEIN) regroupant tous les hygiénistes de la région, dont l'objectif était d'échanger les expériences de terrain et d'assurer une mission transversale de formation permanente.

En 1993, face à cette initiative et sous l'impulsion de son directeur, la DRASS des Pays de Loire a décidé de faire de la lutte contre les infections nosocomiales une priorité régionale. Guidée par deux préoccupations (éviter la dispersion des moyens et suivre leur réelle affectation à l'hygiène hospitalière), elle a alloué des moyens financiers en deux volets :

- dotation des plus gros établissements en personnel spécialisé en hygiène hospitalière.
- appel à projets visant à soutenir les initiatives de réseaux inter-établissements dans le cadre d'un programme pluriannuel.

Les hygiénistes de la région ont répondu à l'appel à projet et en 1994-95, cinq réseaux d'établissements se sont alors formalisés sur le principe d'un partage de compétences entre un établissement « pôle » et des établissements périphériques⁴ :

- COLINES : réseau de 14 établissements dans le secteur sanitaire de St-Nazaire et ses environs avec pour établissement pôle le Centre Hospitalier de St-Nazaire. Ce réseau regroupe 8 hôpitaux (634 lits de Médecine - Chirurgie - Obstétrique, M.C.O.), 6 autres établissements dont 2 établissements spécialisés, des maisons de retraite et un établissement thermal.
- CLIND'REVE : réseau vendéen regroupant 6 hôpitaux (3300 lits de MCO)
- ECLIN : réseau vendéen regroupant 9 hôpitaux (2000 lits de MCO)
- Réseau sarthois : regroupant les 11 hôpitaux de tout le département de la Sarthe (4000 lits de MCO)
- Réseau du Saumurois : regroupant 11 hôpitaux.

Grâce aux actions conjointes de la DRASS et des professionnels de terrain, la région des Pays de Loire a initié à l'époque une démarche innovante. En effet, il aura fallu le décret du 6 décembre 1999 pour préciser que l'obligation de constituer une équipe opérationnelle d'hygiène peut faire l'objet d'une coopération inter établissements.

Cette avancée n'a malheureusement pas pu se développer, faute d'une augmentation conséquente des moyens avec la montée en charge des demandes des établissements, car déjà suite au bilan réalisé en 1997-98, le médecin inspecteur de santé publique de la DRASS signalait : « *les ratios personnel hygiéniste/nombre de lits sont inférieurs aux recommandations nationales* ⁵ ».

1.2 Des relais régionaux

En 1995, le C-CLIN Ouest a décidé de lancer un appel à projet visant à constituer des relais régionaux. Quatre relais régionaux se sont ainsi constitués ou formalisés :

- APLEIN : il s'agissait, pour cette association loi 1901, plus d'une formalisation que d'une création ;
- RRESO : Relais Régional des Etablissements de Santé de l'Ouest ;
- R.R.H. : Relais Régional d'Hygiène hospitalière de Basse-Normandie ;
- R.H.C. : Réseau d'Hygiène du Centre.

⁴ Données de 1999, source DRASS

⁵ Circulaire du 19 avril 1995 (1 infirmier Hygiéniste pour 400 lits. 1 médecin hygiéniste pour 800 lits.)

Les missions des relais régionaux sont celles dévolues au C-CLIN en termes de formation et de coordination des enquêtes et des pratiques, à l'échelon régional. En favorisant la constitution des relais régionaux, le C-CLIN Ouest a reconnu et valorisé les expériences des hygiénistes de terrain. Ce faisant, et au-delà de sa légitimité conférée par les textes, il s'est lui-même légitimé aux yeux de certains professionnels du « Grand Ouest », qui s'accordent à lui reconnaître une utilité dans les fonctions de :

- centre de documentation : le niveau inter régional semble être plus pertinent que l'échelon régional ou national,
- lieu d'échanges à la fois avec les acteurs régionaux et avec les autres inter régions.

1.3 Analyse comparative de deux types de réseaux

Tout en ayant une vocation identique, deux types de réseaux se sont mis en place sur deux niveaux géographiques distincts.

Nous avons fait le choix d'étudier un réseau de secteur « COLINES », implanté sur le secteur sanitaire élargi de Saint-Nazaire, et un réseau régional « RRESO », établi sur une région, la Bretagne.

4.1.11.3.1 Des structures et des modes d'action différents

COLINES

Association Loi 1901, créée suite à un appel à projet de la DRASS Pays de Loire, en 1993, COLINES fonctionne grâce aux cotisations des hôpitaux adhérents et à une subvention de la DRASS, destinée à la logistique.

Le fonctionnement de COLINES repose sur l'équipe opérationnelle d'hygiène du centre hospitalier de Saint-Nazaire. Cette dernière est mise à la disposition des établissements adhérents afin d'assurer l'assistance technique dont ils ont besoin. Cette assistance prend la forme d'audits : audit de structures, audit de pratiques et visites post-audit. Elle n'intervient qu'à la demande des établissements.

Depuis 1997, les liens entre l'équipe opérationnelle d'hygiène et les établissements se sont consolidés par la mise en place de correspondants au sein des établissements adhérents. Une charte, indiquant le fonctionnement du réseau, définit également le positionnement de ces correspondants vis-à-vis de leur structure et de COLINES. Ils doivent notamment participer à trois réunions techniques par an.

Notons également que l'équipe d'hygiène du centre hospitalier de Saint-Nazaire a été renforcée, en 1999, pour permettre l'optimisation de ses interventions, en nombre et en qualité.

RRESO

En réponse à l'appel à projet du C-CLIN Ouest en 1995, RRESO s'est constitué comme relais régional. Association loi 1901 à l'origine, RRESO est devenu une unité fonctionnelle du CHU de Brest. Une convention avec le C.H.U. de Rennes lui permet de bénéficier d'un financement de 200 000 francs alloué par le C-CLIN Ouest, afin de répondre à ses frais de fonctionnement.

L'option actuelle du RRESO tourne autour de la recherche et des échanges d'informations entre professionnels sous forme de réunions mensuelles, lesquelles sont guidées par un programme établi annuellement. Ces rencontres se déroulent au centre hospitalier de Pontivy qui présente l'avantage d'être situé au centre de la région Bretagne. Des groupes de travail produisent des documents de type « guide de bonnes pratiques », qui sont diffusés par le C-CLIN Ouest à l'échelon de l'inter région.

Une volonté d'harmonisation et d'uniformisation des pratiques soutend les actions menées au sein du RRESO et renforce le concept de transfert des compétences. Le besoin, exprimé par les praticiens des hôpitaux de la région, de travailler ensemble les incite à se regrouper pour réunir des compétences complémentaires et éviter des « redondances » de recherche et de réflexions sur des sujets communs et généralisables.

Les établissements de soins participant au RRESO sont désireux de travailler à partir d'objectifs collectivement partagés et selon des méthodes identiques.

Des niveaux optimaux d'intervention

Il apparaît que les deux organisations, COLINES et RRESO, semblent avoir trouvé leur niveau optimal d'intervention.

COLINES, en ciblant son intervention sur le secteur sanitaire de Saint-Nazaire, a atteint son objectif d'opérationnalité de proximité. Pour des raisons d'efficacité, compte tenu des moyens dont il dispose, COLINES ne peut étendre son action au-delà de ses limites actuelles.

RRESO, quant à lui, a pu définir la région comme le niveau optimal en terme de coordination des structures de lutte contre les infections nosocomiales.

Toutefois les protagonistes de ces deux structures souhaitent voir s'améliorer le dispositif. COLINES ressent la nécessité d'une coordination régionale des réseaux

sectoriels. RRESO désire mettre en place des équipes de proximité, rattachées à un centre hospitalier, qui interviendraient sur un secteur géographique plus petit, correspondant plus ou moins au secteur sanitaire. Ce dispositif aurait certainement l'agrément de l'A.R.H.

Ainsi, deux organisations situées à l'origine à des niveaux différents, se rejoignent-elles dans le souhait de constituer des dispositifs analogues.

4.1.21.3.2 Des objectifs similaires

Formation et échanges, assistance et soutien aux établissements constituent les fondements de leur expérience.

Formation et échanges

La formation est, en effet, au cœur des missions assignées, par leurs fondateurs, à ces deux structures. Initialement destiné à former les présidents de CLIN, le RRESO a rapidement élargi la formation à tous les médecins et infirmières hygiénistes de la région Bretagne, via les établissements adhérents, pour répondre à de nouveaux besoins nés de l'avancée des technologies médicales et de l'évolution du cadre réglementaire.

Dans cette même logique, COLINES s'est donné les moyens d'offrir aux membres participants la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances, de les actualiser et de les consolider. Les thématiques retenues sont variées et cherchent à répondre aux besoins des professionnels dans un domaine complexe, en constante évolution. Ainsi COLINES a proposé deux journées de formation en 1999 sur le thème des déchets et celui des aspects juridiques des infections nosocomiales.

Au-delà de la formation, la nécessité de se rencontrer pour échanger et réfléchir ensemble sur des points d'actualité, conduit à la mise en place au sein de RRESO de différents groupes de travail. L'un d'eux, notamment, a élaboré un document intitulé « *Hygiène et prévention de la transmission de microorganismes en consultation de gynécologie -obstétrique* ». COLINES organise aussi des réunions techniques consacrées à des aspects très pratiques, comme « le risque infectieux et la ligne de perfusion ».

Ces actions confirment le besoin de communication et d'échanges entre professionnels d'une spécialité, l'hygiène, pas toujours « valorisée » par les autres acteurs hospitaliers.

Assistance et soutien

La volonté de travailler ensemble, mais aussi les difficultés rencontrées par les structures de taille plus modeste, ont conduit à développer une logique d'entraide. Ainsi une assistance technique s'est-elle organisée pour aider les structures les moins bien dotées en moyens humains, financiers, matériels et organisationnels.

Les activités de conseil, de diffusion de documentation et d'informations permettent aux « petites » structures de véritablement amorcer la mise en place d'une politique de lutte contre les infections nosocomiales à leur échelle.

Concrètement, cela se traduit par une aide méthodologique à la réalisation d'enquêtes et plus particulièrement de l'enquête nationale de prévalence, une aide au choix de matériel, une aide à la réalisation de protocoles....

2 AVANTAGES ET LIMITES DE CES INITIATIVES LOCALES.

Les entretiens permettent de mettre en évidence les relations qui se sont créées entre les différents partenaires, et d'en apprécier les effets sur la mise en œuvre de la lutte contre les infections nosocomiales, en terme de « plus-values » apportées par ces équipes intermédiaires aux acteurs de terrain, au-delà des freins et des limites rencontrées.

4.12.1 La valeur ajoutée de ces initiatives locales

Ces initiatives locales, qu'elles soient à l'échelon du secteur sanitaire ou de la région, semblent répondre aux attentes des différents partenaires de l'hygiène hospitalière.

4.1.12.1.1 Leur utilité

De l'avis de tous, la structure interrégionale du C-CLIN apparaît trop grande et trop lourde pour pouvoir répondre efficacement aux besoins des professionnels ; certains pensent même que les petits établissements ne connaissent pas son existence, ni les modalités d'appel en cas de problème particulier.

La proximité d'un réseau local permet d'apporter une réponse à des besoins concrets, comme la formation, le soutien technique ou pratique et de trouver des solutions à l'échelle de l'établissement, en fonction de ses moyens propres.

Le rapprochement des participants confère au dispositif une plus grande rapidité d'intervention. Une structuration autour d'un pôle de référence, à l'identique des autres réseaux préconisés (tels la périnatalité ou les urgences), donne au système une « valeur d'usage », incitant en cela les professionnels à faire appel aux experts en fonction des besoins.

Par ailleurs, la mise en réseau du dispositif de lutte permet d'apporter une réponse à l'évolution sociale en incluant, au fur et à mesure des attentes, de nouveaux partenaires comme les maisons de retraite et le secteur ambulatoire, même si la demande n'est pas encore très explicite.

Enfin, une structure plus proche des acteurs de terrain favorise la mobilisation des ressources internes, et une participation plus active. En cela, elle crée un milieu propice à l'accueil de nouveaux projets.

4.1.22.1.2 Leur pertinence

L'existence de ces deux organisations, relais régional et niveau sectoriel, trouve sa justification dans la réponse apportée aux attentes des pouvoirs publics en terme de mise en commun des moyens. La constitution des E.O.H.H., par l'intermédiaire de "réseaux", s'inscrit dans une dynamique institutionnelle. Elle permet une réponse aux textes officiels en organisant la lutte contre les infections nosocomiales, engendre un partage de moyens en personnels (postes de médecins ou d'infirmières hygiénistes), en formation (transfert de compétences), et en matériels (outils informatiques ou compteurs de particules par exemple).

Pour les Agences Régionales de l'Hospitalisation et la DRASS des deux régions, Bretagne et Pays de Loire, la coopération inter établissements est une priorité des SROS concernés. La mise en réseau des structures de prévention des infections nosocomiales peut faire l'objet de contrats d'objectifs et de moyens.

L'entrée dans la procédure d'accréditation incite également les différents partenaires à coordonner leurs actions pour une plus grande efficacité.

De plus, en intervenant uniquement à la demande des établissements membres, ces réseaux adoptent une stratégie de non-ingérence, facilitant la coopération et évitant les conflits de pouvoir inter services et inter établissements. Ce principe de respect des politiques d'établissements est fondamental pour la réussite des projets de coopération inter établissements, surtout en matière d'infections nosocomiales, comme nous l'a précisé notre interlocuteur de l'A.R.H. de Bretagne.

Les différents promoteurs des réseaux insistent sur le fait qu'ils n'exercent pas une fonction de "police sanitaire" mais qu'ils peuvent apporter un appui technique aux établissements dans leur démarche d'accréditation.

4.1.32.1.3 Leur cohérence

La coordination des actions menées donne une certaine cohérence à l'ensemble du système. L'élaboration et la diffusion de protocoles communs laissent présager d'une harmonisation à plus long terme.

La multidisciplinarité, évoquée par l'ensemble des personnes interrogées, favorise l'élaboration de recommandations qui tiennent compte des différents points de vue. Au sein d'un réseau sectoriel, comme COLINES, il est plus facile de prendre en considération les positions de tous les partenaires. Cette organisation en secteur donne un caractère plus

humain au dispositif, en permettant notamment la reconnaissance et une meilleure prise en compte des besoins de chacun des partenaires.

4.1.42.1.4 Leur performance

Il ressort de l'opinion de tous que l'évaluation des actions de prévention semble aujourd'hui difficile, voire impossible. Le coût de la prévention apparaît élevé au regard des bénéfices directs visibles. Déterminer un taux d'infections nosocomiales, en l'absence d'exhaustivité et de standardisation des relevés, n'est pas significatif de l'efficacité des moyens mis en place. Il est, par contre, possible d'uniformiser les outils d'exploitation et d'enquête, comme les audits de structure ou de pratiques, afin que tous les établissements concernés disposent de grilles et de critères analogues. C'est un des objectifs que se sont fixés COLINES et RRESO, répondant ainsi aux demandes des institutions adhérentes, lesquelles peuvent alors se situer par rapport à des moyennes affichées dans leur secteur ou leur région.

Les niveaux géographiques de ces deux organisations apparaissent plus propices à une circulation efficace de l'information dans ses trois dimensions :

- Descendante afin de faire comprendre, renforcer l'implication, développer l'appropriation par les personnels.
- Ascendante pour permettre de reconnaître la contribution des agents, faire remonter les difficultés, les actions entreprises, les solutions proposées.
- Transversale pour faciliter l'apprentissage collectif, les échanges et la mutualisation des expériences au travers des rencontres et des groupes de travail.

La sécurité du patient, qui circule entre différentes structures (fait évoqué à plusieurs reprises par nos interlocuteurs), dépend également de la bonne organisation du réseau. La mise en commun des problèmes et la recherche de solutions adaptées, constituent un signe d'efficacité autour de l'objectif partagé qu'est la prise en compte du risque infectieux.

4.22.2 Les limites et les contraintes

Les modes d'organisation en réseaux régional et sectoriel présentent de réels avantages, correspondant à la dynamique impulsée par les acteurs locaux et cherchant à répondre au mieux aux besoins des professionnels de santé. Cependant, plusieurs critiques peuvent être faites en raison des contraintes rencontrées dans la mise en œuvre de leurs missions et des limites de leur application.

4.1.12.2.1 La fragilité des organisations

En prenant appui sur la description de deux réseaux, COLINES et RRESO, nos interlocuteurs font un premier reproche de ces modèles d'organisation qui tient à leur pérennité. Leur fragilité est due non seulement à leur statut juridique critiqué par les tutelles, mais également à leur dépendance vis à vis des professionnels qui les animent.

Une formalisation relative de ces réseaux

Bien que fortement encouragées par les tutelles (A.R.H. et DRASS), ces structures sont critiquées dans leur forme. Les établissements qui participent à ces coopérations, ne le font que selon les principes de base qui régissent cette catégorie de partenariat, à savoir : le volontariat et la libre participation.

Seuls les établissements se sentant concernés par les problèmes de lutte contre les infections nosocomiales y adhèrent. Leur implication n'est pas homogène mais varie en fonction de leurs intérêts particuliers. De fait, ayant pour règle de n'intervenir au sein d'une structure que sur demande expresse de celle-ci, l'équipe d'hygiène ne peut, en aucune manière, s'ingérer dans les affaires de l'établissement. Dans ce cadre là, certains membres ne participent aux activités de l'organisation que dans sa mission de formation et de rencontre. C'est notamment le cas des établissements privés.

Si ce type de coopération semble convenir aux professionnels de santé, de par la souplesse des règles juridiques qui le régissent et de par la facilité d'intervention qu'il procure, les organismes de tutelles ne le prennent pas réellement au sérieux et ne lui accorde, à aucun moment, l'appellation de RESEAU au sens de la législation hospitalière. N'y voyant qu'une association de professionnels et non une véritable forme de coopération (la communauté d'établissements étant celle préconisée), l'A.R.H. comme la DRASS refusent de financer leur activité, ne leur accordant qu'une petite subvention de fonctionnement.

La personnalité des acteurs qui les composent

Choisir une organisation souple pour permettre aux équipes d'intervenir plus facilement a, cependant, des effets pervers. Cela fragilise le système en le rendant tributaire de la personnalité des membres et notamment de celle du leader.

Tant que les acteurs se sentent concernés par le problème des infections nosocomiales, des actions seront développées. Toutefois, si le coordinateur s'avère moins

charismatique ou la volonté des acteurs moins empressée, l'organisation risque de s'éteindre d'elle-même.

L'efficacité des actions des équipes d'hygiène, développées dans ce cadre, se heurte, par ailleurs, à un certain nombre d'obstacles non négligeables, dont la résorption paraît actuellement délicate.

Le manque de reconnaissance des équipes d'hygiène

Bien que la lutte contre les infections nosocomiales soit devenue une priorité de santé publique, les hygiénistes se heurtent aux réticences de leurs confrères. Ces derniers tardent à leur accorder la place qu'ils estiment leur revenir dans le monde médical.

Parmi les facteurs responsables de cet état de fait, les personnes interviewées en mettent plus particulièrement deux en exergue.

A la différence du cursus dispensé dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, les études médicales sont, encore aujourd'hui, « trop timides » en ce qui concerne l'enseignement des bonnes pratiques d'hygiène. Par ailleurs, dans de nombreux établissements, le corps médical a tendance à « ironiser » face à la prolifération de textes réglementaires sur le sujet.

De plus, la tendance « économique-centriste » qui caractérise notre époque est défavorable à l'activité des équipes opérationnelles d'hygiène. En effet, pour être efficace, celles-ci nécessitent du personnel médical et paramédical compétent. Ce dernier est amené à mettre en place des mesures faisant appel à des moyens humains parfois importants et requérant des investissements matériels également non négligeables, sans susciter, toutefois, de gain de productivité supplémentaire en terme de points ISA⁶.

Les enjeux de pouvoirs entre établissements

L'intervention de telles équipes n'est pas toujours bien accueillie dans les services et une certaine méfiance anime une partie des établissements.

Malgré « la publicité » faite autour de la lutte contre les infections nosocomiales, le sujet reste tabou. Il est difficile pour les chefs de service de reconnaître le caractère nosocomial d'une infection, d'accepter que des confrères viennent s'ingérer dans le fonctionnement de leur unité et empiètent sur leur pratique. En effet, il n'est pas toujours

⁶ Indice Synthétique d'Activité

aisé, pour les hygiénistes, d'impulser la mise en place de mesures souvent perçues comme contraignantes dans un service qui n'est pas le leur. C'est pourquoi, ils n'interviennent que sur demande et émettent des recommandations. Il appartient ensuite aux équipes soignantes d'appliquer ou non ces mesures.

Par ailleurs, ces équipes opérationnelles sont, en général, rattachées à de grosses structures hospitalières, seules à pouvoir financer un service de ce type. Bien que l'A.R.H. encourage la coopération entre établissements et la mise en commun des moyens tout en protégeant l'autonomie de chaque établissement, la crainte des « petites » structures d'être phagocytées par les « grosses » demeure et nuit au développement d'un réel partage de compétences.

4.1.22.2.2 L'absence de coordination des actions entre établissements

L'efficacité et la pertinence des réseaux d'hygiène trouvent leurs limites dans leur propre mode de fonctionnement. Le respect du principe de liberté des établissements a pour conséquence l'absence d'homogénéité des pratiques et des politiques de lutte contre les infections nosocomiales. C'est, cependant, à cela qu'aspirent les organismes de tutelle ainsi que les équipes d'hygiène elles-mêmes.

Il existe un cloisonnement des établissements, dû en partie à leur autonomie juridique, responsable d'attitude méfiante qui les empêche de mettre en place de vraies coopérations, notamment de réfléchir ensemble sur des stratégies communes, même s'ils acceptent de mettre en commun des moyens humains.

Ce constat est assez peu surprenant puisqu'il reflète à une échelle inférieure, des schémas classiques de comportement observables au sein même des établissements. En effet, les enjeux de pouvoir, évoqués plus haut, qui existent entre services et surtout entre chefs de service rendent parfois difficile (quand ce n'est pas impossible) le travail coordonné des différentes équipes de l'hôpital.

4.1.32.2.3 La difficulté du suivi des infections nosocomiales et d'évaluation des pratiques

Depuis plus de dix ans, les infections nosocomiales sont à l'origine de recours devant les différentes juridictions et font l'objet d'une littérature abondante et d'une législation inflationniste. Toutefois, de réelles difficultés apparaissent, sur le terrain, pour mettre en évidence la réalité du problème et suivre son évolution. Plusieurs facteurs sont en cause.

Le premier est en relation directe avec l'aspect encore « tabou » de la question. En effet, soucieux de préserver la réputation de leur service et devant l'évolution de la jurisprudence en la matière, de nombreuses équipes refusent de publier leurs chiffres ou qu'un recensement systématique soit mis en place.

Le second présente des aspects plus techniques. Il est difficile de faire un repérage de toutes les infections nosocomiales car il est difficile d'affirmer le caractère nosocomial de l'infection, ce d'autant qu'un dépistage systématique n'est pas mis en place à l'entrée du patient dans le service et qu'il n'y a pas, pour l'instant, obligation de la déclarer.

Concernant l'évaluation des pratiques, deux problèmes se posent. Les actions de ces réseaux sont récentes et aucune méthode d'évaluation n'a été, jusqu'à présent, mise en place. Les équipes, elles-mêmes, ne savent pas encore, réellement comment s'y prendre. De plus, toujours au nom du principe de non-ingérence dans le fonctionnement des partenaires, cette évaluation est, semble-t-il, difficilement envisageable actuellement.

3 PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D'EVOLUTION

Les imperfections et les limites de fonctionnement du système actuel, reconnues par les professionnels eux-mêmes, témoignent de la nécessaire évolution du dispositif.

Cette évolution devrait aller dans le sens d'une nouvelle prise en compte de l'hygiène par les professionnels de santé et de l'émergence de nouveaux milieux à risque. De plus elle doit s'accompagner non seulement d'une pérennisation des organisations de lutte, mais aussi d'un développement adéquat des techniques d'évaluation.

4.13.1 Une nouvelle culture de l'hygiène en France

La question de l'hygiène a été longtemps, en France, le point d'achoppement de la médecine. La sensibilisation encore imparfaite du monde médical à l'importance du problème, en terme de santé publique et aux actions déployées par les hygiénistes, freine la mise en place d'une politique efficace et globale de lutte contre les infections nosocomiales. Pour ce faire, il est fondamental de valoriser cette discipline pour favoriser sa reconnaissance.

C'est une nouvelle philosophie de l'hygiène qui doit jaloner la formation des praticiens. Les bonnes pratiques en hygiène ne doivent plus être un corpus de règles isolées mais une logique même de l'art de soigner. Déjà dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, l'hygiène constitue un des principes fondamentaux sur lesquels reposent le soin et la prise en charge de la personne.

Par ailleurs, les médecins inspecteurs de santé publique reconnaissent leur impuissance face au flot d'informations émanant des CLIN. Dans le cadre de leur fonction, il leur est matériellement impossible d'exploiter les bilans d'activité des CLIN. En effet, la diversité des missions qui leur sont dévolues est malheureusement trop chronophage. De plus, le nombre important de rapports transmis et le défaut d'outils d'analyse appropriés ne leur permettent pas d'en faire une étude approfondie.

4.23.2 Recentrer le dispositif sur l'utilisateur

Selon une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes par l'équipe d'hygiène hospitalière, portant sur la fréquence des germes résistants, il s'avère que le portage est plus important dans les services de long séjour que dans les services dits « actifs ».

Les infections nosocomiales concernent ainsi autant les services de soins aigus que d'autres services, souvent oubliés dans les programmes de prévention. Ce problème implique donc également le secteur ambulatoire et les institutions, telles que les maisons de retraite, ce d'autant qu'elles sont de plus en plus médicalisées en raison de la dépendance croissante des personnes âgées.

Par ailleurs, la diminution de la durée moyenne de séjour et la fréquentation de multiples services et secteurs de prise en charge différents, favorisent la déclaration des infections nosocomiales en dehors de leur terrain de contamination. Associé aux transmissions et échanges insuffisants entre professionnels, cet état de fait explique qu'un bon nombre d'infections nosocomiales ne soient pas identifiées comme telles et passent inaperçues.

L'étude du cheminement de l'utilisateur fait apparaître une dissociation entre la logique de circulation du patient dans les différents établissements et la logique de fonctionnement des services de soins.

Un dispositif de prévention efficace doit ainsi prendre en compte la trajectoire des usagers, de service en service et d'établissement en établissement. Les réseaux en place et à venir devront impliquer les secteurs, restés à l'écart jusqu'à présent, à savoir le médico-social et l'ambulatoire, en définissant leur niveau optimal d'opérationalité selon la trajectoire suivie par les usagers, pour un minimum de cohérence de leurs actions.

1.33.3 Vers des organisations pérennes

La difficulté d'obtenir des moyens humains et financiers, le manque de reconnaissance par les tutelles et peut-être le manque de légitimité de leurs interventions posent la question de la pérennité de ces réseaux. Ces derniers constituent pourtant de bons relais locaux de la politique initiée à l'échelon national et inter régional en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Consacré par le mouvement de territorialisation des politiques de santé, le niveau régional peut constituer le niveau de référence pour la définition et la structuration de la politique de lutte contre les infections nosocomiales.

Ainsi, une circulaire de 1995 prévoit que les services déconcentrés de l'État « *peuvent participer à l'élaboration des projets d'activité des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Ils travaillent en collaboration avec les C-CLIN dans lesquels ils*

sont représentés. Les activités de prévention des infections nosocomiales doivent s'inscrire dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire. »⁷

Cette dynamique régionale, envisagée par la circulaire, rejoint le souhait des relais régionaux du C-CLIN d'être reconnus en tant qu'interlocuteurs privilégiés des autorités de tutelle, dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Cette reconnaissance implique une pérennisation de leur existence, au travers d'un financement relayé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Une clarification des rôles et missions de chacun est aussi nécessaire. En effet, le risque de redondance entre les niveaux régional et interrégional est réel. Le renforcement en moyens humains des structures existantes sur le plan régional peut aller de la création d'un poste de coordinateur, chargé d'animer spécifiquement le réseau régional, à la constitution de « Comités Régionaux de Lutte contre les Infections Nosocomiales ». Ceci nécessitera une réflexion sur l'opportunité d'une redéfinition du rôle, voire du maintien des C-CLIN.

Les autorités de tutelle pourraient avoir intérêt, dans le cadre d'une démarche de définition d'une politique régionale de lutte contre les infections nosocomiales, à trouver en face d'elles des structures constituées de professionnels, pouvant relayer leurs préoccupations et leurs difficultés

Le besoin de reconnaissance se manifeste également au niveau local. De plus, il faut, que ces structures puissent développer des actions dans le long terme pour disposer d'une pleine légitimité dans le paysage hospitalier.

La mise en place des équipes opérationnelles d'hygiène peut s'inscrire dans le cadre d'une coopération inter-établissements. En effet, la législation hospitalière offre des formules juridiques permettant de dépasser les limites rencontrées par le statut associatif, dans lequel se sont inscrites les premières initiatives et donc de formaliser les liens entre les acteurs. Aux modes de coopération traditionnels, les ordonnances du 24 avril 1996⁸ ont ajouté de nouvelles modalités. Les établissements disposent donc d'un ensemble de possibilités : sous la forme des réseaux, de communautés d'établissements, de groupement de coopération sanitaire.

L'inscription des expériences locales dans le cadre d'une coopération inter hospitalière permettrait de les réintroduire dans le schéma régional d'organisation sanitaire, à travers la

⁷ Circulaire du 19 avril 1995

⁸ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

négociation des contrats d'objectifs et de moyens. Un financement stable pourrait alors être assuré et des moyens humains spécifiques être dégagés.

Cependant une condition ultime à la pérennisation de ces structures demeure leur capacité à accepter et à mettre en place une évaluation effective de leur activité. Ce dernier point est sans doute le plus difficile à résoudre. En effet, si l'A.R.H. a un certain nombre d'attentes dans ce domaine, les équipes d'hygiène assimilent souvent cette démarche à une forme de contrôle. Cette difficulté pourrait être dépassée par une définition commune des critères d'évaluation. De plus, les méthodes d'évaluation doivent être développées et validées. En effet, aujourd'hui, seules les procédures et les pratiques peuvent véritablement être évaluées, les résultats restant difficiles à apprécier. Aussi la démarche vers une structuration plus pérenne, qui passe nécessairement par un partenariat avec l'A.R.H., ne peut se concrétiser qu'à la suite d'une négociation et d'une définition consensuelle des critères d'évaluation.

CONCLUSION

A travers les exemples de COLINES et de RRESO dans l'inter région Ouest, nous avons pu apprécier le dynamisme des acteurs de terrain dans la lutte contre les infections nosocomiales au niveau local. Davantage de proximité et d'échanges avec des professionnels compétents en matière d'hygiène semblent nécessaires, aujourd'hui, pour répondre à leurs attentes. La région et le secteur sanitaire semblent être les échelons à privilégier pour adapter les exigences croissantes de la réglementation avec les réalités du terrain et une meilleure prise en compte des avis des acteurs locaux.

Parler de prévention nécessite une prise en compte globale du problème et donc d'intégrer également les secteurs médico-social et ambulatoire. La prise en compte de ces secteurs permettrait, par ailleurs, un retour d'information, indispensable pour affiner une politique de surveillance. Restera pour le secteur social, notamment, la difficulté de concilier un projet de vie avec un projet de soins afin de ne pas transformer un lieu de vie en « hôpital ». Cette réflexion est, à notre avis, encore trop embryonnaire dans l'esprit des professionnels de santé.

Les infections nosocomiales dans le secteur hospitalier ne sont pas, non plus, sans soulever des questions éthiques. Si un faible taux d'infection est un indicateur de qualité des établissements, son affichage « public » ne peut-il pas conduire à des pratiques de sélection des patients à risque pour le maintien d'un taux « acceptable » ?

Enfin, une réflexion sur la prévention des infections nosocomiales ne peut pas se détacher d'une politique plus globale en terme de gestion des risques : hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance... Ces vigilances ont aujourd'hui des niveaux de surveillance variés. Ne risque-t-on pas en matière de gestion du risque d'aboutir à un manque de lisibilité, si en plus des systèmes existants, une « nosocomiovigilance » se met en place ? Une harmonisation des dispositifs paraîtrait souhaitable.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

Loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (article L. 711-1).

Décret n°88-657 du 6 mai 1988, relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999, relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, modifié par l'arrêté du 19 octobre 1995.

Circulaire DGS/DH n°17 du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés participants à l'exécution du service.

Circulaire DGS/DH n°99-265 du 4 mai 1999, relative aux rapports d'activité des CLIN.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Articles et ouvrages

Recommandation R (84)20 du 25 octobre 1984 par le comité des ministres du Conseil de l'Europe, relative à la prévention des infections hospitalières.

Ministère de l'emploi et de la solidarité - CTIN, "100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales", 1999

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, "Manuel d'accréditation des établissements de santé", Direction de l'accréditation, février 1999.

LE BŒUF D., « Mise en œuvre des réseaux de soins – de l'expérimentation à l'organisation pérenne », Gestions Hospitalières, décembre 1999, p 741 à 745

Dossier : infections nosocomiales « Les CLIN dans l'ère des réseaux », Décision Santé-Stratégie Santé, n°160, avril 2000, p 17-22.

GACHIE J. P., HAJJAR J. « Les réseaux de surveillance des infections nosocomiales – Théorie et pratique », Hygiène S n°13, mai-juin 1996, p.22-25.

VUAILLE B., « Infection à M. Xenopi : la sécurité sanitaire une nouvelle fois en cause ? », Le Quotidien du médecin, n°6122 , 15 septembre 1997

SARGOS P., « La doctrine de la cour de cassation en matière d'infection nosocomiale », Médecine et Droit, n°35, 1999

SCOLAN V. et coll, « Responsabilité médicale et infections nosocomiales », Revue de Médecine Interne, 2000 : 21 : 361 – 7

AUBRY- DAMON H. et coll, « Staphylococcus aureus résistant à la méticilline : facteurs responsables de l'endémie », Revue de Médecine Interne, 2000 : 21 : 344 –52

ANTONIOTTI G., « Réseaux d'établissements privés : organisation et perspectives », Noso 2000, XI congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, Lyon, 19 – 20 juin 2000

Sites Internet

sos-net.eu.org/medical/noso.htm

clinique-privee.com /fiche/juridique/materiovigilance/Infections.html

www.ccrjussieu.fr/cclin

www.univ.lille2/nosoweb

www.cclinouest.com

www.fhf.fr

ANNEXES

ANNEXE 1

Missions et activités des différentes structures de lutte contre les infections nosocomiales

- **CLIN** (décret n°99-1034 du 6 décembre 1999)

Missions	Activités
<ul style="list-style-type: none">- Prévenir les IN notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques en hygiène- Surveiller les IN- Définir les actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les IN- Evaluer périodiquement les actions de lutte contre les IN dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'action	<ul style="list-style-type: none">- Coordonne l'action des professionnels de l'établissement- Prépare chaque année avec l'EOHH le programme d'action de lutte contre les IN- Elabore le rapport annuel d'activité (adressé à la DRASS et au C.CLIN)- Définit, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement- Est consulté lors de la programmation de travaux, aménagement de locaux, acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des IN dans l'établissement

- **EOHH** (Circulaire DGS/DH n°17 du 19 avril 1995)
 - Mise en œuvre de la politique de prévention du risque infectieux
 - Elaboration en collaboration avec les services concernés de protocoles de soins et évaluation de leur application
 - Investigation des épidémies
 - Surveillance des IN, validation et analyse des informations recueillies et restitution aux services concernés.

- **C.T.I.N.** (arrêté du 3 août 1992)
 - Proposer la définition du programme national de lutte contre les IN dans toutes ses composantes
 - Promouvoir avec le réseau national de Santé Publique, un système national de surveillance des IN reposant sur les C.CLIN et un réseau d'établissements ou d'organismes publics ou privés de prévention ou de soins
 - Formuler et mettre à jour des recommandations techniques en vue de la surveillance et de la prévention des IN à l'usage des personnels des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins et des CLIN
 - Assurer la coordination des activités ainsi que l'évaluation des actions menées par les C.CLIN
 - Fournir un rapport national annuel élaboré à partir des bilans établis par les services déconcentrés du ministère ...
 - Et toute proposition relative à la formation des personnels, au développement de recherche dans le domaine des IN, au financement du programme national de lutte.

- **C-CLIN** (arrêté du 3 août 1992)
 - Coordonner les actions de lutte contre les IN conduites par les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins
 - Organiser le recueil épidémiologique standardisé de données d'incidence et de prévalence des iN à partir d'un réseau local d'établissements ou d'organismes publics ou privés de prévention ou de soins
 - Mettre au point des protocoles d'investigation épidémiologique
 - Réaliser des études épidémiologiques multicentriques sur les risques infectieux et leur prévention
 - Elaborer et mettre à jour un guide de l'hygiène et des pratiques de soins à l'intention des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins
 - Proposer une assistance technique aux établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins lors de la survenue de cas groupés et pour leur programme de formation en matière de lutte ...
 - Constituer et mettre à jour un annuaire de prestataires de service dans le domaine de l'hygiène hospitalière et des sociétés sous-traitantes pour les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins
 - Tenir un fichier documentaire et bibliographique
 - Animer un réseau de responsables de CLIN
 - Assurer une assistance technique et de conseil aux établissements qui en formulent la demande

ANNEXE 2

Personnes interrogées

Personnes proposées par l'animateur

- Pr AVRIL** : chef du service de bactériologie – virologie, et président du CLIN du CHU de Rennes, membre du conseil scientifique du C-CLIN Ouest.
- Dr BRANGER** : médecin coordonnateur du C-CLIN Ouest et premier président du COLINES.
- PR CHAPERON** : chef du service d'épidémiologie et d'hygiène hospitalière, président du C-CLIN Ouest.
- Dr LE BAIL** : médecin du service d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales - du centre hospitalier de Vannes, responsable du RRESO, membre du C-CLIN Ouest.
- Dr LE BOURG** : chirurgien orthopédiste de la clinique saint Vincent à Rennes.
- Dr LIBEAU** : médecin du DIM du centre hospitalier de Saint-Nazaire, membre du conseil scientifique du C-CLIN Ouest, président de l'association COLINES.
- Dr VIGOUROUX** : médecin chargé de mission auprès de l'A.R.H. de Bretagne.

Personnes choisies par les membres du groupe

- M. DUPUY**, directeur-adjoint de l'hôpital local de Bourneuf-en-Retz, membre du COLINES.
- Mme FARRET**, infirmière coordinatrice C-CLIN Paris Nord.
- Dr JACQUES**, médecin de l'hôpital local du Croisic, membre du COLINES.
- Dr JOSEPH**, médecin inspecteur de santé publique de la DRASS de Bretagne.
- Dr LAROQUE** : médecin chargé de mission auprès de l'A.R.H. des Pays de Loire.
- Dr LEBOUQUIN**, médecin hygiéniste du centre hospitalier de Lorient, membre du Conseil d'administration du RRESO.
- Dr LEGOUHIR**, médecin inspecteur de santé publique de la DRASS des Pays de Loire.
- Dr ROLAND-JACOB**, médecin hygiéniste du centre hospitalier de Quimper, membre du Conseil d'administration du RRESO.
- Mme LE TREIS**, infirmière hygiéniste du centre hospitalier de Morlaix.
- Dr WIESEL**, président de l'APLEIN.

ANNEXE 3

GUIDE D'ENTRETIEN

1 – LA POLITIQUE DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES.

- Comment se met en place une politique de prévention contre les infections nosocomiales ?
- Quelles actions avez-vous mis en place ?
- Pourquoi les avez-vous mis en place ?
- Quelles ont été vos difficultés pour la mise en œuvre de ces actions ?
- Quelles limites rencontrez-vous actuellement ?
- De quels moyens disposez-vous pour financer ces actions ?
- Quel est, selon vous, le niveau optimal pour une plus grande efficacité d'une politique de lutte contre les infections nosocomiales ?
- Quel bilan faites-vous de ces actions ?

2 – LES ACTEURS CONCERNÉS.

- Avec qui travaillez-vous ?
- Comment êtes-vous arrivés à travailler avec ces acteurs ?
- Comment envisagez-vous les relations avec ces acteurs ?
 - C-CLIN, CLIN ;
 - DDASS, DRASS, A.R.H ;
 - public / privé ;
 - secteur médico-social ;
 - secteur ambulatoire.

3 – L'ÉVALUATION DES ACTIONS.

- Quelle évaluation quantitative et qualitative faites-vous des actions entreprises ?
- Comment évaluez-vous vos relations avec les autres partenaires ?

**LES RESEAUX LOCAUX DE LUTTE CONTRE LES
INFECTIONS NOSOCOMIALES**

Résumé :

Les infections nosocomiales sont devenues un enjeu majeur de santé publique ces dernières années. La lutte contre ce type d'infections s'est organisée à trois niveaux : le niveau national avec le Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN); le niveau interrégional avec la création des Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN) ; enfin, les établissements de santé qui ont obligation de mettre en place des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Parallèlement, se sont développées, entre le niveau local et les inter régions, des initiatives de terrain en vue de compléter le dispositif réglementaire.

L'analyse de deux expériences, au niveau de l'inter région Ouest, permet de mieux comprendre l'intérêt qu'ont les différents acteurs à développer des coopérations dans ce domaine. Ces initiatives apportent une valeur ajoutée en terme d'utilité, de pertinence, de cohérence et de performance. Néanmoins, la fragilité de ces organisations, l'absence de coopération entre établissements et la difficulté d'évaluation des pratiques constituent autant de limites à ces expériences.