

ÉTUDE DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

DESCRIPTION et ANALYSE INSTITUTIONNELLE

Rapport – Mars 2005

**Faculté de Médecine Xavier Bichat
Département de Santé Publique**

Pr Marc BRODIN
Dr Nathalie CAPARROS-EUZEN
Dr Matthieu EVEILLARD
Dr Didier PATTE

avec la collaboration de
Mr Christophe LEJEUNE
Mme Geneviève MAHIEU
Dr Sophie PATRIS
Dr Jean Luc QUENON

...



***Ministère de la santé, de la famille
et des personnes handicapées***

Paris, le 8 avril 2003

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction des pathologies et de la santé
Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous direction de la Qualité du Fonctionnement des établissements de santé
Bureau E2

Cellule infections nosocomiales
Personnes chargées du dossier :
Dr Béatrice Tran, Dr Valérie Salomon
Mme Valérie Drouvot
Tél. : 01.40.56.51.95 / 55.21 / 46.46
Fax. : 01.40.56.50.78.00 / 03.89

Pr Marc Brodin
Faculté Xavier Bichat
Département Santé Publique
16, rue Henri Huchard - 75018
PARIS

Monsieur le Professeur,

Depuis plusieurs années, des « relais régionaux » de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales se sont créés à partir des C.CLIN, dans le but de développer une plus grande proximité entre les structures d'expertise et de coordination, les établissements de santé et les autorités sanitaires locales et régionales. Ces structures régionales se sont constituées en fonction des réalités locales. A ce jour, les différents types d'organisation existant sur le territoire national et leur mode de constitution n'ont pas été décrits.

Afin de définir des orientations nationales en matière de régionalisation de la lutte contre les infections nosocomiales (adaptation du cadre réglementaire et financement), le ministère souhaite disposer d'éléments descriptifs et analytiques du niveau régional de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales. Il souhaite également connaître l'accessibilité et la disponibilité de cet échelon pour les établissements de santé.

En vous basant sur une enquête menée auprès des cinq C.CLIN, des relais régionaux, ainsi que des ARH, DRASS, DDASS et d'établissements de santé, nous souhaitons que vous réalisiez un état des lieux de la régionalisation de la lutte contre les infections nosocomiales et une étude de la perception du niveau régional par les établissements de santé, afin de dégager des propositions pour le ministère en termes de modes d'organisation pertinents.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de notre considération distinguée.

Signatures : Martine LE QUELLEC-NATHAN et Marie-Claude MAREL

Découpage territorial des CCLIN



© Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2000 - IGN 1998

DHOS-01

Ville	Ville siège de CHU où est implanté le CCLIN
Ville	Ville siège de CHU ou CHR
Secteur	Secteur de rattachement

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

L'HISTOIRE ET LE CONTEXTE

LES ANTENNES REGIONALES ET LEURS QUESTIONS

L'AVENIR

**RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE
REALISEE AUPRES DES COORDINATIONS REGIONALES**

**RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE
REALISEE AUPRES DES ETABLISSEMENTS**

INTRODUCTION

L'extrême diversité des situations a conduit notre équipe à faire beaucoup plus de visites sur le « terrain » que prévu à l'origine.

*Partout, nous avons été très bien accueillis.
Que tous soient ici remerciés pour leur disponibilité.*

La démarche suivie

À la demande du Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé et Direction de l'Hospitalisation et de L'Organisation des Soins) une équipe, réunie autour du Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine Xavier Bichat, propose les éléments d'une analyse de l'organisation régionale de la lutte contre les infections nosocomiales.

Les objectifs de la commande se résument initialement à deux axes complémentaires :

- Réaliser une description des organisations régionales de lutte contre les infections nosocomiales,
- Mesurer l'intérêt de cet échelon régional pour les établissements, en termes d'accessibilité, de disponibilité et de coordination des actions,

Très vite, sur notre suggestion, une troisième intention est venue compléter les précédentes :

- Analyser l'organisation régionale actuelle pour proposer des repères d'évolution.

Sur la base de ces objectifs, le programme d'étude retenu associe trois étapes :

- La première à destination des structures régionales
- Une seconde à destination des établissements
- La dernière consacrée à l'analyse du système institutionnel

La première étape de l'étude s'est déroulée entre mai et octobre 2003.

Elle a d'abord consisté en une phase exploratoire auprès des cinq C-CLIN, dans le dessein d'identifier les coordinateurs régionaux. Une enquête a ensuite été réalisée sur la base de 25 coordinations régionales « potentiellement » existantes (Île de la Réunion exclue). La méthode utilisée comprenait différentes facettes : questionnaires, étude de documents, entretiens téléphoniques et visites sur sites.

Pour identifier les organisations régionales existantes, un questionnaire de deux pages a été adressé aux C-CLIN. Un questionnaire de 16 pages concernant les activités des antennes régionales a ensuite été envoyé à chaque responsable de région identifié.

Le recueil d'informations concerne principalement les actions de coordination (surveillances notamment) des relais régionaux, les actions d'expertise, les actions de formation à l'échelle

régionale. Ce recueil concerne aussi les actions destinées à encourager et favoriser la déclaration des infections nosocomiales, la participation aux réunions de CLIN des établissements, l'implication dans le développement d'unités d'hygiène inter-établissements, etc. Après retour des questionnaires, des entretiens téléphoniques avec chaque coordinateur régional ont permis d'affiner les réponses apportées.

Au-delà du recueil d'information par questionnaire, le protocole initial prévoyait la visite d'une antenne régionale par inter région C-CLIN. C'est en fait au moins deux antennes régionales, et souvent trois ou plus qui ont fait l'objet d'un déplacement (ou tout au moins d'une rencontre avec le responsable). Chaque C-CLIN a fait l'objet d'une visite.

Au cours des visites, une présentation des intervenants, des locaux et des moyens du C-CLIN et-ou de l'antenne régionale, était souvent organisée. La collecte des informations reposait sur des interviews collectifs et individuels « thématiques » guidés par les réponses aux questionnaires retournés par les responsables des antennes régionales sur le fonctionnement et les activités, par des enjeux soulevés lors de visites précédentes d'autres sites, par des rapports d'activités de l'antenne régionale et-ou du C-CLIN. Dans la mesure du possible, ces visites étaient complétées par des rencontres avec les partenaires institutionnels de la région préalablement identifiés : responsables de réseaux, équipes du CHU, services de la DRASS et ARH en particulier.

La deuxième étape de l'étude a eu lieu entre septembre 2003 et avril 2004

Il s'agit d'une enquête descriptive réalisée sur un échantillon de 403 établissements représentatif de l'ensemble des établissements de santé français. Elle avait pour intention de mesurer les connaissances et recueillir les opinions des responsables de la lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé, sur les structures régionales. Les réponses apportées doivent permettre d'identifier les besoins et les attentes des établissements de santé dans leur lutte contre les infections nosocomiales.

Cette enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé au Directeur d'établissement, destiné à des informateurs-clés de chaque établissement, c'est-à-dire le Président du CLIN, l'équipe opérationnelle d'hygiène et le Directeur de l'établissement. Comme dans l'étape précédente, la méthode a été élaborée en étroite partenariat avec la cellule infection nosocomiale de la DGS / DHOS. Pour obtenir un taux de participation voisin de 80 %, trois envois à un mois d'intervalle ont été nécessaires, tous gérés par le Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine Xavier Bichat, à partir de la mise à disposition du fichier des établissements de santé par le Ministère de la Santé.

Le recueil d'information a cherché à préciser les connaissances portant sur les structures de rattachement de la coordination régionale (CHU, ARH, DRASS, C-CLIN, etc.), l'identité du coordonnateur régional, les différentes actions réalisées par la coordination telles que conception et accompagnement de projets d'intérêt régional, aide méthodologique pour un travail interne à l'établissement, formation de personnels, interventions ponctuelles dans certaines situations épidémiques, etc. Ce peut être encore les attentes sur l'existence éventuelle d'une procédure de saisie de la coordination régionale par un établissement, ou sur la participation de l'établissement à un projet mis en place par la coordination régionale. La réalisation de cette étude a constitué une opportunité pour chaque établissement de santé de donner son avis sur les structures régionales et inter régionales, leur apport local et d'identifier les problèmes pour lesquels il faudrait apporter une aide.

La troisième étape de l'étude s'est déroulée entre octobre 2003 et avril 2004

Il s'agit d'une démarche d'évaluation institutionnelle des structures régionales de lutte contre les Infections Nosocomiales. Cette évaluation a été conduite sur un mode participatif. Elle cherche à montrer ce qui s'est fait et comment cela est arrivé. Elle décrit les relations institutionnelles, formelles ou informelles, qui se sont construites, non seulement à l'intérieur du système (local, régional et national) des CLIN, mais aussi l'évolution de ces relations et pratiques avec l'apparition de nouveaux objectifs et partenaires institutionnels (Etat et ses services, Agences). Elle propose quelques axes d'une réorganisation ou d'une évolution du fonctionnement des instances responsables de la lutte contre les infections nosocomiales (au plan régional). *Cinq grands thèmes ont été abordés :*

L'histoire

C'est souvent dans la genèse des institutions et des organisations qu'il faut chercher l'explication de leur mode présent, de leur structure et de leur fonctionnement. La lutte contre les infections nosocomiales est initialement portée par les hôpitaux et par de nombreuses structures associatives. Elle est maintenant associée au développement des responsabilités et des missions de la DGS, de la DHOS et de certaines Agences.

L'histoire de la "nosocomie" est ainsi marquée par les logiques et points de vue de quatre mondes complémentaires mais différents : celui de la recherche hospitalo-universitaire ; celui des patients, usagers ou consommateurs regroupés en association ; celui de l'Etat régulateur ; et celui de des agences « vigilantes ».

Les origines de chaque structure seront relues à travers le cadre institutionnel, en recherchant comment des facteurs locaux, et en particulier des personnes, les événements épidémiologiques, les enjeux de sécurité sanitaire et de responsabilité, ont imprimé une trace sur les modes de fonctionnements actuels en privilégiant une logique plutôt qu'une autre. La finalité de l'exercice est de décrire quelques types marquants d'organisation et d'en montrer le sens et l'origine afin d'en tirer des enseignements pour l'avenir.

L'interview au niveau inter-régional et régional est l'instrument de cette approche.

Le fonctionnement, les modes d'organisation, et les logiques d'emploi.

Cette approche se propose d'abord de décrire les types de prestations offertes et de les comparer d'une région à l'autre, en tentant d'expliquer les différences par les modes organisationnels propres à chacune. Elle analyse ensuite les règles interactives qui se sont installées entre les acteurs, et qui définissent des champs d'action et des rôles des instances régionales vis à vis des établissements de santé sous leur juridiction. Elle porte une attention particulière aux services rendus entre institutions (chacun est client d'un autre), mais aussi à des aspects collatéraux, qui peuvent être source de mal-fonctionnement ou de déviations.

Cette partie de l'étude tend à dégager les lignes de force repérables à travers les diversités. Elle suppose, pour sa partie fonctionnelle, qu'aient été appréhendées, autant que possible, les relations souvent implicites entre les partenaires, de l'unité d'hygiène hospitalière (quelle que soit sa dénomination) aux tutelles. Cette approche met l'accent sur la diversité, plus que sur

les similitudes. Les extrêmes sont en effet particulièrement importants à observer puisqu'ils éclairent fortement les tendances qui ont abouti à un mode de fonctionnement ou à un autre.

Plusieurs outils permettent de cerner cette question, et au premier plan la lecture et l'analyse des rapports d'activité, et des interviews guidées par thèmes. L'étude des logiques d'emploi comme traceur/indicateur des modes organisationnels et des relations avec l'environnement local et régional. Savoir qui emploie qui, qui note qui, où sont les réserves de savoir faire, etc. éclaire parfois d'un jour singulier la vie locale et les structures professionnelles.

Les perceptions des CLIN et des unités d'hygiène

Outre leur appréciation globale du fonctionnement des instances régionales et de la façon dont les services leur sont éventuellement rendus, il s'agit d'évaluer leur degré de satisfaction ou d'insatisfaction, de leurs attentes et de leurs recours à ces instances.

Lorsque ce sera possible, on distinguera les relations du CLIN avec les structures régionales, de celles de l'unité (ou service) d'hygiène hospitalière en tant qu'élément d'action avec ces mêmes instances. On pourra ainsi mettre en parallèle les composantes relevant de l'approche stratégique des établissements vis à vis des infections nosocomiales (le rôle du CLIN), et celles relevant de l'approche opérationnelle et de mise en œuvre (le rôle de l'unité d'hygiène), et juger par là de l'implication des structures régionales dans ces deux champs distincts.

L'intention est d'étudier les situations dans lesquelles plusieurs niveaux peuvent se confondre, ou une appartenance (hospitalo-universitaire par exemple) être dominante, etc., et d'en étudier l'impact sur le fonctionnement de l'unité opérationnelle. Où ont lieu les fusions régional - inter-régional ? Le comportement, les services, les thèmes de travail, etc., sont-ils comparables entre un C-CLIN ayant absorbé l'activité régionale et une instance régionale autonome ? ... sont des questions qu'on ne peut éluder avant de les avoir posées. On pourra ainsi illustrer certains aspects de l'activité quotidienne des structures régionales. Il ne s'agit en aucun cas de décentrer l'étude vers le niveau périphérique

Ce sont surtout les visites de quelques établissements qui apportent les éléments les plus significatifs ; le point de vue d'un directeur, de la DSSI ou d'un président de CME/CMC, d'un pharmacien, d'un bactériologiste peut être instructif sur les relations institutionnelles. Le choix des établissements est guidé par les informations recueillies aux niveaux inter-régional et régional ; il s'agit d'un choix d'investigation complémentaire susceptible d'éclairer tel ou tel aspect des fonctionnements possibles.

Les relations inter-institutionnelles. Les logiques réglementaires ou contractuelles.

C'est l'élément majeur et le plus questionnant de l'évolution de ces dernières années. La dynamique volontariste initiée par les équipes hospitalières, a dû s'ajuster au fil des années aux missions progressivement données aux Agences (ARH, AFSSAPS et INVS en tout premier lieu) et aux responsabilités confiées aux services déconcentrés du Ministère de la Santé sur des domaines voisins de sécurité sanitaire.

Les trois dynamiques (CHU et Inter-région ; DRASS, ARH et DDASS ; AFSSAPS et INVS) sont maintenant pragmatiquement combinées en des synergies efficaces ou sont à l'inverse en

situation de conflits d'intérêt, au point de questionner les fondements de l'organisation initiale.

Les logiques (et dossiers) réglementaires ou contractuelles sont le fil conducteur des analyses, et des rencontres de responsables institutionnels tant au niveau national que régional (voire local).

Les choix stratégiques. Les flux de financement,

Chaque institution s'adapte à ses financements et oriente ses choix en fonction de leurs origines et des exigences qui y sont liées. L'étude des flux de financement est instructive pour comparer les intentions aux faits. Elle révèle également les priorités réelles et les relations privilégiées qui peuvent s'établir entre les institutions. Les facteurs implicites au noms desquels on distribue les moyens varient d'une institution bailleuse de fonds à l'autre et d'un contexte à l'autre. Ils ont un impact fort sur les choix stratégiques.

L'étude fera donc l'inventaire des sources de financement et des actions entreprises avec ces fonds. Une mise en perspective tentera d'en dégager le sens en termes de choix stratégiques régionaux s'il en existe, et de compliance institutionnelle.

In fine, l'extrême diversité des situations a conduit notre équipe à faire beaucoup plus de visites sur le « terrain » que prévu à l'origine. L'approche institutionnelle régionale s'est développée de manière synchrone avec les étapes de recueil des informations par questionnaire. Elle permet de :

- décrire les modes de fonctionnement des instances régionales de la lutte contre les infections nosocomiales et en dresser une typologie ;
- identifier les facteurs explicites et implicites ayant conduit à ces organisations et repérer les facteurs ayant un impact sur les actions et éventuellement sur les résultats ;
- questionner la pertinence des institutions et de leurs relations ;
- faire des propositions de réorganisation dans une optique d'optimisation de l'usage des ressources et des énergies.

Les personnes rencontrées sont de responsabilités variées : président/directeur, médecin coordinateur et cadre de santé de C-CLIN, médecin/pharmacien et cadre hygiéniste de coordination régionale, médecin de DRASS, CIRE, URCAM, CRAM et ARH, PU-PH santé publique, maladies infectieuses ou bactériologie de CHU, président de CLIN (en particulier établissement privé), etc ...

L'HISTOIRE ET LE CONTEXTE

Les trois phases de développement « conceptuel », selon le temps chronologique :

1. *Le temps de la surveillance* : Nosocomial et hôpital, Réseaux et RAISIN, INVS
2. *Le temps de la qualité* : Qualité, hôpital et accréditation, ARH et SROS, ANAES
3. *Le temps des vigilances* : Sécurité, Vigilances, DRASS, AFSSAPS
... *Et le temps des rapports* ...

La fin des années 80 est marquée par le formidable essor des politiques de surveillance et de prévention des infections nosocomiales. Ce développement s'est construit année après année à partir des premières enquêtes de prévalence, avec les 100 recommandations, en prenant successivement appui sur les CLINs créés en 1988, des C-CLINs créés en 1992, et le CTIN. Ce mouvement (analogue à celui qui se développe dans divers pays d'Europe) a pris ses marques et ses repères sur les conséquences négatives des actes de soins, l'histoire de l'hôpital et celle des professionnels, médecins et infirmières, qui se forment et se spécialisent. L'approche épidémiologique vient à la rencontre de l'expertise et des savoir-faire en infectiologie, bactériologie et pharmacie. Les années 92 à 95 se caractérisent par l'explosion des activités des réseaux (l'ARECLIN dans le Nord en est un exemple célèbre parmi d'autres), souvent nés antérieurement à cette période. C'est bien plus tard, à la fin des années 1990, que ce mouvement sera en partie apprivoisé par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) par l'intermédiaire du RAISIN. Cet espace devient alors celui de la coordination de programmes nationaux de surveillance, du partage d'expériences et de la répartition des tâches entre les C-CLINs, sous l'œil vigilant des autorités de tutelle. Construit sur l'expérience des établissements et sur une base inter régionale, le devenir de cette organisation est maintenant remis en question avec le développement des missions de l'INVS.

Vers le milieu des années 1990, un autre mouvement, celui de la qualité, vient en soutien du premier. Il prend également son essor dans l'hôpital avec le lancement des démarches d'accréditation des établissements. Un des dix objectifs concerne la lutte contre les infections nosocomiales. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), spécialisée dans la formulation des pratiques de référence de qualité, institutionnalise cette approche. Les années 1992-1996 seront aussi une grande fabrique de normes. La traduction concrète de ces avancées sera soutenue de manière diverse selon les régions, par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et leurs directeurs. Certains d'entre eux, et non des moindres, médecins ou anciens directeurs d'établissements, soutiendront par des financements de nature programmatique, cette volonté exprimée par des réseaux d'établissements, de réduire les infections et d'améliorer la qualité (la réduction de la douleur, en étant un autre exemple). Cette approche par la qualité s'accompagne d'une nouvelle représentation territoriale de l'espace, fondée sur l'organisation régionale du système de soins, et parfois même sous régionale (en renforçant les réseaux inter établissements organisés sur la base de bassins de vie).

C'est **vers la fin des années 1990** qu'une troisième vague, sécuritaire cette fois, vient soulever les deux précédentes. Elle a en fait pris son élan bien plus tôt, dans les enjeux associés à la transfusion sanguine et au sang contaminé (VIH - Hépatite) ; elle s'est renforcée avec l'épidémie d'origine alimentaire (ESB). Elle a pour fondement l'amélioration de la sécurité des pratiques de soins, autant que celle des situations alimentaires (AFSSA) ou environnementales (AFSE). C'est le développement de la vigilance, avec en particulier la traçabilité des effets des produits et dispositifs médicaux. Le champ des infections

nosocomiales et des pratiques de qualité laisse place à une approche de gestion des risques associés aux soins et de prévention des conséquences iatrogènes. D'autres agences deviennent, ou sont susceptibles, de devenir parties prenantes de cet axe de travail, au premier rang desquelles le réseau des institutions de pharmacovigilance et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Après les hôpitaux et les ARH, ce sont les DRASS qui se voient investies de nouvelles responsabilités, recrutent du personnel autant au titre d'endémies alimentaires (lesquelles finalement resteront discrètes) que de la prévention d'activités terroristes (Biotox). Ce sera le développement des Cellules Inter Régionales d'Epidémiologie (CIRE), outils de surveillance et d'investigation à vocation première extra hospitalière.

Mais c'est aussi, sur le terrain, le temps de la solitude : L'INVS norme la surveillance ; la DGS norme la prévention. Le normatif est relatif à la responsabilité de l'Etat et laisse le praticien seul face à la prévention du risque. La période actuelle, résultat de cette évolution, est marquée par le déséquilibre entre le temps des rapports et le temps de l'action, entre la surveillance et la prévention, entre l'ordinateur et le terrain. Le regard de l'hygiéniste n'est pas le regard de l'épidémiologiste. On gagne en visibilité ; on perd en impact.

Se poser la question de l'évolution des systèmes régionaux de surveillance et de prévention des infections nosocomiales, c'est finalement analyser la situation actuelle au regard de ces trois « strates » évolutives. C'est repérer, au-delà des schémas théoriques, où nous en sommes dans la réalité concrète de la vie des établissements. C'est situer les faits observés dans un environnement qui a énormément changé au cours de ces quinze dernières années.

C'est précisément l'objet des informations collectées à l'occasion de cette mission et synthétisées ici.

L'histoire des réseaux informels

Dès 1992, et même avant, à l'initiative de spécialistes hospitaliers (Maladies Infectieuses et surtout microbiologie ...), des réseaux d'établissements se sont formés autour des CHU. Selon les régions, des présidents de CLIN ont pris l'initiative d'une réflexion sur les actions collectives susceptibles d'être menées, comme la réalisation d'un annuaire régional des CLINs, ou la mise en place d'actions de formation, ou la réalisation d'enquêtes et d'activités de surveillance. La création de ces réseaux a souvent précédé celle des C.CLINs.

Elle a parfois été initiée et encouragée par les DRASS. À leur origine, ces réseaux n'avaient pas de définition claire de leur bassin géographique d'intervention, de leurs missions, et de leurs activités. Dès leur création, les C.CLINs ont eu pour interlocuteur ces groupes porteurs de projets, déjà impliqués dans tel ou tel aspect de la surveillance des infections nosocomiales (enquêtes de prévalence, suivi des bactériémies, ...), ou dans la réalisation d'actions de formation inter établissements. Depuis la création des C.CLINs, certains de ces réseaux se sont renforcés en recrutant médecins, pharmaciens, infirmiers spécialisés en hygiène et épidémiologie hospitalière. Ces réseaux sont le plus souvent coordonnés par des praticiens hospitaliers hygiénistes.

A titre d'exemple, nous pouvons citer le Réseau d'investigation et de prévention des infections nosocomiales (RIPIN) pour la région grenobloise et le sud de l'Isère, le Comité d'Auvergne de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CALIN), le réseau Régional d'hygiène hospitalière de Basse-Normandie, le Relais régional des établissements de l'Ouest (RRESO), l'Association des pays de Loire pour l'Éviction des Infections Nosocomiales (APLEIN), le Relais Régional d'Hygiène du Centre, etc.

La situation est parfois d'autant plus complexe, qu'il existe plusieurs réseaux inter-établissements dans un même espace géographique.

Par la volonté de certaines ARH, certains de ces réseaux sont maintenant « inscrits dans le marbre », et institutionnalisés en territoires sous-régionaux ; cette situation est particulièrement observable dans l'inter région Ouest.

Certains réseaux sont toujours très actifs et fonctionnent de façon autonome. Leur assise « sous-régionale », soutenue par les ARH, est structurante des territoires, secteurs sanitaires ou bassins de vie ...

La genèse des C-CLINs et des antennes régionales

La situation est variable, selon les inter régions, et schématiquement toutes les formes existent entre :

- A l'Ouest une vie sous régionale en développement, sur la base de secteurs sanitaires
- A l'Est une vie régionale dominante
- Au Nord des dynamiques régionales divergentes
- Au Sud-Est une vie inter régionale exclusive
- Au Sud-Ouest une valorisation équilibrée des atouts complémentaires de l'inter région et de la région.

1-

Au Sud Ouest, l'organisation régionale s'est faite d'emblée, dès le début des années 1990 et de façon parallèle au développement de l'inter région. La création de forums inter-régionaux, le soutien bienveillant du CHU d'accueil, avec l'existence de longue date d'une unité d'hygiène solide ont servi de point d'appui. La sélection initiale de cadres, infirmiers coordonnateurs régionaux issus à l'origine des CHU de chaque région, ont soutenu ce développement. Le modèle d'organisation habituel aux médecins et cadres hospitaliers sert « implicitement » de référence.

2-

À l'inverse, dans le Sud Est des antennes régionales sont en création ou encore à créer au début des années 2000 ; pendant longtemps le C.CLIN n'a pas jugé pertinente la création de ce type de structure. La création de réseaux régionaux, des attentes régionales de plus en plus fortes d'une aide de proximité, et les difficultés à apporter sur site des réponses à des demandes d'interventions de plus en plus nombreuses, ont souligné l'importance d'une structuration régionale. L'incitation du Ministère de la Santé à la création d'un niveau régional de lutte contre les infections nosocomiales, le soutien de l'ARH et de la DRASS lors de la préparation des SROS ont été une opportunité pour mettre en place des antennes régionales.

Entre ces deux situations extrêmes, plusieurs formes intermédiaires existent. Des réseaux sont parfois très structurés et autonomes avec une base culturelle et géographique établie de longue date ... Autant de facteurs d'indépendance à l'égard de la nouvelle autorité inter régionale.

3-

Le Nord-Pas-de-Calais est une région relativement homogène humainement, culturellement, et (dans sa précarité ...) économiquement. Plus naturellement tournée vers le Nord que vers Paris, elle a créé ses propres réseaux de surveillance pour répondre à ses problématiques locales : réseaux d'infirmières, réseaux d'hygiénistes, réseaux de pharmaciens pour observer la consommation des antibiotiques, ... Ces réseaux, constitués en Loi de 1901, ont une dimension régionale et identitaire forte.

L'adhésion, lors de la création du C-CLIN Paris-Nord, aux problématiques « AP-HP centrées » n'ira pas de soi. La création d'un poste de Directeur Adjoint régional sera un moyen de rapprocher les préoccupations locales des orientations et stratégies du C-CLIN. Il en résultera une moindre mobilisation régionale, d'autant que s'y ajoute un épuisement des acteurs. Cette situation aboutira, *de facto*, à une baisse de l'activité du réseau historique ARECLIN. Pratiquement, cette association soulève toujours question ; cette situation mériterait d'être reconsidérée.

4-

La situation de l'Est est particulièrement démonstrative d'une dynamique régionale forte, construite sur la base de réseaux inter-établissement ou de secteur qui ont fait leur trace de longue date. Les revendications régionales d'autonomie sont fortes, d'autant plus fortes qu'elles sont le plus souvent construites sur une expertise de qualité ; les difficultés de gestion rencontrées avec le CHU ont fait le reste en réduisant la vie du C.CLIN à la plus simple expression au plan des possibilités techniques.

5-

A l'Ouest, la encore la dynamique régionale est forte, bien que variable d'une région à l'autre. La défense collective des moyens hospitaliers est le principal espace laissé à la dynamique inter régionale. C'est la seule inter région possédant une stratégie et une pratique méthodique de recherche de ressources auprès des ARH au profit des réseaux sous régionaux d'établissement. Cet investissement permet de développer la dynamique de surveillance des infections nosocomiales sur la base de secteurs ou bassins de vie.

L'évolution des C-CLINs sera marquée par le contexte régional d'insertion : Les coordinations inter-régionales confrontées à des institutions régionales fortes mettront en place rapidement des antennes régionales (Est et Ouest). Les autres resteront centralisées autour d'un « patron » (Sud-Est, Paris-Nord, Sud-Ouest) Les forces d'autonomie régionale sont plus que jamais à l'œuvre ...

Une histoire récurrente de positionnement des disciplines « universitaires » Santé publique, Microbiologie, Maladies infectieuses, Réanimateurs et maintenant Pharmacie.

Au-delà de la Santé Publique, et en particulier de l'Epidémiologie, l'histoire de l'Infectiologie, et surtout celle des microbiologistes, est sous jacente aux structurations initiales. C'est par exemple l'histoire de l'alliance-mésalliance entre Santé Publique et Infectiologie en région Rhône-Alpes et dans la région Paris-Nord ; de la Microbiologie au retour du CDC dans l'Ouest. C'est surtout celle des réanimateurs issus de l'école du Professeur Maurice RAPIN, préoccupés de l'usage adapté des antibiotiques.

La volonté initiale des concepteurs du programme de prévention des I.N. est de rester à distance des CHU. C'est un argument de plus pour établir une base inter-régionale, par opposition à une organisation régionale qui aurait été naturellement pilotée par les équipes du CHU. L'évolution actuelle des antennes régionales et leurs relations plus ou moins houleuses avec les CHU valide *a posteriori* cette crainte. L'inter-région sera aussi un moyen d'établir, là où il n'y en a pas, un domaine pour la Santé Publique, taillé dans les zones d'influence des équipes d'infectiologie ou de bactériologie. Tâche difficile qui nécessitera des concessions et des partages, ou des mariages de raison.

La ligne stratégique des C-CLINs est ainsi loin d'être univoque entre les régions d'une inter-région lorsqu'existent des pôles universitaires régionaux dominants, sauf à être portée par une personnalité centralisatrice (et plus ou moins fédératrice) forte. La régionalisation voulue par le Ministère de la Santé donne au CHU l'occasion de reprendre un certain leadership. On observe ainsi une montée en ligne des infectiologues avec l'émergence d'un débat : La question des Infections Nosocomiales est-elle un problème universitaire ou d'organisation hospitalière ?

D'un strict point de vue fonctionnel, le service de microbiologie du CHU est souvent un bon soutien pour l'antenne régionale. L'exemple le plus clair en est (en a été) le laboratoire de Strasbourg. Selon les régions, ces laboratoires apportent à des degrés divers, moyens humains, locaux, budget, support logistique, et surtout possibilités de saisir des opportunités en termes de production de connaissance, et de soutien à l'organisation de colloques.

L'association de cultures différentes fait finalement la force de ce système. La diversité des modèles doit être préservée, pour peu que les ententes soient dynamiques et non stérilisantes. La Santé Publique revendique le questionnement du sens, de la pertinence, et plus généralement de l'analyse des causes et des solutions. L'investissement du domaine nosocomial lui a fourni l'insertion hospitalière qui lui faisait défaut. L'épidémiologie apporte sa méthodologie et une structuration des problématiques, soutenue en ce sens par le développement de « l'école de pensée du CDC à Veyrier du Lac ». La bactériologie est là dans son domaine d'investigation et de compétence, proche du « terrain », rappelant les fondamentaux des pratiques traditionnelles (toujours plus actuelles) hygiénistes. L'infectiologie, spécialité qui a pratiquement disparu du milieu hospitalier, apporte une pratique des réseaux, avec d'autant plus de disponibilité que la spécialité se libère du SIDA qui occupait toutes ses ressources dans les années pendant lesquelles les C-CLIN et CLIN se sont organisés.

Avec le développement des démarches qualité et de la sécurité sanitaire, de nouveaux intervenants montent en ligne ; les pharmaciens historiquement formés aux différentes facettes de la biologie, sont maintenant formés, pour partie d'entre eux, aux approches de santé publique et de gestion des risques ; trois sur quatre des coordinateurs régionaux dans le sud ouest sont des pharmaciens d'origine. Ils connaissent mieux que d'autres les procédures d'assurance qualité et les pratiques de traçabilité.

Au-delà de ce qui pourrait apparaître n'être qu'une répartition des tâches, se pose la question, non résolue et source des discordes, de la légitimité des uns et des autres à porter le projet, et à l'aborder avec sa propre clé de lecture dont dépendent les moyens mis en œuvre. Les exigences de qualité et de sécurité sanitaire favorisent la venue de nouveaux métiers et de nouvelles compétences. Il est important de repérer l'apport spécifique de chacune des cultures qui gravitent autour des Infections Nosocomiales et de favoriser les croisements dynamiques.

Les styles de Leadership :

- Leadership de type entrepreneur
- Leadership de type hospitalier
- Leadership gestionnaire
- Leadership universitaire
- Leadership technologique

Cinq inter régions conduites par cinq personnalités marquées, aux profils techniques et psychologiques fort différents ; cinq territoires avec leurs « écoles », leurs zones d'influence, et leurs enjeux de pouvoir ; cinq configurations socioculturelles liées à leurs histoires et leurs terroirs ; ce sont là les ingrédients qui ont donné lieu à des modes organisationnels ayant chacun leurs caractéristiques qu'on peut résumer en cinq modèles typologiques¹.

1 - Le modèle « entreprise »

Une cohésion et une cohérence portées par le « patron » ;

- Un encadrement piloté directement depuis le C-CLIN comportant des contacts fréquents, voire quotidiens, et des réunions régulières. Une centralisation de la génération et de la répartition des ressources.
- Une organisation postérieure des antennes régionales, sur un mode contractuel qui place l'antenne régionale sous l'autorité directe du directeur du C-CLIN avec un cahier des charges précis. Une gestion par projet sur un programme annuel comportant une méthodologie écrite et validée et des bilans d'avancement.

Le développement et l'optimisation des interventions de proximité (projets intra régionaux)

- Organisation sous la responsabilité du C.CLIN d'audits, de visites in situ, de formations et d'interventions sur le terrain, à la demande des établissements ou des tutelles.
- Animation d'un réseau régional d'infirmières hygiénistes ou de professionnels en fonction des actions menées auprès des établissements (pharmacies à usage interne, laboratoires, médecine du travail...). Relais pour la diffusion des recommandations et de l'assistance technique pour les CLINs et les Equipes Opérationnelles d'Hygiène.

Une démultiplication à l'échelon régional des actions du C.CLIN (projets inter régionaux)

- Aide régionale à la coordination d'audits ou d'enquêtes multicentriques menées sur l'inter région. Aide à l'investigation sous la responsabilité du C.CLIN, auprès des établissements à leur demande ou à celle des tutelles. Aide à la mise en place des indicateurs de surveillance dans les établissements (prévalence, incidence, réseaux ...).
- Participation à la diffusion de l'information (gestion des annuaires, mailing...), à la rédaction d'outils de liaison (bulletin, recommandations...) et à la gestion de formations régionales. Réalisation de l'analyse annuelle des rapports d'activité des CLINs.

¹ Pour chaque "modèle", est résumé ici leurs traits caractéristiques les plus forts. Cela ne signifie pas qu'ils en sont un caractère exclusif et qu'on ne les retrouve pas dans les autres modèles.

2 - Le modèle « hospitalier »

Une cohésion extrêmement forte entre le C-CLIN et les régions.

- Une équipe centrale de coordination très forte, avec un cadre coordonnateur par région ; une constitution à partir d'entités régionales pré-existante, une forte cohésion et dynamique interrégionale. De très bonnes relations avec les CHU (une activité « bénévole » des praticiens en hygiène des CHU, avec les coordinations régionales).
- Des activités des coordinations régionales essentiellement axées sur l'animation des réseaux de professionnels (présidents de CLIN, infirmiers hygiénistes...), la formation, l'expertise et le conseil. Des journées scientifiques des différents réseaux, qui tournent entre les principales villes de l'inter région.
- Une cohésion apportée par des réunions mensuelles de tous les intervenants, sur la base de trois instances : Comité directeur (rôle de politique générale, budget...); Conseil d'orientation (missions techniques, validation des documents produits et des orientations...); Assemblée générale (regroupe les professionnels de l'ensemble des établissements de l'inter région : infirmiers et praticiens hygiénistes, pharmaciens, présidents de CLIN, microbiologistes ; élit certains membres du comité directeur et du conseil d'orientation).

Une manière de travailler

- Une autonomie réelle des régions : formations, animation des réseaux d'infirmiers hygiénistes et expertise technique sur demande. Une mobilisation des ressources et compétences différentes selon les régions.
- Les idées développées dans une région sont systématiquement reprises dans les autres (site Internet piloté dans une région, programme de surveillance initié dans une autre). Chaque thème de travail est choisi au niveau du C-CLIN (Comités ou AG) est pris en charge de A à Z par une région (1 par an) : l'animation des groupes de travail pour l'élaboration ou la mise à jour de recommandations (guides), et audit de pratique l'année suivante, organisé par la même région.

3 - Le modèle « gestionnaire ».

L'inter région tire sa force de la fonction fédérative.

- Un modèle développé comme une réponse nécessaire à des contextes et des forces relatives qui diffèrent grandement d'une région à une autre. Face à des forces centrifuges puissantes, c'est la construction de capacités de lobbying "pour les autres" auprès des ARH. La fonction est ici de maintenir l'unité par la quête des moyens dont chacun a besoin.
- Une architecture « managériale », avec une dynamique de force décroissante entre l'inter région appuyée sur le CHU, la région appuyée sur l'ARH, les « pays » appuyés sur des réseaux historiques, et les secteurs.

Trois configurations correspondent à trois régions différentes

- Dans une région : l'ARH n'a jamais envisagé de coordination régionale. Elle est assumée par les CHU et par les établissements.
- Dans une autre, la coordination est fondée sur les réseaux. Ils ont une base géographique et culturelle historique : les « pays ». Ce sont des réseaux fortement structurés et actifs, qui génèrent des ressources supérieures aux possibilités du CCLIN.
- Dans une troisième : l'ARH est le moteur de la coordination régionale. Il n'est pas anodin de noter que cette ARH était dirigée par un médecin, lors de sa création.

4 - Le modèle « universitaire »

L'inter région tire sa force d'une dynamique universitaire originale

- Les journées annuelles accueillent de 600 et 800 personnes ; elles sont uniques en leur genre. Elles sont un lieu de rencontres et d'échanges apprécié. Elles sont l'élément fondateur de la dynamique de cette inter région.
- L'équipe universitaire dispose d'un laboratoire propre, permettant de réaliser études, investigations et enquêtes de manière autonome sans avoir à mobiliser les équipes des laboratoires hospitaliers du CHU. Ce laboratoire peut en particulier conduire des investigations dans l'environnement ; Les résultats des études alimentent en communications innovantes un colloque annuel organisé par l'équipe universitaire ; Ces travaux viennent en complément de ceux réalisés par les équipes de l'inter région ou des experts nationaux

5 - Le modèle « technologique »

L'inter région tire sa dynamique de la qualité méthodologique des travaux effectués

- Les démarches épidémiologiques engagées font référence, qu'il s'agisse des programmes de surveillance ou qu'il s'agisse des investigations lors d'épidémie. Cette expertise épidémiologique complète celle de l'AP-HP plus ciblée sur l'approche du terrain hospitalier. Elle est fondatrice de publications de qualité
- Les développements de cette expertise structure les partenariats construits avec l'INVS dans le cadre des activités du RAISIN. C'est dans ce réseau construit entre les C.CLIN que les convergences peuvent se construire en termes de système de surveillance, d'harmonisation de collecte de données et d'analyses. C'est dans ce contexte « pragmatique » que se développe le rôle national de l'INVS.

Il n'existe pas de modèle univoque d'organisation et de leadership au niveau inter-régional. Chaque C-CLIN a été marqué par la personnalité présente à son origine, et surtout par la réponse donnée à un contexte préexistant. Dans tous les cas, et chacun avec ses moyens et son mode de "gouvernance", l'objectif était de maintenir ensemble des éléments disparates dans leurs comportements, leurs exercices et leurs cultures. Au delà de la diversité des expressions, la surveillance des infections nosocomiales a pris son essor.

Et pourtant une question se pose : quels seront les « leaders » de demain ? la trace a été faite par des personnalités issues de l'espace « santé publique » des CHU. La relève n'apparaît pas à l'évidence au regard des choix effectués par cette discipline. La période future sera plus fonction de l'émergence de nouvelles compétences, que fondée sur le maintien des territoires actuels.

LES ANTENNES REGIONALES ET LEURS QUESTIONS

Les modalités d'organisation et d'action des antennes régionales

Lors de leur création, les C.CLIN représentaient, pour un bon nombre d'établissements de santé, les seuls correspondants possibles. Les C.CLIN se sont d'abord et avant tout appuyés sur les Présidents de CLIN. De manière complémentaire, le fonctionnement des antennes régionales vise surtout à aider les hygiénistes (praticiens, pharmaciens, infirmiers) qui constituent les forces vives les plus stables dans la région et les établissements.

Le fonctionnement régional repose le plus souvent sur une équipe de quelques personnes parmi lesquelles : un praticien (médecin ou pharmacien) hospitalier (coordinateur), une infirmière hygiéniste, une secrétaire à mi-temps ou temps plein. Il peut s'y adjoindre, plus rarement, d'autres profils (pharmacien, ...). Quand les personnels sont à temps-partiel, ils complètent souvent leur activité par des rôles ou des responsabilités dans le service d'hygiène du CHU.

La stabilité de cette équipe est parfois précaire, en raison des incertitudes sur l'avenir de la structure. Quand ce n'est pas déjà le cas, ils souhaitent disposer de postes à temps plein pour un praticien hospitalier en hygiène, pour un cadre infirmier ou une IDE en hygiène, pour une secrétaire. La demande pour un personnel supplémentaire compétent en épidémiologie exprime un besoin croissant et reflète une activité en expansion.

Souvent, le CHU héberge l'antenne dans les locaux attribués à l'unité d'hygiène hospitalière. Mais l'antenne régionale peut aussi être incluse dans un service ou un département plus large qui comprend également la Qualité et l'Accréditation, l'Hémovigilance, la Toxicovigilance et la Gestion des Risques, par exemple. Ces locaux sont parfois partagés avec un réseau inter-établissement. Cette situation permet d'utiliser à titre gracieux les ressources locales et celles de l'unité d'hygiène en particulier : documentation, téléphone, Internet, photocopieuse, courrier ... Elle permet aussi de s'adjoindre des compétences spécifiques selon les besoins.

Mais cette organisation n'est pas forcément très lisible de l'extérieur. L'identité de l'antenne régionale, sa finalité, son accès ne sont pas clairement visibles et compréhensibles. Cette mauvaise lisibilité est probablement liée à une communication insuffisante des tutelles sur les rôles des différentes structures (C-CLIN, Unité d'hygiène hospitalière et Antenne régionale).

Le C.CLIN peut aussi laisser une autonomie à l'antenne pour définir des projets. Les projets ainsi mis en place correspondent à une demande des professionnels des établissements de santé. Une coopération entre antennes existe ; elle peut être soutenue et développée ; L'antenne n'a pas toujours de retour d'information sur les signalements d'infections nosocomiales provenant d'établissements situés autour de son siège ; elle devrait pourtant les recevoir. Des réunions inter-antennes sont organisées à fréquence variable pour favoriser les partages d'expérience. Les antennes incitent les établissements de santé à participer aux projets proposés par le C.CLIN.

Toute la difficulté pour l'antenne régionale est de composer avec des réseaux inter-établissements souvent anciens, structurés, porteurs de projets locaux adaptés aux besoins des établissements, et très réactifs. Cette situation floue semble satisfaire les différentes parties, puisque la situation actuelle dure. Cela permet à chacun de garder ainsi sa zone d'influence mais conduit l'antenne régionale à définir des projets à court terme, sans véritable vision stratégique sur l'ensemble des établissements participant à l'offre de soins dans la région.

Les points forts actuels du fonctionnement des antennes régionales sont le plus souvent la motivation des équipes, le côté novateur des projets, la formation à distance ou sur site, l'autonomie vis-à-vis des autres structures, le développement des systèmes d'information compte tenu de contraintes géographiques spécifiques (relief accidenté et météo défavorable en hiver) ...

Dans certains C-CLIN, les antennes sont invitées à proposer des projets, qui sont soumis à un Comité d'Orientation composé d'experts et de leaders reconnus dans le domaine de l'hygiène hospitalière. Les projets sont retenus en fonction des centres d'intérêt des professionnels. La majorité des projets du C.CLIN sont des projets de surveillance épidémiologique. Les moyens du C.CLIN et de l'antenne sont absorbés par les activités de surveillance-prévention et la formation. Pour certains, la priorité donnée aux activités de surveillance mériterait d'être discuté, en termes d'efficacité et d'efficience dans la lutte contre les infections nosocomiales.

De nombreux professionnels des antennes régionales ne sont pas persuadés de l'utilité actuelle du C.CLIN. Plusieurs CHU n'utilisent pas les services du C.CLIN. Selon leurs points de vue, les moyens pour la lutte contre les infections nosocomiales devraient être affecté à des structures proches des établissements. Il est nécessaire d'accompagner les établissements dans lesquels il n'y a pas de relais par un professionnel compétent en hygiène hospitalière. Le fonctionnement vise à aider surtout les Présidents de CLIN et les infirmières hygiénistes, qui constituent les forces vives dans les établissements ; les praticiens hospitaliers impliqués dans l'hygiène sont en règle peu nombreux. La définition de priorités est actuellement difficile en raison du flou sur les missions, le fonctionnement et le financement de l'antenne. Il s'agit de centrer les activités sur l'appui méthodologique et les activités de conseil pour aider les hygiénistes à organiser leur travail et les accompagner.

La situation actuelle mêle souvent les activités des C.CLINs et celles des antennes régionales. Il reste à définir plus précisément la mission régionale, et un fonctionnement homogène pour toutes les antennes régionales.

La réponse à apporter aux demandes des établissements privés.

Ce sujet, qui touche aussi aux réseaux inter-établissements, est l'objet de multiples questions. Développer des activités pour les établissements privés et répondre à leurs besoins est un point important car ils ne font, en général, pas partie des réseaux inter-établissements. Le risque est donc que certains d'entre eux se marginalisent, en dépit du fait que, depuis décembre 1999, les établissements privés doivent être dotés d'un CLIN, éventuellement partagé avec d'autres établissements. Actuellement, leur demande est faible :

- D'une part ils hésitent à recourir à un service public qui adresse ses rapports aux tutelles, par crainte que l'assistance ne se transforme en sanction. Cette crainte est encore aggravée lorsque les fonctions d'expertise et d'inspection peuvent paraître confondues du fait du contexte institutionnel de quelques régions (participation du coordonnateur à des missions d'inspection de la DRASS, par exemple).
- D'autre part, les nouvelles contraintes imposées aux établissements de santé (vigilances, prévention des risques, qualité, etc.) sanctionnées par la visite d'accréditation ont ouvert un marché d'assistance considérable pour les consultants et bureaux d'étude de dimension loco-régionale. Les Infections Nosocomiales sont un des champs qu'ils ont investi. Tant que la situation reste simple et ne déborde pas des limites de l'établissement, ces intervenants sont une garantie de confidentialité à l'égard des tutelles.

Néanmoins, la demande des établissements privés envers l'expertise du secteur public pourrait rapidement augmenter pour au moins trois raisons :

- Les bureaux d'étude ont des capacités d'investigation et un champ d'intervention limités. Ils interviennent au mieux en amont, au stade des mesures organisationnelles. En cas d'épidémie, ils sont souvent démunis.
- Le savoir faire des équipes régionales commence à être reconnu, en particulier leurs formations pour le personnel hygiéniste.
- Les établissements de long séjour et maisons de retraite sont confrontés au portage de BMR chez certains de leurs résidents. L'hospitalisation de ces patients âgés, pour une raison ou pour une autre, fait apparaître le problème, que les établissements de soins ont appris à repérer dans cette clientèle particulière.

Les établissements privés font-ils partie des cibles d'action naturelles des antennes ? Le mandat des praticiens coordonnateurs n'est pas clair sur ce point, et chacun a sa vision propre de sa mission à cet égard.

L'autre sujet « flou » concerne la facturation des prestations. Les établissements privés, qui payent (parfois cher) les services d'un consultant pour garantir leur indépendance à l'égard du contrôle des tutelles, conçoivent mal qu'une prestation du service public puisse être payante. Conception que bien des acteurs des antennes régionales partagent peu ou prou.

A l'analyse des propos entendus, il semble que la ligne de partage des opinions et des comportements soit l'appréciation, toute subjective, de la limite entre la prestation ou le service qu'il faut assurer, fut-ce gratuitement, et le risque que ces services ne trouvent pas preneur s'ils sont payants ; ou, autrement dit, entre ce qui relève du service rendu à la collectivité et ce qui bénéficie au personnel ou à l'établissement. En pratique, on constate que les interventions de l'équipe régionale lors d'épidémies, ainsi que nombre de formations, sont faites le plus souvent gratuitement.

Il y a peu d'arguments objectifs pour vérifier le bien fondé de ces positions. On sait qui assiste aux formations lorsqu'elles sont gratuites ; on ne sait pas qui ne viendrait pas si elles étaient payantes. Il y a pourtant là une source de financement pour les antennes régionales, d'autant que réaliser des formations uniquement payantes, pourrait en soutenir la qualité et valoriser leur image.

Les établissements privés sont dans le champ de compétence des C-CLINs et, par délégation, dans celui des antennes régionales. Sont ils pour autant des cibles comme les autres dans un programme d'action régional disposant de peu de moyens ? Il conviendrait de clarifier les points concernant la facturation des services pour lever bon nombre d'ambiguïtés.

Le positionnement institutionnel des praticiens hospitaliers et des équipes de coordination régionale

- Dans les établissements hospitaliers = « un des nôtres » (logique d'audit)
- Proche d'une ARH = la vision régulatrice (logique de contrôle de gestion)
- Dans les DRASS = la confusion des genres (logique d'inspection)

Dans les établissements hospitaliers, les praticiens sont traditionnellement « chez eux » ; ils ont acquis la confiance de leurs collègues ; toute étude ou investigation est source d'expérience partagée et d'acquis collectif ; la logique « d'audit » est première ; il n'y a aucune ambiguïté sur le sens de l'action, qui respecte implicitement les codes et les valeurs professionnelles médicales.

Fait plus récent, de nombreuses antennes régionales voient leur existence et leur développement soutenu dans la mesure où leurs activités s'inscrivent dans un programme promu par l'ARH. Cette « dépendance » est d'autant plus précise que l'ARH s'exprime sur des objectifs de santé (réduction de la fréquence des infections nosocomiales, maîtrise des conséquences douloureuses des maladies ou des gestes médicaux, etc.), allant bien au-delà des seuls objectifs organisationnels. Les antennes régionales sont alors invitées à documenter des indicateurs constitutifs de tableaux de bord, dans l'optique d'un véritable « contrôle de gestion ».

Plus avant, le transfert des coordinations régionales sur une base DRASS au lieu du CHU est difficile à gérer en raison de l'étiquette « inspection » des autorités sanitaires.

Les relations entre la Coordination Régionale et la DRASS devraient être un lieu d'échange entre une approche « métier » et une approche « normative », l'une éclairant l'autre et permettant que soient prises des mesures pertinentes adaptées aux situations.

Elles révèlent, en fait, des synergies autant que des oppositions fortes liées à des finalités parfois antinomiques. L'expression des oppositions va d'une distance prudente (qui ne préjuge pas de la bonne entente éventuelle des personnes) à un mélange des genres contre-productif lorsque la cohabitation est une figure imposée.

L'incompatibilité de la fonction d'expertise, avec la fonction d'inspection des DRASS se manifeste chaque fois qu'il y a confusion des rôles et que le coordonnateur régional est appelé à agir comme un médecin inspecteur, ou est mis en situation d'être perçu comme tel. Le doute, la perte de crédibilité, touchent particulièrement les petits établissements, et davantage le secteur privé que le secteur public. Or ce sont ceux qui nécessitent le plus d'appui, et chez qui la confiance est une condition de leur collaboration.

La mainmise (ou sa tentative) des DRASS sur les coordinations régionales, qui dans quelques régions a imposé la présence du coordonnateur dans les locaux même de la DRASS, est contraire au but recherché. L'Etat, par ses tutelles, stérilise ainsi les moyens déployés par lui-même. Un effort important de communication est à faire lorsque la DRASS intervient dans des missions autres, par exemple pour une évaluation de la circulaire relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.

La tutelle ne tire pas pour autant bénéfice de l'utilisation à contre-emploi de ces ressources extérieures. Une approche « normative » des infections nosocomiales ne peut que décrire le symptôme révélateur d'un problème, non la réalité du terrain. Prendre le symptôme pour la maladie peut conduire à des solutions inadéquates, et, en tout état de cause, à une image faussée de la réalité. C'est finalement une situation doublement négative, puisqu'elle détourne les coordinations régionales de leur but et de leur fonction sans apporter de bénéfice, et peut conduire à des mesures erronées.

La plus ou moins grande acuité du problème semble être en relation directe avec les moyens humains, dont dispose la DRASS. La coordination régionale apparaît comme un réservoir de main d'œuvre aux plus démunies en ressources humaines, tandis que les mieux nanties sont moins pressantes.

Quant aux échanges d'ordre technique avec la DRASS, les rapports de l'antenne sont, en principe, remis au C-CLIN, au CHU, et à l'ARH. Par ce canal, la DRASS devrait être tenue informée, mais il s'agit d'une information *a posteriori*. L'information en temps réel, concernant en particulier le dispositif de signalement des infections nosocomiales, se fait de l'antenne vers le C-CLIN. Mais plusieurs DRASS se plaignent que le C-CLIN ait tendance à oublier de les informer en retour, et justifient ainsi leur exigence d'avoir le coordonnateur de l'antenne régionale dans leurs locaux. Pour beaucoup, ce rapprochement est susceptible de mettre en cause la qualité des données, que permet l'anonymat des établissements garanti par le CCLIN.

L'installation de l'antenne régionale dans les locaux de la DRASS avec les inconvénients qui en découlent et les difficiles relations que cela entraîne avec les équipes d'hygiène, est une situation propre aux trois régions hors Ile de France du C-CLIN Paris-Nord. C'est le résultat d'un choix historique qui reflète une ligne « directoriale » respectueuse du modèle d'insertion institutionnelle remontant aux premières années. L'installation dans les DRASS répond à ce moment à un double objectif : elle garde une ligne de commande cohérente en restant dans le système d'Etat ; elle ouvre un champ institutionnel intra-régional à la discipline Santé Publique. Ce choix stratégique n'avait pas anticipé les difficultés opérationnelles qui en résulteraient.

Le mélange des genres est contraire à l'objectif et à la « philosophie » de la prévention des Infections Nosocomiales. Dans les trois régions où l'antenne est hébergée dans les locaux de la DRASS, les problèmes sont constants et similaires. Un moyen d'éviter ces situations serait d'établir des flux d'information réguliers, en prenant garde toutefois que l'identification des établissements ayant à faire face à des problèmes d'infection nosocomiale, et qui recourent à l'assistance de l'antenne régionale, ne soit pas assimilée à une dénonciation, éventuellement suivie de sanctions.

La gestion des financements et des moyens

Les antennes régionales doivent faire face quotidiennement à des difficultés de fonctionnement liées à un manque de moyens : secrétariat, ressources matérielles (locaux), déplacements. Des accords informels passés avec les autres acteurs régionaux permettent de disposer temporairement des moyens nécessaires. La création de postes peu attractifs sur le plan statutaire (postes à mi-temps, vacations, questionnement sur la pérennité du financement) ont déjà entraîné des mouvements de personnel et des problèmes importants de recrutement.

La précarité des moyens, l'instabilité des ressources humaines sont des questions de fond dont la résolution, au quotidien, ajoute à la charge de travail et absorbe une part importante de l'énergie et du temps des responsables d'une antenne régionale.

Les ressources :

Le financement d'une antenne est d'abord assuré par le C.CLIN ; celui-ci finance souvent un poste d'infirmière hygiéniste ; l'ARH finance plus souvent un poste de praticien hygiéniste (temps plein ou temps partiel), éventuellement en affectation partielle sur le CHU. Ce sont les seules ressources ayant quelque stabilité, à défaut d'être parfaitement adaptées aux besoins.

Il n'existe pas, ou peu, de budget de fonctionnement, ce qui menace la pérennité des activités de cette structure. Le CHU fournit souvent la base opérationnelle de l'antenne. Il s'agit alors de relations de troc, parfois à jeu inégal (« ce que j'ai, je le garde ; ce que tu as, on va le négocier »), rarement d'un jeu explicite gagnant-gagnant. Lorsque le CHU héberge l'antenne régionale (dans les locaux attribués à la faculté de médecine, au laboratoire d'hygiène hospitalière, ...), cette situation permet d'utiliser à titre gracieux les ressources locales. Mais à terme, une évaluation progressive des coûts liés à l'utilisation de ces ressources est probable ; il est à prévoir dans un proche avenir que le CHU demande une participation financière pour les moyens mis à disposition. Une convention devrait définir les règles de fonctionnement avec le CHU. Mais qui doit la signer : C.CLIN, antenne régionale ?

Les déplacements dans les établissements de santé ne sont également pas financés. Cela conduit à utiliser parfois les véhicules du CHU pour des missions sur site. Il n'y a pas d'autres sources de financement pour ce type de dépense, à l'exception du partenariat avec des laboratoires pharmaceutiques qui prennent en charge les frais de certaines réunions.

L'antenne peut disposer, dans certains cas, d'une ligne budgétaire sur une association loi de 1901, grâce aux revenus des formations lorsqu'elles sont facturées. Le CHU intervient également par des formations destinées aussi aux professionnels des autres établissements. Le rattachement de l'antenne au CHU facilite alors la mise en place des actions de formation, celle-ci n'étant souvent pas agréée pour la formation, et étant dans l'incapacité de rémunérer des intervenants extérieurs. Mais les interventions de l'antenne lors de ces formations régionales ne donnent pas toujours lieu à un versement de la part du CHU.

Enfin, certains projets acceptés dans le cadre des appels à projet (en relation ou non avec le C.CLIN) sont aussi des sources de revenus. Le flux de financement généré, peut être utilisé pour l'achat de matériel informatique dont l'usage est multiple, mais reste limité par principe aux dépenses directement liées au fonctionnement du projet

La gestion

Les ressources financières sont le plus souvent gérées par le CHU, ce qui, à plusieurs reprises, a donné lieu à des difficultés ou des incompréhensions d'autant plus vives que la gestion des fonds aura été opaque, et qu'il aura été impossible de contrôler l'allocation des moyens. Si, dans certains cas, et au prix d'une vigilance sans faille, les moyens reviennent dans leur intégralité à l'antenne, ailleurs ils auront été incorporés au budget de l'établissement et auront au mieux servi à financer des postes d'hygiénistes pour l'équipe opérationnelle du CHU. Ce financement extérieur permet au CHU de se désengager budgétairement d'autant.

Le CHU peut aussi intervenir dans le fonctionnement de l'antenne régionale, en proposant son outil de gestion. Cet outil est peu opérationnel actuellement, car les responsables administratifs concernés n'ont pas la connaissance de cette nouvelle structure régionale sans entité juridique située dans le CHU. Ceci peut conduire à des difficultés (voire des blocages) dans le fonctionnement, car les personnels dont le financement est géré de cette façon, sont considérées comme des employés du CHU, mis à disposition de l'antenne régionale .. ; même si en revanche, leur budget étant géré par le CHU, le personnel de l'antenne peut bénéficier du budget de formation continue du CHU.

Dans quelques cas, les antennes ont pu autonomiser un outil de gestion pour disposer des sommes dues au titre des formations, et plus rarement encore, fonctionner indépendamment du CHU en générant et en gérant la totalité de leurs ressources et moyens. Mais cette indépendance a un coût, en temps de gestion, comme en prestations extérieures. Elle n'est viable, à terme, que dans une logique de facturation des services.

La gestion des moyens de l'antenne par le CHU et son hébergement dans ses locaux présentent quelques avantages, et beaucoup d'inconvénients liés à des relations inévitables. Les avantages risquent d'être bientôt réduits à néant par une participation aux frais de location des lieux que le contexte de restriction budgétaire rend fort probable. Quel que soit le mode de gestion, les moyens alloués aux antennes régionales ne sont pas à la hauteur des ambitions qui ont présidé à leur création, et l'incertitude qui plane sur certaines lignes budgétaires entrave l'initiative et nuit à la stabilité nécessaire à la construction d'un lieu d'expertise.

Les tutelles et autres partenaires

Les ARH

La création des ARH et le développement des activités de planification hospitalière sont des traceurs de la « strate » qualité déjà évoquée ; cette évolution amène dans son sillage les objectifs et les démarches d'accréditation, les approches d'évaluation et les références professionnelles de bonnes pratiques de l'ANAES. Les tableaux de bord reposant sur des indicateurs dûment choisis permettent des comparaisons entre établissements, base éventuelle d'affectation de ressources. Avec le rôle croissant de l'ARH, c'est le rôle et l'organisation de la région qui progressent, d'autant que l'ARH est favorable au développement des réseaux inter-établissements, sur la base géographique et populationnelle du secteur sanitaire..

De nombreuses ARH sont en situation de proposer aux établissements d'inclure dans les contrats d'objectifs et de moyens des clauses associées à la prévention des infections nosocomiales. Cette évolution conduit à une participation plus importante de l'ARH à la gestion de l'antenne régionale. L'implication du directeur de l'ARH dans la lutte contre les IN est plus ou moins importante. Un directeur d'ARH, ancien directeur d'établissement hospitalier ou « de surcroît » ancien médecin et président de CLIN, est capable de négocier avec les établissements placés sous sa responsabilité des objectifs de résultat dans divers domaines de la qualité.

Ainsi, par exemple, un manuel d'auto évaluation réalisé avec un C-CLIN peut être adressé aux établissements de santé d'une région, accompagné d'un courrier de l'ARH précisant que les résultats obtenus seront pris en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (volet santé publique et sécurité sanitaire). Dans le même ordre d'idée, cette approche de prévention peut aussi être soutenue par des appels à projets, comportant à la clef une affectation de moyens pour la lutte contre les IN, en fonction de l'implication des équipes locales ou des réseaux inter-établissements.

Le représentant de l'ARH a pu dans certaines situations être invité aux réunions du C-CLIN (comité de direction). Quand l'ARH s'implique dans la surveillance et la lutte contre les infections nosocomiales, le raisonnement fondateur va au-delà du seul objectif de prévention des infections nosocomiales. Il s'agit souvent d'une approche transversale, de type gestion des risques (basée sur la qualité du dossier « médical », l'accueil des patients, ...) avec le souci du caractère opérationnel. L'ARH se doit d'exercer une très grande vigilance sur l'emploi réel des moyens octroyés pour la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements ; il peut être tentant d'utiliser les ressources octroyées à d'autres finalités.

La coopération entre ARH et ses partenaires régionaux, DRASS et Préfecture, peut intervenir dans le cadre de plans de contrôle des hôpitaux sur la sécurité sanitaire, (le regard de l'Etat concerne en particulier la prévention du bio-terrorisme). L'antenne régionale est ici un relais entre l'ARH et les professionnels de la lutte contre les infections nosocomiales.

Les DRASS

Au fil du temps, l'implication croissante des DRASS dans la lutte contre les infections nosocomiales est un traceur des préoccupations de sécurité sanitaire évoquées antérieurement. La DRASS est siège de l'inspection de la santé et de la pharmacie. De nombreux emplois sont venus s'ajouter en relation avec les enjeux de sécurité des dernières années : création au début des années 2000 de postes médecins contractuels « ESB » ultérieurement transformés en emplois de MISP, éventuellement affectés à la sécurité sanitaire, postes de biologistes affectés à la mission « Biotox », etc.

La DRASS est « court-circuitée » au plan des textes, mais se trouve en fait être l'interlocuteur préférentiel du C-CLIN ou de la région, avant tout contact avec les DDASS. Dans certaines régions, la DRASS a été très impliquée dans la naissance des C-CLIN et le suivi des vigilances, (selon une notion d'approche globale des risques pour le patient). Dans cette optique, elle souhaiterait disposer d'indicateurs de surveillance des infections nosocomiales.

La DRASS peut parfois exercer un rôle de « chef de projet IN » par l'intermédiaire du contrôle de l'application des textes, du suivi des bilans d'activité, de la participation aux réunions de présidents de CLIN, ou des visites de terrain. La constitution d'annuaire régional de l'ensemble des professionnels de santé est une des conséquences des actions menées dans le cadre des missions d'inspection et de contrôle (Infections nosocomiales, sécurité anesthésique, stérilisation, pharmacies à usage interne, ...).

Certaines régions ont créé de longue date (depuis 1992 pour la Commission Régionale Expérimentale de Sécurité Sanitaire d'Aquitaine - CRESSA) un véritable conseil régional ciblé sur les vigilances et basé à la DRASS ; cette institution n'est en règle pas identifiée comme service et n'a pas de fonction propre. Elle peut comprendre une quinzaine de membres, appartenant à la DRASS, ARH, CCLIN, aux équipes de santé publique locale, aux correspondants des vigilances dans les établissements, associant des professionnels du public et du privé, des juristes... Les thèmes de travail sont variés : hygiène, stérilisation, environnement, iatrogénie, médicament, antibiothérapie... La finalité est l'animation sur le terrain, le rapprochement des différentes instances, la cohérence dans les actions de gestion des risques.

De création plus récente, les Cellules Inter régionales d'épidémiologie (CIRE) sont en cours de constitution et de développement. L'équipe de base cherche à associer un médecin, un infirmier, un ingénieur sanitaire et un temps de secrétariat. Le positionnement et les missions sont encore en cours de définition. En théorie les missions du système des CLINs concernent le système de soins, et les CIREs suivent prioritairement les questions d'environnement. En pratique les intrications existent entre ces deux approches ; des confusions existent entre les fonctions épidémiologiques et les fonctions traditionnelles d'inspection. Ces confusions sont d'autant plus présentes, que les personnels recrutés donnent parfois le sentiment de travailler à contre-emploi.

La situation actuelle observée correspond à deux logiques de dynamiques différentes et éventuellement complémentaires :

- **Celle de l'ARH (et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), qui encourage le développement de réseaux inter-établissements, pour apporter des moyens au plus près des établissements de santé, pour créer des pôles de compétences et catalyser des dynamiques locales.**
- **Celle de la DRASS (et de la Direction Générale de la Santé), qui souhaite la mise en place de projets régionaux cohérents sur la base de priorités nationales et une coordination centralisée des projets.**

Chaque inter-région a sa bipolarité

Deux options stratégiques étaient possibles dans la planification initiale de l'organisation du contrôle des Infections Nosocomiales : la centralisation ou la régionalisation. Le concept de l'inter région est apparu comme un moyen terme mais s'est trouvé confronté sur le terrain à des forces contraires : il a fallu faire face aux « écoles » et faire la « paix des braves » entre hygiénistes, épidémiologistes, infectiologues, microbiologistes, réanimateurs et savoir parfois installer une vision de santé publique sur les territoires de CHU où il n'existe pas d'école de santé publique. Il en résultera des partages territoriaux dont la bipolarité de chaque inter-région (Strasbourg-Nancy, Paris-Lille, Rennes-Brest, Bordeaux-Toulouse et Lyon-Grenoble) est la séquelle.

La place d'une antenne Rhône-Alpes sera toujours difficile à définir, compte tenu des trois fortes zones d'influence, constituant autant de pôles d'expertise pour les établissements d'une même région : CHU de Lyon, CHU de Grenoble, CHU de Saint-Etienne. La vraie question pour cette région est surtout de prendre acte que les modes d'emplois des régions de montagne peuvent être différents de ceux du bord de mer et que développer deux espaces autonomes à l'image de la définition des zones de défense est peut-être une approche à réfléchir.

Dans la bipolarité Strasbourg /Nancy, force est d'observer qu'« un village fait de la résistance » et poursuit de longue date son chemin d'autonomie. Les évolutions fortes à Strasbourg avec en particulier la réintégration sous autorité hospitalière du laboratoire, et le départ en retraite du principal responsable de la dynamique universitaire inter-régionale, dans un contexte où l'équipe du C.CLIN a la taille d'une équipe régionale conduisent à suggérer de proposer la coordination inter-régionale à Nancy.

Pour le C.CLIN Ouest, il s'agit plutôt d'une multipolarité entre Rennes, Brest, Nantes et Tours ; il existe un maximum de délégation, qui favorise l'initiative régionale. On peut simplement regretter que deux CHU appartiennent à la même région.

Dans l'inter-région Paris-Nord, il faut se rendre à l'évidence que les trois régions extérieures à l'Île de France peuvent avoir en commun des problématiques et des manières de faire différentes de celles de la métropole nationale qui se suffit à elle-même. Autonomiser la région Lilloise qui, du fait de l'évolution des circuits de communication, a plus à échanger avec ses voisins européens est une réalité dont il faut maintenant tenir compte.

Après un temps de cohabitation plus ou moins réglée, préservant la diversité des approches et des zones d'influence, en plusieurs endroits, la nouvelle génération universitaire s'active. La création des ARH renforce la région comme pôle de décision, et crée une force centrifuge qui tend à affaiblir l'autorité inter-régionale. Les approches de sécurité sanitaire ont réactivé l'espace géographique et fonctionnel des zones de défense.

Le choix de l'inter région a été un moyen terme entre les difficultés des processus de décision à 22 de la centralisation, et les moyens nécessaires à la régionalisation. Ce découpage territorial a impliqué des concessions aux "pouvoirs" en place dont les bipolarités actuelles sont les séquelles.

Cela conduit à redéfinir un rôle pour le C-CLIN dont l'autorité se réduit avec la régionalisation actuelle. A tout le moins, si les territoires inter-régionaux actuels devaient être conservés, le développement des logiques de vigilances et des préoccupations « sécuritaires » conduit à s'interroger sur l'intérêt qu'il y aurait à se calquer sur les zones de défense.

REGION	CCLIN	ZONE DE DEFENSE
ALSACE		
BOURGOGNE		
CHAMPAGNE ARDENNE		
FRANCHE-COMTE		
LORRAINE	CCLIN EST	EST
BASSE-NORMANDIE		
BRETAGNE		
CENTRE		
PAYS DE LA LOIRE	CCLIN OUEST	OUEST
HAUTE NORMANDIE		OUEST
ILE DE FRANCE		PARIS
NORS-PAS-DE-CALAIS		
PICARDIE	CCLIN NORD	NORD
AUVERGNE		
RHONE ALPES		SUD EST
LANGUEDOC ROUSSILLON		
PACA	CCLIN SUD-EST	SUD
AQUITAINE		
GUADELOUPE		
LIMOUSIN		
MIDI-PYRENEES		
POITOU-CHARENTES	CCLIN SUD-OUEST	SUD OUEST

POUR L'AVENIR , UNE REPARTITION DES RÔLES

Les atouts et les limites des trois niveaux d'organisation, selon l'espace territorial

- L'inter région (le principe fondateur)
- La région (la décentralisation)
- Le secteur sanitaire (le SROS)

Les visites de structures datant de plus de dix ans ont permis d'appréhender le fonctionnement d'une antenne sur plusieurs années, l'évolution de ses statuts, de ses missions, de ses ressources, de son financement, des demandes formulées, de ses projets, de ses interrelations entre les différents acteurs régionaux. Autant d'éléments historiques éclairant le présent.

La visite de structures récentes a permis d'appréhender les conditions de création des antennes dans un contexte actuel et de comprendre comment se nouaient les interrelations entre les différents acteurs régionaux, comment se définissaient les territoires de compétence, les zones d'influence, et comment s'organisait le travail selon la perception qu'en avaient les différents protagonistes et selon les conditions institutionnelles locales.

L'analyse des organisations, des modes de fonctionnement et des contraintes, ont permis de montrer la complexité du dispositif actuel avec une intrication forte des différentes structures : C-CLINs et antennes régionales, CHU et antennes, antennes et réseaux inter-établissements parfois regroupés en fédérations.

L'ajout successif de structures centralisatrices associées aux approches « qualité » et « sécurité » a ajouté à la complexité. Loin d'apporter un bénéfice tangible, cette intrusion dans le fonctionnement régional compromet l'efficacité globale du système, par une mauvaise lisibilité du rôle de chacune, par des règles de fonctionnement mal définies reposant sur des choix stratégiques ou des politiques éloignés des principes même de la prévention des Infections Nosocomiales (inspection vs expertise, gestion de l'incertitude vs gestion du risque, sanction vs assistance, etc.), ou par des difficultés de communication entre les structures.

Pour les tenants du modèle inter-régional

La fréquence et la régularité des contacts entre le C-CLIN et ses antennes régionales varient d'une inter-région à l'autre. En règle générale, il existe au moins un contact téléphonique mensuel pour faire le point avec le C-CLIN sur les activités des antennes, et une réunion inter-antenne chaque trimestre pour favoriser les partages d'expérience.

Ces contacts sont, en pratique, plus fréquents, voire quotidiens, par le biais de la messagerie électronique, avec des conférences téléphoniques hebdomadaires, et des réunions mensuelles. En outre, la fréquence des contacts et rencontres est modulée par l'activité et les projets en cours. Ainsi, lors de telle ou telle étude, le cadre hygiéniste de l'antenne, ou une autre personne ressource participe à des groupes de travail du C-CLIN.

Quelle qu'en soit la fréquence, le suivi de l'activité par le C-CLIN tend à assurer une continuité de l'action et le maintien de sa ligne directrice avec, dans l'ensemble, un certain succès.

Par ailleurs, le niveau inter régional fournit une base géographique ou représente un recours dans des situations dépassant le cadre régional :

- Ainsi, certains réseaux de compétences (microbiologistes et praticiens hygiénistes) ne fonctionnent réellement que sur une base inter-régionale.
- Selon les modes actuels d'organisation, les C-CLIN ont un rôle important dans des fonctions d'appui technique (documentation, y compris la création de documents et la gestion d'un site Internet) ou logistique (courrier, traitement des données, ...) indispensable dans les conditions de fonctionnement actuelles en raison des charges de travail .
- Le C-CLIN peut exercer un rôle de lobbying important auprès des ARH, pour l'affectation de moyens dans les régions (les budgets de fonctionnement sont souvent oubliés).
- Il n'existe pas toujours des relations privilégiées entre l'antenne régionale et la DRASS ou l'ARH. En cas de difficultés ou de questions posées, il est systématiquement proposé de s'adresser au C-CLIN.

La force de cette relation est l'existence d'une « masse critique », aussi bien en termes de compétences, que de travaux scientifiques. C'est pour une part l'assurance d'échanges importants et d'une cohérence. « Le C-CLIN est le gardien des dogmes ».

Les limites observées :

Pour certains, c'est un niveau opérationnel efficace pour la surveillance des infections, dans la mesure ou la délégation aux antennes régionales serait susceptible d'entraîner une « balkanisation » du travail, avec à la clé une complexité accrue et une augmentation des coûts ! Dans un modèle purement régional, la coordination serait nécessairement basée au CHU ; cette situation ne conviendrait probablement pas à tous les établissements, et à toutes les situations.

Pour d'autres, la collaboration région – inter-région ne garantit pas la cohésion d'une équipe et ne suscite pas constamment l'adhésion à un mouvement porteur de projets. L'appartenance régionale est souvent plus forte que le pouvoir fédérateur du niveau inter-régional. Moins de la moitié des antennes régionales participent directement aux activités des établissements de santé lorsque l'initiative de l'action revient au C-CLIN. Dans ce cas, les antennes ont un rôle de promoteur en incitant les établissements de santé de la région à participer aux projets proposés par le C-CLIN.

Le C-CLIN apporte un soutien technique à l'antenne régionale, mais lui laisse l'autonomie de définir les projets. Il n'intervient en général pas directement dans l'exécution des projets d'initiative régionale, sauf à la demande de l'antenne et pour un appui technique spécifique. En revanche, il assure souvent l'analyse des données. Cette relative distance du C-CLIN est un moyen de laisser s'exprimer les besoins réels, et de permettre que les projets mis en place correspondent à une demande des professionnels des établissements de santé.

Historiquement et conceptuellement fondateur, le modèle inter-régional est interpellé par le fait régional. Si un modèle synergique prédomine au sud, c'est un modèle d'autonomie qui domine au nord. L'antenne régionale est un relais de communication vers les établissements pour les initiatives du C-CLIN, mais elle n'en est pas le bras armé opérationnel. Le C-CLIN, à l'inverse, n'intervient pas directement dans les choix opérationnels des antennes. Cette séparation des rôles délimite les fonctions de chacun. Mais elle ne construit pas d'équipes multi-régionales. L'intervention des uns dans les actions des autres s'apparente à un mode de fonctionnement proche de celui du consultant en fournissant une prestation de service adaptée mais ponctuelle. Ceci est particulièrement net dans les régions du Nord.

Pour les tenants du modèle régional.

La grande majorité des missions de conseil, d'expertise et de formation sont assurées de façon autonome par les régions. La surveillance est maintenant bien ancrée dans les habitudes des établissements et les protocoles sont harmonisés au niveau national (RAISIN).

Le niveau régional représente une base opérationnelle efficace, proche des réalités et des demandes des établissements de soins. Le contact avec les réseaux, au delà des difficultés liées aux antériorités et aux habitudes, est facilité par la proximité géographique et par des problématiques communes. L'adhésion à une dynamique de projet est manifeste avec une bonne capacité d'innovation qu'apporte la proximité des équipes universitaires.

Le champ d'activité est loin d'être couvert et il reste de nombreux domaines à investir : les infections liées aux soins extra hospitaliers ; l'aide aux professionnels de santé libéraux ; les structures d'hébergement et les établissements privés.

Le moment est largement venu d'organiser à l'échelle nationale des rencontres pour les responsables des organisations régionales, pour faciliter les partages d'expériences.

Quant aux ressources humaines, le financement des postes de coordination par les ARH s'inscrit dans la logique simple et efficace de la régionalisation, du fait d'une bonne visibilité des structures ; le fonctionnement des coordinations régionales est cependant très dépendant des personnes et des relations voulues ou subies avec le C-CLIN.

Les limites (actuelles) :

Les difficultés de fonctionnement sont patentées, dues à un manque de moyens : secrétariat, ressources matérielles (locaux, bureautique, documentation), déplacements. Des accords informels passés avec les autres acteurs régionaux permettent de disposer temporairement des moyens nécessaires. Ce sont des situations mal déchiffrables et instables.

Il reste aux Directeurs du CHU à produire une information claire sur l'antenne régionale pour en améliorer le fonctionnement. Il est en particulier nécessaire de construire la pérennité du système par une affectation des différents financements (ressources humaines, frais de fonctionnement ...) sur la base d'une comptabilité analytique accessible.

Plus généralement, il conviendrait de définir un cadre juridique précis pour les antennes, prévoyant en particulier des missions explicites, un budget de fonctionnement et les outils de

sa gestion (le CHU est beaucoup moins réactif qu'une association selon la loi de 1901) ; il reste à convaincre l'ARH et la DRASS de la nécessité de disposer d'un tel budget de fonctionnement.

Le niveau régional est entrain de tracer sa voie. Son autonomie d'action est acquise pratiquement partout, et son savoir faire se justifie dans un cadre géographique et administratif cohérent. En revanche, le cadre institutionnel et juridique, avec attribution de moyens en relation avec une mission à clarifier, reste à bâtir. Ceci concerne particulièrement les relations avec le CHU et les tutelles régionales.

Pour les tenants du secteur sanitaire

Le secteur sanitaire est défini par le SROS (six à huit par région). Il est le niveau de l'opération « tout terrain ». Bien souvent, il a été l'espace fondateur des réseaux. Les mouvements de plus en plus nombreux de patients s'effectuent entre les grands et les petits établissements à l'échelle du secteur, ce qui implique une harmonisation des politiques de prévention.

Cette échelle permet de mutualiser les moyens, en particulier quand le directeur raisonne « établissement » (et pas secteur). Des établissements avec de grands besoins peuvent s'associer à des établissements aux besoins modérés, ... sans oublier les secteurs médicalisés des établissements pour personnes âgées.

Pour ne pas laisser les infirmières hygiénistes isolées, il est important de promouvoir les Clins et les équipes opérationnelles d'hygiène ... Elles peuvent être inter-établissement quand les établissements sont d'une trop petite taille.

Les réseaux sectoriels sont une réponse à ces problèmes perçus de longue date. Ils permettent un partage des moyens, une assistance mutuelle et, finalement, d'atteindre des établissements qui n'ont pas les moyens d'une équipe permanente, ou qui n'ont pas encore perçu l'importance des I.N. pour eux-mêmes.

Les limites annoncées :

Les réseaux sont des structures, par nature, limités à une action de proximité. L'antériorité qu'ils ont très souvent sur les antennes régionales ne leur donne pas pour autant la connaissance et les moyens méthodologiques nécessaires au maintien au meilleur niveau de leur action. Ils ne sont, en général, pas équipés pour l'échange fertilisant de connaissances et d'expérience avec d'autres équipes. Ils sont, à cet égard, dépendants des équipes régionales.

Néanmoins, de nouveaux modes d'organisation se font jour et le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) en est un exemple, qui serait susceptibles de combler ces limites et qui peuvent être des modèles à suivre et développer.

Le niveau sectoriel est potentiellement le véritable bras armé de la région ; il est, à ce titre, soutenu par l'ARH. Seul, et dans les configurations les plus communes actuellement, il est capable de répondre à des besoins locaux et de mutualiser des moyens, mais il a les limites de sa taille et de son champ d'application en ce qui concerne l'innovation et le maintien de ses compétences. Là où des relations efficaces avec l'antenne régionale se sont développées, il représente un complément à l'activité régionale susceptible de générer une dynamique et une synergie d'action.

De l'usage possible des complémentarités - Les Cellules Inter-Regionales d'Epidémiologie (CIRE)

Historiquement, la question est soulevée dès 1994-1995 de l'articulation possible des activités du RNSP et des Services Déconcentrés de l'Etat. Deux modes organisationnels sont alors envisageables, représentant deux modes de relations avec les tutelles, et deux modes de fonctionnement :

- soit la création d'antennes du RNSP, autonomes vis à vis des tutelles ;
- soit la création de relais au sein de l'administration, avec un rôle d'appui méthodologique.

Derrière ce débat, se manifestent deux courants de pensée. Pour les uns, et d'une façon générale les porteurs d'une culture universitaire, expertise et efficacité passent par l'autonomie des personnes, et donc leur détachement de l'administration. Pour les autres, la mission d'assistance méthodologique sera d'autant mieux accueillie et utilisée qu'elle sera conduite au sein même de l'administration, et sans risque de substitution de rôles.

Ce débat traversera tous les épisodes et avatars de la constitution/création des CIRE, et neuf ans après la première (Lille en 1995), sa concrétisation dans les modes de fonctionnement reste très « personne-dépendante ».

Le principe retenu sera finalement :

- du personnel d'Etat sous autorité administrative de la DRASS ; l'équipe de base comporte un médecin, un ingénieur de génie sanitaire, du temps de secrétariat ; il est initialement prévu une cellule par zone de défense civile.
- le RNSP/INVS ayant une autorité scientifique et un droit de regard sur le choix du personnel ;
- un financement sur budget d'Etat avec abondement initial ;
- l'ensemble fonctionnant par convention RNSP/INVS – Préfecture – DRASS renouvelable.

Ultérieurement la création de poste « Biotox » à l'INVS permettra de créer dans les CIRE des coordonnateurs *de facto* "chef de CIRE".

Le domaine d'investigation des CIRE est « la communauté », entendue au sens "hors hôpital". Ce champ inclut les lieux de vie collective, dont les maisons de retraites. A ce titre les activités et les métiers des CIRE concernant les infections en milieu collectif se rapprochent de celles des unités chargées de la lutte contre les infections nosocomiales en établissement. En fait, si la problématique paraît commune, les modes de fonctionnement sont fondamentalement différents.

D'un côté la surveillance et la prévention des infections nosocomiales est structurée dans le monde hospitalier. A l'intérieur de l'hôpital le dépistage répond à des procédures en général écrites. Elle chemine hors de l'hôpital jusqu'aux tutelles par des voies bien balisées.

Dans le monde communautaire le signalement dépend des circonstances (s'il s'agit d'une situation surveillée : le SRAS ou le bio-terrorisme par exemple) ou de l'appréciation par le médecin de ville de circonstances jugées anormales. Ce signalement se fait via les DDASS. La CIRE, venant ensuite en appui méthodologique d'investigation auprès de la DDASS, reste totalement ignorée du médecin libéral.

De fait, plus de la moitié de l'activité des CIRE est constituée de réponses aux départements ; et dans cette activité, les infections de résidents de collectivités non hospitalières représentent une part substantielle. On observe déjà des rapprochements des CIRE avec « les vigilances » et, par voie de conséquence, un élargissement du champ de l'épidémiologie vers les problèmes environnementaux, les maladies chroniques, la santé au travail...

Un rapprochement du contrôle des Infections Nosocomiales **avec la Pharmaco-Vigilance** se pose de la même façon. L'infection en milieu communautaire peut être non-iatrogène (la grippe par exemple) et les traitements employés méritent surveillance et directives, mais elle est aussi liée à l'usage des antibiotiques et à la pression de colonisation qui en résulte.

La question, régulièrement posée lors de cette étude, n'a jamais rien révélé sur d'éventuelles relations fonctionnelles ou opérationnelles. La pharmaco-vigilance pourrait néanmoins répondre utilement à la question de savoir « comment prescrire » de façon non dangereuse plutôt que de se nourrir d'alertes.

Un rapprochement avec les CCLIN ne paraît pas contre nature dans la mesure où un certain nombre de problématiques sont communes, les métiers et les outils d'investigation sont les mêmes, et les domaines et secteurs d'activité sont complémentaires.

Cette complémentarité apparaît dès à présent, même en ne considérant que les rôles actuellement définis de chaque institution. Elle est plus visible encore si on considère les évolutions possibles des CCLIN vers une gestion des risques au sens large.

D'une façon générale, **les relations institutionnelles peuvent évoluer**. Le rapprochement des organismes de surveillance et de prévention, des agences et autres institutions, pose la question des relations de chacun avec ses tutelles et de l'homogénéité des niveaux de compétences entre institutions.

Comment, par exemple, vont s'organiser les relations des CIRE avec les Groupements Régionaux de Santé Publique ? Comment mettre en place des circuits de signalement, d'investigation et d'action qui préservent à la fois l'intervention du monde technique et professionnel, et la nécessité (parfois abusive) de contrôle de la part du monde politique, où la tentation de contourner les circuits réguliers (qui tentent de séparer expertise et décision) est grande ?

Les complémentarités existent, entre l'hôpital qui a une culture microbiologique, et le domaine communautaire qui a une culture épidémiologique. Il y a des expériences et des expertises communes. Il peut y avoir des dossiers communs. Dans des institutions différentes, les métiers et leurs objets sont complémentaires ou similaires. Tout l'enjeu de ces rapprochements serait d'optimiser les moyens et de dynamiser les activités en se gardant de la main-mise des tutelles ou d'une institution sur une autre.

Les modalités de l'action inter régionale entre centralisme et régionalisme

- La constitution d'un pool d'experts
- La formation permanente et les Diplômes Universitaires
- La documentation et l'information sous toutes leurs formes
- La répartition des dossiers de surveillance épidémiologique
- La recherche et les groupes de travail

La question qui se pose si l'on considère une répartition des tâches entre région et inter-région est d'identifier les fonctions et les activités relevant de chacune et d'apprécier le niveau d'intégration nécessaire à la meilleure performance.

Entre ces deux niveaux, quelle spécificité reste à l'inter-région ? D'autant que l'entrée des agences nationales dans le jeu introduit un niveau d'intégration supplémentaire qui peut poser question par sa distance du terrain, et par les logiques introduites en région.

L'expertise ne peut être complète en chaque domaine au seul niveau régional, bien que se constituent des unités régionales de sécurité sanitaire (Midi-Pyrénées par exemple). L'inter région apporte ici une plus-value en croisant et en mobilisant les compétences à partir d'un carnet d'adresse par nature plus large que celui des régions, tout en respectant une certaine proximité.

L'intégration de pôles d'expertise par des agences nationales, fut-ce par le biais de moyens régionalisés, est-elle pertinente ? Probablement dans le cas d'investigations particulièrement spécialisées ou d'ampleur exceptionnelle. En revanche, on observe que le recours à l'expertise des agences s'accompagne de l'introduction, dans le jeu local, de choix politiques ou stratégiques fondés sur la norme (qu'elle soit habillée en procédure, protocole, plan, ...), qui prennent peu à peu le pas sur le savoir faire de terrain.

Or l'une - la norme - gère une situation quels que soient les effets observés, tandis que l'autre - le métier - gère en fonction de l'évaluation des bénéfices des stratégies. Il y a ainsi conflit potentiel entre deux logiques : une logique de gestion du risque reposant sur la surveillance ; une logique sécuritaire reposant sur un principe de précaution. Le principe de surveillance et une gestion *ad hoc* du risque ont démontré leur intérêt opérationnel et leur bon rapport bénéfice/coût dans la prévention des infections nosocomiales. Le principe de précaution est de nature toute différente, qui gère l'incertitude, non le risque, à un coût marginal très élevé. Ce sont néanmoins deux facettes de la qualité qu'il faut faire cohabiter sans les confondre et sans que nécessairement le niveau national prédomine dans les choix régionaux.

L'apparition des agences nationales pose de ce fait questions et problèmes à plus d'un responsable local : « En quoi servent-elles les besoins sanitaires de la région ? » ; « Machines à fabriquer de la difficulté », sont des questions et appréciations entendues sous une forme ou sous une autre.

La dimension médiatique, et éventuellement politique, dans les décisions d'expertise est également à prendre en compte. Le niveau national connaît-il suffisamment le contexte pour délivrer un message clair ? La région peut-elle faire face seule aux pressions médiatiques ? Quelques exemples récents en ont montré les difficultés.

La capacité fédératrice d'expertises loco-régionales des structures inter-régionales en fait potentiellement des arbitres de ces différentes tendances au plus près des besoins.

La documentation a une assise inter-régionale que l'Internet tend à globaliser. De fait, le C-CLIN Sud-Est se comporte comme un centre de documentation national (et au-delà), et chaque région est susceptible d'alimenter NOSOBASE. Le niveau d'intégration peut ici être national, quelle qu'en soit la localisation physique, pour les grandes bases de données, et régional pour l'information locale. L'antenne peut participer à la lecture de revues pour alimenter la base de données « Nosobase ».

La formation nécessite une masse critique, tant d'étudiants que d'enseignants, pour justifier l'existence d'un DU et pour en assurer la viabilité et la pérennité. Bien que chaque région tente d'avoir sa formation propre, des regroupements peuvent être nécessaires (ou seraient souhaitables). Mais ils ne recouvrent pas nécessairement les découpages géographiques des C-CLIN : la Haute et la Basse-Normandie ont un enseignement commun. L'une dépend du C-CLIN Ouest, l'autre du C-CLIN Paris-Nord.

La recherche doit répondre à un double impératif : être proche des réalités du terrain pour aboutir à des applications répondant aux questions locales, et disposer d'une base assez large et de moyens suffisants pour être concluante. Elle ne peut donc qu'être supra-sectorielle, c'est à dire à un niveau d'intégration supérieur aux groupements d'établissements quelles que soient leurs formes. Ne considérant que les niveaux régionaux, inter régionaux ou nationaux, on se trouve confronté à un ensemble contradictoire :

- La recherche, par nature, appartient à l'université. Or la recherche opérationnelle répondant aux questions de terrain y trouve difficilement une place.
- Les personnes capables de mener ces recherches et en position de le faire sont dans les C-CLINs mais n'en ont pas les moyens, toutes les ressources, ou presque, étant consommées par la surveillance.
- Les agences, INVs en particulier, n'ont ni vocation, ni capacité pour la recherche. En revanche, elles sont bailleurs de fonds et interviennent dans la méthodologie des projets qui leurs sont soumis pour financement.

Enfin, combien de décisions lourdes sont prises localement au « feeling » faute d'avoir résolu ces contradictions ?

Dans ce contexte, les rôles se redistribuent :

En pratique actuellement, l'inter région anime des groupes de travail et produit des recommandations validées par un Conseil Scientifique. Elle coordonne et surtout analyse. C'est une activité d'autant plus consommatrice de temps qu'elle concerne plusieurs régions ; ce niveau se justifie pour les enquêtes de grande ampleur. Pour les domaines plus marqués par les problématiques locales (l'organisation des soins au regard du risque nosocomial, par exemple) le niveau régional semble plus pertinent.

Dans le schéma initial de création des C-CLINs, l'inter région trouve sa justification dans une coordination, en faisant avec 4 ou 5 interlocuteurs, ce qui serait difficile (mais est-ce impossible ?) à 22. Nombre de ses fonctions pourraient actuellement être reportées à un niveau national.

Restent quelques points qui paraissent difficilement réductibles à la région ou transférables à un niveau central, mais qui pourraient ouvrir de nouvelles perspectives à l'inter région : *l'expertise*, pour lui apporter une base de recrutement large tout en préservant la proximité ; la *médiatisation* des interventions ; la *recherche*. Autant de domaines appelant une redéfinition des rôles et mandats du C-CLIN, et l'ouverture sur de nouveaux champs d'investigation. La coordination régionale se pose finalement, comme le lieu privilégié de l'adéquation entre problématique et action, pour peu qu'elle ait des fonctions formulées et respectées.

L'expertise, la documentation, la formation, et la recherche sont des domaines où la nécessité d'une mutualisation des moyens est généralement admise. Expertise et recherche sont deux domaines où ni le niveau régional, ni le niveau national ne semblent parfaitement adaptés aux besoins du contrôle des IN. Ce qui revient à centrer le rôle de l'inter région sur une fonction d'animation de type « universitaire ». Cette fonction peut au bénéfice de tous, être investie de manière variée selon la dynamique propre d'équipes de Santé publique, de Microbiologie, de Maladies infectieuses, de Réanimateurs et maintenant de Pharmacie.

Une évolution possible des C-CLIN

Les CCLIN ont finalement plutôt bien fonctionné. Ils ont créé une dynamique, produit de la connaissance, et généré de l'action. Si la question de leur maintien se pose c'est par rapport à une nécessité de développement régional, non par constat d'inutilité, de faillite ou d'obsolescence.

La région est une entité incontournable, qui monte en puissance dans tous les domaines, et dont les antennes régionales de lutte contre l'infection nosocomiale bénéficient des acquis d'années de fonctionnement en inter-région. La loi de santé publique ne fait que renforcer cette réalité régionale.

Enfin, un certain nombre d'activités menées au niveau inter-régional pourraient profitablement fonctionner à l'échelon national, voire européen.

Entre une certaine dispersion des moyens qu'implique la régionalisation, et la question de la légitimité d'une équipe nationale dans les interventions locales, une structure d'expertise inter-régionale pourrait continuer d'avoir sa place pour peu que ses rôles et attributions soient redéfinis.

Des nœuds de compétences

Le besoin qui apparaît désormais est moins celui de fonctions territoriales que de fonctions de compétences susceptibles de mutualiser les ressources et les savoir faire, de distinguer des problématiques différentes entre les régions et de tirer parti des complémentarités. Les différences de problématiques sont des réalités actuellement insuffisamment prises en compte : Paris n'est pas le Nord ; les Alpes ne sont pas le littoral méditerranéen ; pour ne citer que des exemples au sein d'inter-régions actuelles. D'ailleurs les zones de défense actuelles (par ailleurs impliquées dans la prévention du bio terrorisme) tiennent compte de cette réalité d'évidence. Il est vraisemblable que les problématiques régionales vont peser de plus en plus lourd. La territorialité revient naturellement à la région.

Le niveau inter-régional pourrait ainsi se structurer en **centres de référence** dans un maillage nodal du territoire fondé sur **un regroupement de compétences** sur le modèle des « cancerpoles » ou des instituts thématiques de haute compétence, qu'on commence à repérer à l'échelle européenne, mouvement dans lequel il conviendrait de s'inscrire.

Une voie est en train d'émerger, mariage de la culture universitaire de santé publique et du fonctionnement de bureau d'étude. Le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) s'est créé en 1996, sur la base d'une association entre une cinquantaine d'établissements hospitaliers adhérents. Cette jeune institution travaille sur des orientations définies par ce réseau d'établissement d'une part, et sur des programmes nationaux en relation avec la DHOS ou la DREES. La conduite actuelle de l'enquête nationale sur les accidents iatrogènes en est un exemple. Pour la DRASS, il s'agit d'une équipe de référence (pour l'expertise en évaluation) susceptible d'être mobilisé à la demande des intervenants de terrain. C'est en définitive, une structure d'accompagnement contractuel.

Une thématique : la gestion des risques

Restructurer la prévention des infections nosocomiales dans un cadre de gestion des risques, c'est reconnaître que le risque infectieux peut se comprendre dans un sens plus large que celui du seul domaine hospitalier. C'est aussi une possibilité de regroupement d'expertise, qui à un sens du point de vue méthodologique et thématique.

Il n'y a en effet guère de raison de distinguer tel ou tel type de risque sanitaire. Dans tous les cas :

- Il s'agit d'un problème de santé publique ;
- Sa maîtrise nécessite une méthodologie ;
- La mise en œuvre de cette méthodologie appelle une expertise.

On peut dès lors considérer la gestion du risque en termes de projet. Cela suppose des objectifs et des moyens, et donne un vaste potentiel d'action pour un organisme fédérateur inter-régional traitant des risques relatifs à la santé.

Quelques questions qui pourraient être des objectifs :

- Comment transformer des évènements en réflexion ou, autrement dit, comment passer du fait observé à la connaissance ?
- Comment faire de la gestion des risques un outil créant du lien entre institutions, organismes, professionnels de santé, et produisant donc de la valeur ajoutée, plutôt que gérer l'incertitude par des démarches réglementaires cloisonnantes et qui déresponsabilisent ?
- Comment promouvoir à la fois les processus garants d'une certaine qualité, et l'innovation génératrice de risque ; et développer des interfaces entre deux mondes de cultures et de modes de pensée différents, où se rencontrent le formel et l'informel ?
- Comment mesurer la qualité des actions et des décisions et donc développer des indicateurs suffisamment parlants sans être sécuritaires ?
- Comment passer de la réactivité à la mémoire et de la mémoire à la vision ? C'est à dire, comment redéfinir les rôles de surveillance, de vigilance, de prévention, et comment consolider ce qui doit devenir de la connaissance pour l'action ?

Et au final, comment prendre en compte la dynamique nationale initiée par la loi de santé publique.

En conclusion, il est important de structurer la surveillance et la prévention des infections nosocomiales dans un espace territorial régional ; cela conduit à expliciter plus avant les missions, les modes d'organisation, les références institutionnelles , les modes de financement, etc. De manière complémentaire, il est important de faire évoluer les institutions inter-régionales d'une logique de territoire à une logique de pôle de compétence ou de référence associant des expertises épidémiologiques, microbiologiques, infectiologiques, mais aussi sociologiques, économiques, juridiques dans une optique de gestion de risque.

En résumé, que retenir comme socle commun pour la structuration des antennes ou coordinations régionales

Les antennes ou coordinations régionales sont les bases opérationnelles efficaces proche des établissements. La région est à l'action territoriale de surveillance et de prévention, ce que le pôle de compétence inter-régional est à la recherche, à l'expertise de référence (avec un système documentaire organisé sur une base nationale) et à la prise de recul.

1. Les missions : surveillance, conseil auprès des unités d'hygiène ou des réseaux d'établissements publics ou privés, signalement et expertise pour les investigations épidémiques d'étiologie les plus fréquentes, formation continue et diffusion d'informations auprès des professionnels, évaluation des pratiques et relations avec les tutelles.

L'échelon régional est adapté aux actions concrètes d'aide aux établissements : conseil, audit, mise en place de groupe de travail, élaboration d'outils pratiques, etc. La transmission de la responsabilité de l'organisation des surveillances aux régions implique :

- Une définition des modes d'emplois (certaines surveillances sont organisées dans certaines régions et pas dans d'autres, ou selon des protocoles différents), pour permettre aux établissements de confronter leurs résultats.
- Des formations en hygiène et épidémiologie (formations permanentes et diplômes d'université) ; la région est décrite comme une bonne échelle (déplacements et travail inter-établissement) pour les journées d'information et de formation.
- Des moyens, pour la saisie, l'analyse et la transmission des données notamment.
- Une adaptation des circuits de collecte des données, de signalement et circulation des informations, de recours ou d'appel à une expertise interrégionale.

L'harmonisation est nécessaire entre les missions des différentes coordinations régionales, avec une définition précise de leur rôle, incluant les relations entre antennes, avec les tutelles ou les pôles de référence. Une attention particulière doit être apportée à la spécificité de certains établissements (gériatrie, SSR, établissements privés), et au développement de synergies d'action avec les réseaux inter-établissements, sectoriels ou départementaux (souvent précurseurs) et les institutions, unions ou réseaux de professionnels libéraux.

2. Localisation des antennes : nécessité d'un statut clair et indépendant des structures « d'accueil ».

La localisation des antennes a un impact sur leur visibilité et leur perception par les établissements. La majorité des coordinations (85 %) sont situées à l'hôpital et doivent en rester très proches. Ces localisations permettent la mise à disposition de locaux pour la coordination régionale et l'utilisation des ressources de ces établissements. Cependant, ces localisations peuvent également nuire à l'image de neutralité des antennes régionales ou rendre difficile leur identification par les professionnels.

3. La composition des équipes régionales : nécessité d'un « minimum » pour la composition des équipes, avec un praticien hospitalier, un cadre paramédical, un secrétaire et un personnel compétent en statistique et épidémiologie.

L'enquête a montré que les compositions sont très variables d'une région à l'autre, tant au niveau des professions représentées que de l'effectif. Les entretiens avec les professionnels et les résultats des enquêtes par questionnaires confirment que les actions menées par les coordinations sont nombreuses et variées ; le travail de coordinateur requiert de la disponibilité, et cette fonction est difficilement compatible avec une autre activité à plein temps ; il doit être rémunéré à plein temps pour cette mission. La présence dans les coordinations d'un praticien et d'un personnel paramédical permet une complémentarité des actions et une communication plus facile avec les différents professionnels des établissements. Le travail de secrétariat est important, et la coordination des réseaux de surveillance nécessite des compétences en informatique et en épidémiologie pour permettre le traitement des données recueillies.

4. Le financement : nécessité d'adapter le financement au développement des missions des antennes (postes budgétaires, investissement et fonctionnement), et de définir l'autonomie de gestion du budget.

Outre l'affectation de locaux avec leur entretien, un budget de fonctionnement est nécessaire pour les fournitures (renouvellement et maintenance des équipements), et la logistique de base (déplacements « sur site », dans les établissements). Un outil juridique et de gestion (à organiser avec l'ARH/URCAM) doit être adapté à une activité d'organisation de formation permanente, de travail en réseau inter-établissement, de facturation d'activités de conseil, etc. La pratique du CCECQA est à analyser dans cette optique. Les relations avec le secteur privé sont tout particulièrement à préciser en fonction des différentes missions.

5. Visibilité des coordinations régionales : nécessité d'une présentation plus « officielle » des antennes à tous les établissements, s'inscrivant dans un organigramme complet de la lutte contre les infections nosocomiales, et la gestion des risques.

Les résultats de l'enquête auprès des établissements montrent que les coordinations régionales ne sont pas toujours très visibles pour les professionnels ; dans les régions où il existe une coordination régionale, 55 % des établissements seulement la connaissent. (75 % dans l'inter région Est où les structures régionales sont bien implantées). Des regroupements interrégionaux, des rencontres nationales des « antennes régionales » sont à organiser.

6. Le positionnement par rapport aux institutions et aux pôles de référence est à préciser, harmoniser et à faire savoir (rendre visible) dans les établissements.

Ce positionnement doit être explicité par rapport aux tutelles régionales (ARH, URCAM DDASS et DRASS, CIRE et Institutions régionales de Pharmacovigilance), par rapport au CHU structure d'accueil la plus fréquente de l'antenne, par rapport aux futurs pôles de référence en gestion des risques, par rapport aux tutelles nationales : RAISIN et INVS, ANAES et AFSSAPS, DGS et DHOS en particulier.

**RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE
REALISEE AUPRES DES COORDINATIONS REGIONALES**

ENQUETE REALISEE AUPRES DES COORDINATIONS REGIONALES

L'étude a en fait été menée sur 20 régions :

- deux régions n'avaient pas de coordination régionale (Martinique et Guadeloupe) ;
- les coordinations pour la Corse et le Languedoc-Roussillon, bien que prévues, n'existaient pas encore lors de l'enquête ;
- la Région Ile-de-France fonctionnait sur un mode particulier avec une coordination interne à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et les autres établissements dépendant directement du C-CLIN Paris-Nord.

Sur les 20 coordinations régionales étudiées, 17 avaient leurs locaux dans un centre hospitalier et 3 dans une DRASS. L'année de création des coordinations régionales varie de 1989 (Pays de la Loire) à 2001 (Auvergne, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Cependant, la majorité d'entre elles ont été créées entre 1994 et 1997.

Dans la majorité des régions (13/20), c'est le même coordinateur qui était en poste depuis la création de la structure. Les deux tiers des coordonnateurs étaient des médecins, 4 des pharmaciens et 3 des cadres infirmiers. Dix-neuf d'entre eux étaient spécialisés en hygiène hospitalière (14 ont validé un diplôme d'université dans cette discipline). L'effectif du personnel travaillant pour la coordination variait de une à huit personnes (moins de 4 personnes dans 80 % des cas) représentant une moyenne d'un équivalent temps plein et demi. Les postes de coordinateurs étaient rémunérés par le C-CLIN ou l'ARH.

Un état des lieux de la lutte contre les infections nosocomiales a été réalisé dans chaque région. La majorité d'entre elles participaient à des surveillances épidémiologiques des infections nosocomiales (incidence) proposées par les C-CLIN. Dans deux cas sur trois, le coordonnateur régional était impliqué dans ces surveillances. Les surveillances initiées par les coordinations régionales étaient moins nombreuses. Elles concernaient surtout la maîtrise de la multi résistance (bactéries multi résistantes et consommation des antibiotiques).

Les établissements participant le plus souvent aux surveillances étaient les établissements publics de grande taille (82 % des CHU ou CHR, et 58 % des CHG participaient à au moins une surveillance) d'après les coordonnateurs ayant répondu à cette question. Les différents types d'audits organisés dans les régions par le C-CLIN ou la coordination régionale sont rappelés dans cette enquête. Les coordonnateurs régionaux avaient un rôle spécifique (participation à l'élaboration du protocole, organisation de réunions d'information, ...) dans les plupart des audits des pratiques organisés par les C-CLIN. Ces derniers n'ont pas organisé d'audit organisationnel, alors que les coordinations régionales en ont initié trois.

D'autres actions ont également été mises en place par les coordinations régionales : groupes de travail (80 % des régions), actions destinées à promouvoir l'utilisation des solutions hydro alcooliques (75 %), élaboration de méthodes et d'outils comme des fiches de liaison pour les porteurs de BMR, applications informatiques pour les surveillances (70 %), élaboration de recommandations (70 %), mise en place d'un annuaire régional (65 %). Une veille juridique et des actions spécifiques pour l'information aux patients étaient proposées dans 30 % des régions. Le nombre d'actions spécifiques mises en place par les coordinations variait de 2 à 7 suivant les régions.

Les coordinations régionales réalisaient également certaines actions d'expertise. Celles-ci couvraient la saisie et l'analyse de données (17 régions sur 19), l'assistance méthodologique (14/18), l'investigation d'épidémies (toxi-infections alimentaires collectives et gale, ...) (13/19), la vigilance environnementale (12/18), l'aide à l'élaboration de rapports d'étude (9/18).

Des formations en hygiène hospitalière étaient organisées dans toutes les régions étudiées, avec des formations diplômantes dans la moitié des régions (DU principalement). Des formations non diplômantes sont organisées dans 17 régions avec des thèmes très variés, une durée moyenne de 3 jours, et les deux tiers des formations sur site. Des formations spécifiques concernant l'utilisation du logiciel Epi-Info étaient organisées dans 12 régions. Des journées régionales ont été organisées par tous les coordonnateurs, avec une périodicité variant d'une tous les deux ans à plusieurs par an selon les régions (et une moyenne estimée de 200 participants par session). Enfin, des séances bibliographiques étaient organisées par 3 régions.

Seulement 6 coordinations sur 20 possédaient la liste exhaustive des professionnels responsables du signalement dans chaque établissement de leur région, mais 18 avaient mis en place des actions visant à favoriser le signalement. Ces actions étaient principalement l'organisation de réunions de sensibilisation (15 coordinations), l'aide à la décision relative au signalement (N=14) et à l'investigation des cas (N=14), et l'aide à la mise en place d'actions correctives (N=12).

Les coordinations avaient diverses autres activités. Cinq d'entre elles ont participé à des actions concernant la coordination des vigilances, 13 ont défini des priorités régionales en plus des priorités nationales, 17 ont mis en place des outils d'information sur leurs activités (rapports, guides, site Internet, bulletins), neuf facilitaient la documentation des professionnels, trois ont réalisé une enquête de satisfaction auprès des établissements, et toutes sauf une rédigeaient un rapport d'activité annuel.

Concernant les coordonnateurs régionaux, 14 participaient à des réunions de CLIN d'établissements de la région et 19 aux réunions du C-CLIN. Enfin, 17 coordonnateurs se sont impliqués dans la mise en place ou le développement d'unités d'hygiène locales ou inter établissements.

RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE REALISEE AUPRES DES COORDINATIONS REGIONALES

Régions étudiées

Dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, la France est divisée en cinq inter-régions comprenant chacune de 4 à 7 régions. Vingt régions sont ici étudiées (tableau 1).

Régions étudiées (tableau 1)

Inter-région Nord (3 régions)	Inter-région Ouest (4 régions)	Inter-région Sud-Ouest (5 régions)	Inter-région Sud-Est (3 régions)	Inter-région Est (5 régions)
Nord -Pas-De-Calais Picardie Haute- Normandie	Bretagne Basse-Normandie Pays de Loire Centre	Limousin Poitou-Charentes Aquitaine Midi-Pyrénées <i>Guadeloupe</i>	Rhône-Alpes Auvergne PACA	Alsace Lorraine Champagne-Ardenne Bourgogne Franche-Comté
(*)		(**)	(***)	

* La Région Ile de France n'est pas étudiée ici : il existe une coordination pour les établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (CLIN central et équipe opérationnelle d'hygiène du siège de l'AP - HP) ; les établissements n'appartenant pas à l'AP - HP dépendent directement du CCLIN Paris–Nord.

** La Martinique et la Guyane n'ont pas d'organisation régionale spécifique.

*** Les coordinations régionales Languedoc-Roussillon et Corse (bien que prévues) n'existent pas encore ; l'Ile de la Réunion ne fait pas partie de l'étude.

Caractéristiques des coordinations

○ Localisation

Sur les 20 coordinations étudiées, 17 sont situées physiquement dans un centre hospitalier et 3 dans une DRASS. Dans les deux inter-régions où il existe une coordination régionale dans la même ville que le CCLIN (Est et Sud-Ouest), ces antennes ou coordinations régionales sont localisées dans les locaux du CCLIN.

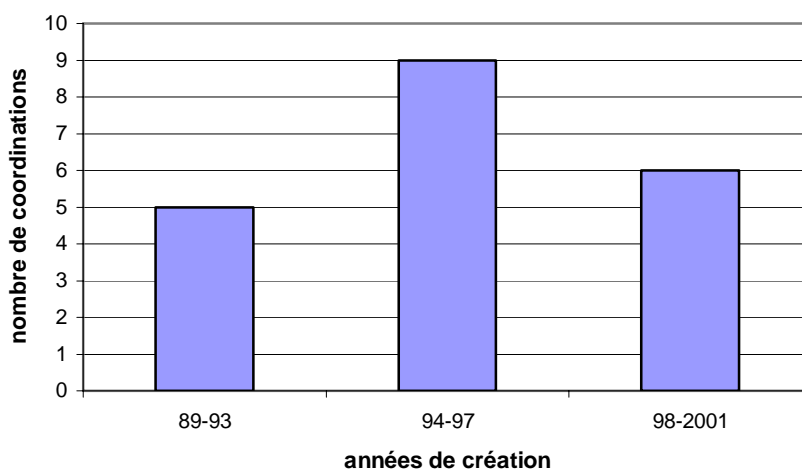
○ Ancienneté de la coordination

Les dates de création des coordinations s'échelonnent entre 1989 et 2001. La majorité d'entre elles a été créée entre 1994 et 1997 (tableau 2 & figure 1). L'effectif des coordinateurs successivement en poste, depuis la création de chaque structure, varie de 1 à 3 ; mais dans la majorité des cas (13 régions) il n'y a eu qu'un seul coordinateur depuis le début des activités.

Années de création des structures régionales (tableau 2)

Inter-régions	Régions	Années de création
NORD	Nord-Pas-de-Calais	1992
	Picardie	1994
	Haute-Normandie	1999
OUEST	Bretagne	1997
	Basse-Normandie	1992
	Pays de Loire	1989
	Centre	1997
SUD- OUEST	Limousin	1996
	Poitou-charentes	1994
	Aquitaine	1994
	Midi-Pyrénées	1994
	Guadeloupe	1999
SUD- EST	Rhône-Alpes	1993
	Auvergne	2001
	PACA	2001
EST	Alsace	2000
	Lorraine	1991
	Champagne-Ardenne	1996
	Bourgogne	1996
	Franche-Comté	1998

Dates de création des structures régionales (figure1)



o Équipes de coordination

Le coordinateur

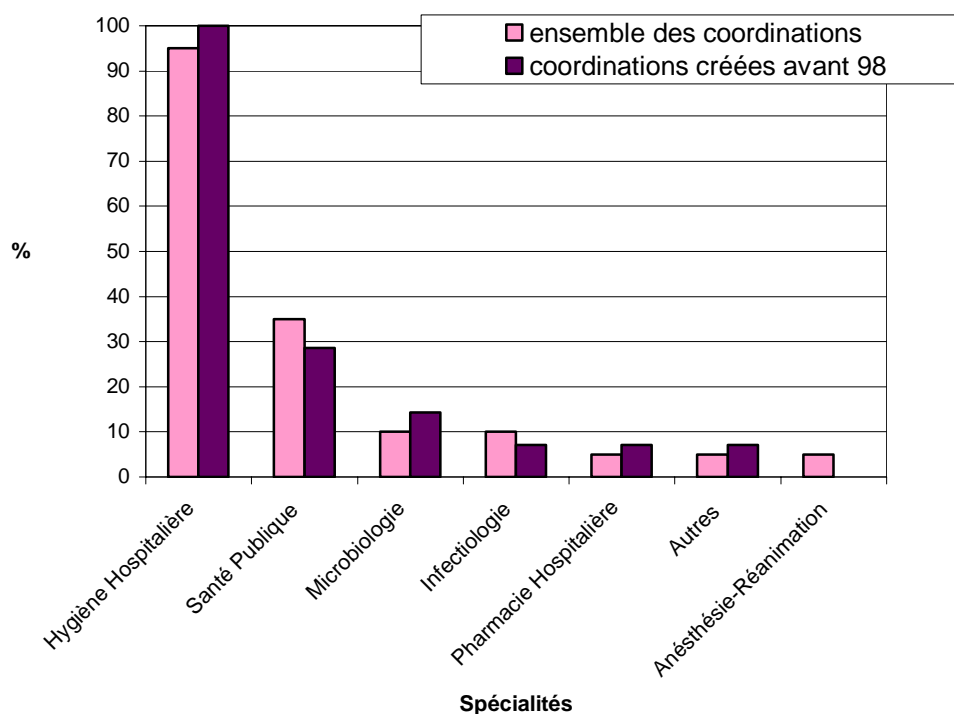
- *Formation initiale*

13 coordinateurs sont des médecins (2/3), 4 des pharmaciens et 3 des cadres infirmiers.

- *Spécialités*

Dix-neuf coordinateurs (95 %) sont spécialisés en hygiène hospitalière. La seconde spécialité le plus fréquemment rencontrée est la santé publique. Aucun effet région ni aucun effet chronologique n'ont été mis en évidence dans la répartition des coordinateurs. La figure 2 présente les spécialités des coordinateurs régionaux dans l'ensemble des régions ainsi que dans les 14 coordinations les plus anciennes (créées avant 1998). Le tableau 3 présente la répartition des spécialités selon la formation initiale des coordinateurs.

Spécialité des coordinateurs régionaux (figure 2)



Répartition des spécialités selon la formation initiale des coordinateurs (tableau 3)

	Médecins	Pharmaciens	Cadres
Hygiène hospitalière	12	4	3
Santé publique	7	2	0
Microbiologie	0	0	0
Infectiologie	2	0	0
Anesthésie/Réanimation	1	0	0
Pharmacie hospitalière	0	1	0
Autre	0	1	0

▪ *DU d'hygiène hospitalière*

Pour la « possession » d'un Diplôme Universitaire (DU) d'hygiène hospitalière, il y a eu 14 réponses positives, 3 réponses négatives et 3 non-réponses. Les 3 cadres, 3 pharmaciens sur 4, et 8 médecins sont titulaires d'un DU. Les années d'obtention du DU s'échelonnent entre 1983 et 2002 ; les université de formation sont nombreuses.

▪ *Statut*

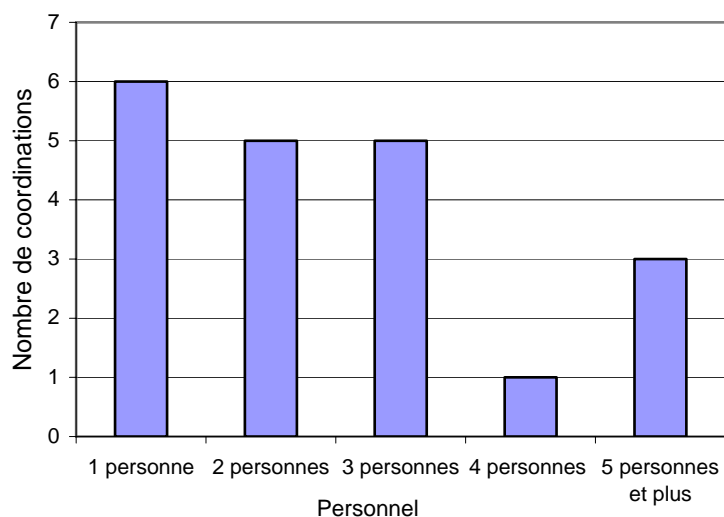
Tous les coordinateurs praticiens ont un statut de praticien hospitalier, à l'exception d'un praticien spécialiste des CLCC. Les 3 cadres sont des titulaires dans le CHRU correspondant.

Les équipes

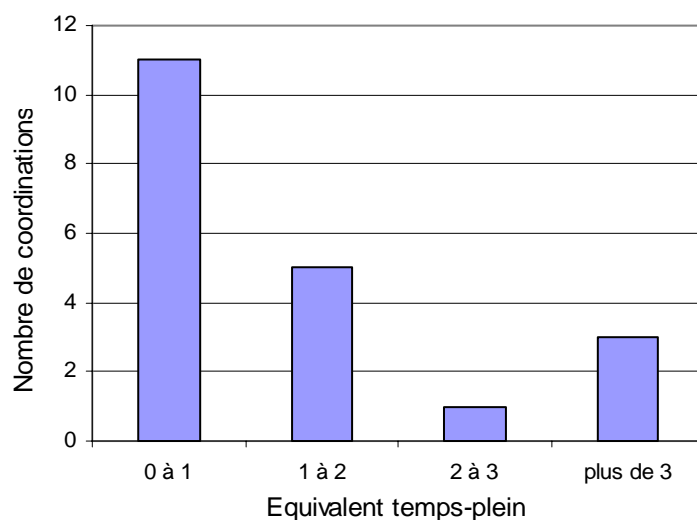
▪ *Effectif*

L'effectif du personnel travaillant pour la coordination varie de une à huit personnes (2,75 en moyenne) comme le montre la figure 3. Dans 30 % des régions, le coordonnateur est seul. Toutes catégories de professionnels confondues, le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) consacré à la coordination varie de 0,5 à 6 avec une moyenne de 1,67 (figure 4). Dans plus de la moitié des cas (55 %), le nombre d'ETP est inférieur ou égal à un.

Effectif de la coordination, en incluant le coordonnateur (Figure 3)



Nombre d'équivalents temps-plein consacrés à la coordination (figure 4)



▪ *Catégories de personnel*

Les professions les moins souvent rencontrées sont les techniciens bio-hygiénistes et les documentalistes. Ces derniers ne sont présents dans aucune coordination régionale (tableau 4). Même si les professions médicales, les infirmières et les secrétaires sont représentées dans la moitié des régions ou plus, il n'apparaît pas de composition type ou minimale des équipes.

Représentation des différentes professions dans les coordinations (tableau 4)

Profession	Proportion de coordinations où cette profession est représentée (N=20)
Médecin	65 %
Pharmacien	25 %
Infirmières	60 %
Bio-hygiénistes	10 %
Documentalistes	0 %
Secrétaires	50 %
Autres*	25 %

*analyste programmeur, biostatisticien, assistant statisticien, technicien

- *Rémunération*

Différents cas de figure existent : le coordinateur peut soit travailler et être rémunéré à temps plein (7 régions) ou à temps partiel (8 régions) pour la coordination, soit effectuer ce travail en plus de ses autres activités sans être rémunéré pour cette fonction (5 régions).

Les postes de coordinateur sont rémunérés soit par le CCLIN (intégralement dans 3 régions et partiellement dans deux autres), soit par l'ARH. Les crédits du CCLIN servent également à financer en partie ou en totalité les postes d'infirmières dans 7 régions, de secrétariat dans 5 régions, et les « autres » postes dans 2 régions. Ils servent également à financer des vacations de praticiens dans 2 régions.

Activités des coordinations régionales

1. Etat des lieux

L'ensemble des coordinations a réalisé un état des lieux de la lutte contre les infections nosocomiales dans leur région, par exemple, en adressant un questionnaire aux présidents des CLIN de la région.

2. Actions de coordinations

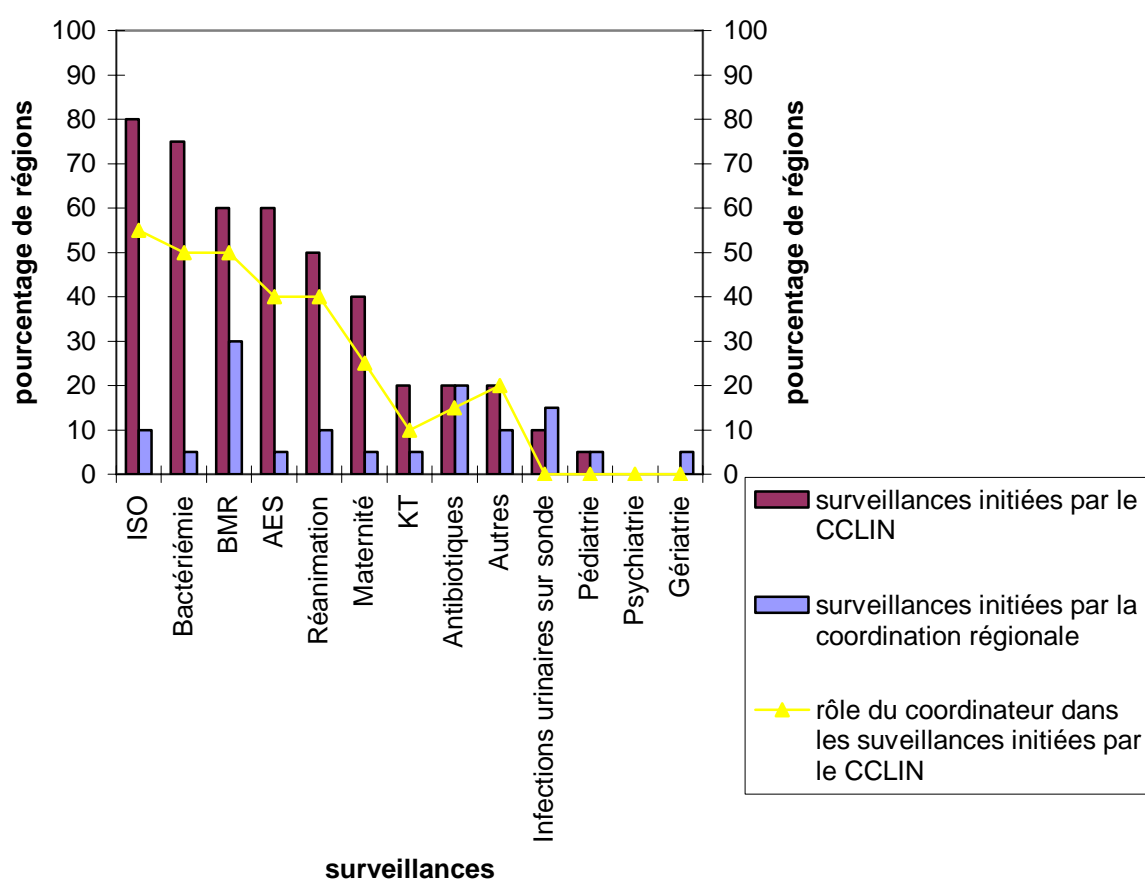
- Actions de surveillance (incidence)

Le questionnaire demandait aux coordinations, quelles enquêtes d'incidence des infections nosocomiales étaient organisées dans la région. Ces surveillances pouvaient être initiées soit par le CCLIN, soit par la coordination elle-même. Dans le cas d'une organisation par le CCLIN, le coordinateur régional devait préciser le rôle particulier assumé dans cette surveillance.

La majorité des régions participent aux surveillances proposées par les CCLIN, notamment celles qui sont organisées dans le cadre du RAISIN ; elles concernent les sites principaux (infections du site opératoire, bactériémies) ou des infections dont la prévention est définie comme prioritaire (bactéries multi résistantes, accidents d'exposition au sang, infections en réanimation). Pour ces surveillances organisées par les CCLIN, le coordonnateur joue dans deux cas sur trois, un rôle de relais.

Les surveillances mises en place par les régions concernent principalement les BMR et la surveillance de la consommation des antibiotiques. Dans le cas de surveillances organisées par les CCLIN, les régions sont surtout présentes pour la consommation des antibiotiques, les infections urinaires sur sonde et les bactéries multi résistantes. Aucune surveillance des infections nosocomiales n'est mise en place spécifiquement pour la psychiatrie (figure 5).

Surveillances (figure 5)



▪ Etablissements et services participant à ces surveillances :

Le questionnaire demandait de préciser pour chaque type d'établissement (CHU, cliniques...) l'effectif concerné par l'appel à participation dans la région, ainsi que le nombre d'établissements participant à au moins une surveillance. Les résultats sont présentés dans le tableau 5. Les établissements participant le plus souvent à ces surveillances sont les établissements publics de grande taille (CHU et CHR). Plus de la moitié des hôpitaux publics de type CHG ou CH participent également à au moins une surveillance. Viennent ensuite les hôpitaux psychiatriques (alors qu'aucune surveillance ne leur est destinée de manière spécifique) et les cliniques MCO.

Proportion des établissements participant à au moins une surveillance (tableau 5)

Etablissements	Proportion des établissements participant à au moins une surveillance	Nombre de régions concernées (pour lesquelles les données ont été renseignées)
Total des établissements	0,32 (1034 / 326)	11
CHU / CHR	0,82 (14 / 17)	14
CHG / CH	0,58 (143 / 248)	15
Hôpitaux locaux	0,21 (25 / 117)	12
Cliniques MCO	0,35 (111 / 316)	13
Centre Hospitaliers psychiatriques	0,41 (19 / 46)	10
Hôpitaux SSR / SLD	0,15 (23 / 150)	9
Structures HAD	0 (0 / 8)	0
Structures « autres »	0,22 (14 / 65)	10

- Evaluations et audits :

Des audits et évaluations sont organisés par le CCLIN et par les coordinations régionales (tableau 6). Les CCLIN organisent des audits ou évaluations de pratiques dans 11 régions sur des thèmes variés : préparation de l'opéré, isolement septique, antibio-prophylaxie chirurgicale... Les coordonnateurs régionaux jouent un rôle spécifique dans ces audits dans 9 cas (participation à l'élaboration de protocole, organisation de réunions d'information ou réponses aux questions ponctuelles par exemple). Des audits et évaluations de pratiques sont également initiés par les coordinations régionales dans 7 régions sur des thèmes, comme les fiches de liaison de patients porteurs de BMR ou la désinfection des endoscopes.

Les audits ou évaluations de structures et de ressources sont organisés par le CCLIN dans quatre régions avec la participation des coordinateurs. Ils sont initiés par la coordination elle-même dans quatre régions. Il s'agit par exemple d'audit de la consommation de produits d'hygiène des mains ou d'évaluation de la mise en place des correspondants en hygiène.

Il n'y a pas d'audits organisationnels réalisés à l'initiative du CCLIN, mais trois coordinations sont à l'origine de ce type d'audit. Les audits de connaissance sont organisés par le CCLIN dans une région, et par la coordination dans deux régions. D'autres types d'audits sont également organisés par les coordinations comme, par exemple, l'évaluation de la circulaire 138 sur la prévention du risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels dans trois régions.

Evaluations et audits organisés par les CCLIN et par les régions (tableau 6)

Type d'audit	Organisé par le CCLIN	Organisé par la région
De pratiques	11 (N=16)*	7 (N=18)
Organisationnels	0 (N=16)	3 (N=19)
Des connaissances	1 (N=16)	2 (N=19)
Des structures /ressources	4 (N=16)	4 (N=19)
Autres	1 (N=15)	6 (N=18)

(* N : nombre de réponses obtenues. La même « notation » sera utilisée dans la suite du texte)

- Autres actions spécifiques à la région

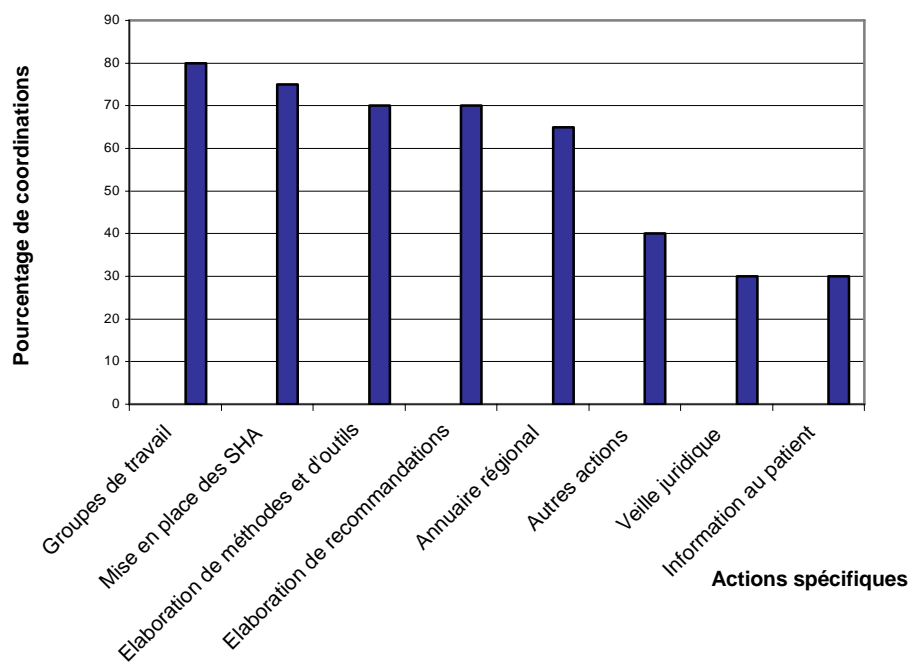
D'autres actions sont organisées par les coordinations régionales (figure 6). La mise en place de groupes de travail avec les professionnels sur des thèmes variés est la plus fréquemment réalisée (hygiène des ambulances, information du patient, modalités d'utilisation des antiseptiques...). Les actions destinées à favoriser l'utilisation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains comprennent des campagnes d'information dans 13 régions, la réalisation d'étude de coût dans une seule région et d'autres formes d'action dans 5 régions.

Les méthodes et outils élaborés par les coordinations sont très divers : fiche de liaison pour les porteurs de BMR, ABCDaire d'hygiène, applications informatiques pour les surveillances par exemple. La veille juridique peut consister en présentation des nouveaux textes réglementaires lors des réunions, ou en envoi de formulaires dans les établissements, pour que ceux-ci puissent demander les textes qui les intéressent.

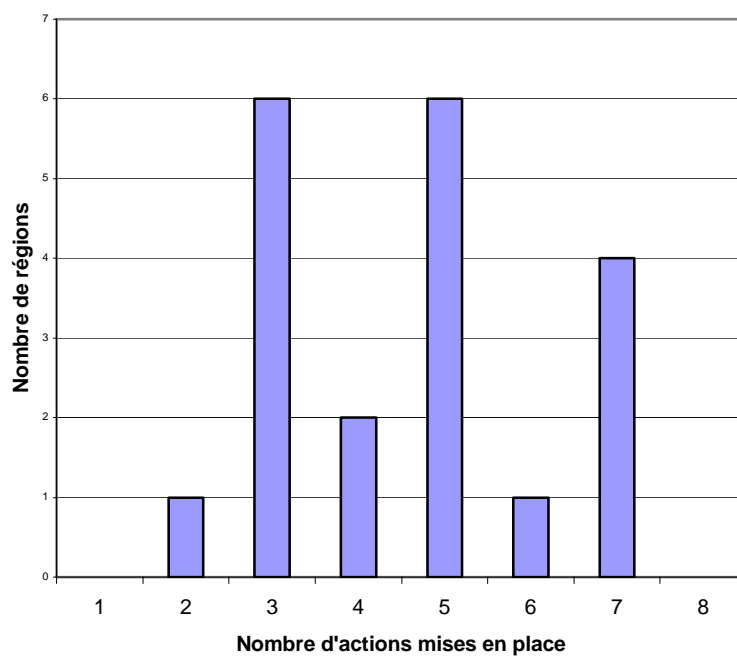
L'élaboration de recommandations est réalisée sur des sujets variés : hémodialyse, entretien des dispositifs médicaux de réanimation... En revanche, l'information du patient qui est considérée comme un axe prioritaire, n'est abordée que dans 30 % des régions.

Le nombre de ces autres actions spécifiques mises en place par chaque coordination régionale varie de 2 à 7 (moyenne = 4,6) (figure 7).

Pourcentage de coordinations organisant d'autres actions spécifiques (figure 6)



Nombre d'autres actions spécifiques réalisées par les coordinations régionales (Figure 7)



3. Actions d'expertise.

Les coordinations régionales dans leur ensemble réalisent des actions d'expertise dans différents domaines (tableau 7).

Domaines d'expertise des coordinations régionales (tableau 7)

Actions d'expertise	Nombre de régions où ces actions sont organisées	Exemples d'actions réalisées
Epidémies (TIAC, gale, ...)	13 (N=19)	Gale, hépatite C, tuberculose
Problèmes environnementaux	12 (N=18)	Légionellose mise en place d'un réseau de surveillance
Assistance méthodologique	14 (N=18)	Epidémiologie, bio-statistique
Saisie et analyse des données	17 (N=19)	Bilan informatisé des CLIN Enquêtes régionales
Aide à l'élaboration de rapports d'étude	9 (N=18)	
Autres actions d'expertise	14 (N=19)	Réponse aux demandes de conseils téléphoniques, définition de programme d'actions dans des établissements

4. Actions de formation en hygiène hospitalière

Des formations en hygiène sont organisées dans toutes les régions étudiées. Les formations diplômantes sont mises en place dans la moitié des régions (10). Des Diplômes d'Université sont proposés dans ces 10 régions et des formations supplémentaires sont organisées dans 5 d'entre elles.

Les formations non diplômantes sont organisées dans 17 régions en nombre variable suivant les régions. Les thèmes sont nombreux ; ils sont généraux (initiation à l'hygiène, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales), ou plus ciblés (A.E.S, les antiseptiques...).

La durée de chaque formation est en moyenne de 3 jours (durée moyenne calculée sur 69 formations), mais plus de 2/3 des formations (68 %) ont une durée égale ou inférieure à 2 jours. Le pourcentage des formations sur site est de 65.8 % (proportion calculée sur un total de 79 formations).

Des formations spécifiques concernant les outils informatiques sont organisées dans 12 régions. Il s'agit de formation au logiciel Epi info pour l'ensemble de ces formations ; Epi Info est le logiciel utilisé pour faire le bilan standardisé des CLIN. Les formations sur site sont peu fréquentes (12.5 %, N=16). La durée de chaque formation est en moyenne de 2,6 jours (N=15). La moyenne des personnes formées est de 17 personnes (N=16).

Des journées régionales sont mises en place par toutes les coordinations étudiées. Elles s'adressent selon le thème soit à un public spécifique, hygiénistes par exemple soit à un public plus large : praticiens, infirmières, aides-soignantes, administratifs... Leur périodicité varie d'une session tous les 2 ans, à plusieurs par an selon les régions. Le nombre de participants à ces journées est en moyenne de 211 personnes (effectif moyen calculé pour 52 journées régionales).

Les séances bibliographiques sont organisées par trois régions ; leur périodicité varie de 2 à 9 séances par an. Elles concernent les praticiens hygiénistes dans une des régions, les praticiens et les infirmières hygiénistes dans la deuxième et les praticiens, les infirmières et d'autres professionnels (directeurs, représentants des tutelles) dans la troisième.

5. Actions destinées à favoriser le signalement des infections nosocomiales

Six coordinations sur 20 possèdent la liste exhaustive des professionnels responsables du signalement dans chaque établissement ; mais 18 ont mis en place des actions visant à favoriser le signalement. Les types d'actions mises en place figurent dans le tableau 8.

Actions destinées à favoriser le signalement des infections nosocomiales, mises en place par les coordinations régionales (tableau 8)

Type d'action	Nombre de régions ou ces actions sont organisées
Aide à la décision relative au signalement	14 (N=19)
Réunions d'information sur des signalements reçus à l'échelon régional	7 (N=19)
Organisation de réunions de sensibilisation	15 (N=20)
Aide à l'investigation de cas	14 (N=20)
Aide à la mise en place d'actions correctives pour éviter la répétition de l'épisode	12 (N=20)
Autres actions : mise en place de cellule de crise, diffusion de la circulaire et de la fiche de signalement aux établissements	5 (N=19)

6. Participation à des actions concernant la coordination des vigilances

Cinq coordinations participent à des actions concernant la coordination des vigilances, soit au niveau régional, soit au niveau de l'établissement.

7. Définitions de priorités régionales actuelles

Treize coordinations sur 20 ont défini des priorités différentes des priorités nationales ou inter-régionales. Ces priorités sont très variables d'une région à l'autre; il peut s'agir de la mise en place d'unités d'hygiène inter-établissements, de l'élaboration de référentiel, de la promotion de l'hygiène des mains...

8. Participation aux réunions de CLIN

Quatorze coordonnateurs participent à des réunions de CLIN des établissements de la région.

9. Participation à des réunions du CCLIN

Un seul coordinateur régional a répondu ne pas participer aux réunions du CCLIN. Les réunions consistent en réunion de coordination, groupes de travail, conseil scientifique, conseil inter-régional...

10. Unités d'hygiène

- Unités d'hygiènes locales

Dix-sept coordinateurs se sont impliqués dans les unités d'hygiène locales. Cette implication concerne la mise en place des unités pour 9 d'entre eux, leur développement (11) et leur fonctionnement (14). Parmi ces 17 coordonnateurs, près de la moitié se sont impliqués dans les trois aspects (mise en place, développement et fonctionnement) (tableau 9).

- Unités d'hygiène inter-établissements

Des unités d'hygiène inter-établissements existent dans 19 régions. Elles ont été mises en place à l'échelon départemental dans 9 régions, au niveau du secteur sanitaire défini par l'ARH dans 10 régions et entre établissements voisins dans 11 régions.

Le coordonnateur est impliqué dans la mise en place de ces unités dans 11 de ces 19 régions, dans leur développement dans 8 régions et dans leur fonctionnement dans 8 régions.

Implication des coordonnateurs régionaux dans les unités d'hygiène locales et inter-établissements (tableau 9)

Différents types d'implications des coordonnateurs régionaux	Nombre de coordonnateurs impliqués
<i>Unités d'hygiène locales</i>	
Mise en place seulement	0
Développement seulement	1
Fonctionnement seulement	5
Mise en place et développement	1
Mise en place et fonctionnement	0
Développement et fonctionnement	1
Tout	8
<i>Unités d'hygiène inter-établissements</i>	
Mise en place seulement	4
Développement seulement	0
Fonctionnement seulement	2
Mise en place et développement	2
Mise en place et fonctionnement	0
Développement et fonctionnement	1
Tout	5

11. Mise en place d'outils d'information sur les activités de la coordination régionale

Des outils d'information sont mis en place dans 17 régions. Le tableau 10 indique pour chaque type d'outil le nombre de régions où ces outils ont été mis en place.

Outils d'information sur les activités de la coordination régionale (tableau 10)

Types d'outils	Nombre de régions Concernées
Bulletins	6 (N=19)
Articles	7 (N=20)
Rapports	13 (N=20)
Guides	9 (N=20)
Plaquettes d'information	3 (N=20)
Existence d'un site internet	8 (N=20)
Forums sur site internet	5 (N=20)

12. Documentation

Neuf coordinations régionales assurent le prêt d'ouvrages, de CD, de vidéos.

13. Réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des établissements.

Trois coordinations ont réalisé une enquête de satisfaction auprès des établissements.

14. Rapport d'activité

Seule une coordination régionale a répondu ne pas avoir rédigé de rapport d'activité annuel. Ces rapports sont transmis au CCLIN.

15. Projets régionaux pour les deux prochaines années

Dix-sept coordinations sur 20 ont initié des projets pour les deux prochaines années. Ces projets concernent aussi bien la coordination elle-même (recrutement de personnel, évaluation du programme régional, création d'un site Internet), que le développement des différentes activités (surveillance, formation, élaboration de guides, information des usagers, séances bibliographiques...)

**RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE
REALISEE AUPRES DES ETABLISSEMENTS**

ENQUETE REALISEE AUPRES DES ETABLISSEMENTS

Parmi les 403 établissements de l'échantillon, 4 avaient cessé leur activité. Sur les 399 autres, **310 (77,7%) ont répondu**. En fonction des principaux types d'établissements représentés, la proportion de réponse au questionnaire a varié de 66,7 % à 84,7 %. Si l'on ne prend pas en compte la Corse, la Martinique et la Guadeloupe (effectifs trop faibles), la proportion d'établissements ayant répondu au questionnaire par région a varié de 70,6 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur) à 90,9 % (Aquitaine). Près de 9 questionnaires sur 10 ont été remplis par une seule personne, le Président du CLIN dans la majorité des cas (58,4 %). Enfin, 73,2 % des établissements de l'échantillon ayant répondu disposaient d'une équipe opérationnelle d'hygiène.

Sur les 310 établissements ayant répondu, 234 étaient localisés dans des régions dans lesquelles existait une coordination régionale. Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire dans ces établissements, **129 (55,1 %) connaissaient l'existence de la coordination régionale** et étaient capables de l'identifier correctement. Parmi les 129 établissements, plus d'un sur 5 ont déclaré avoir été aidé par la coordination régionale, pour la création d'une unité d'hygiène locale ou inter établissement, notamment pour l'attribution de postes. Une procédure pour contacter la coordination régionale en cas d'urgence était connue par 16,3 % des établissements.

Les actions de surveillance (79,1 %) et de formation (51,9 %) coordonnées par les C-CLIN ou les coordinations régionales ont été les plus citées par les 129 établissements. La plupart des établissements ayant cité les différentes actions ou projets y ont également participé. Les actions de surveillance citées étaient principalement organisées par les C-CLIN, alors que les groupes de travail et les actions de formation étaient plutôt proposés par les coordinations régionales.

Les contacts des 129 établissements connaissant la coordination régionale sont apparus équilibrés entre la coordination régionale (52,7 %) et le C-CLIN (55,8 %). Les deux principaux motifs de contacts cités étaient une demande de renseignements, de conseils ou d'assistance méthodologique (47,3 % de l'ensemble des motifs pour la coordination et 33,3% pour le C-CLIN) et la réalisation d'enquêtes en incluant la saisie et l'analyse de données (22,6 % et 26,7 % respectivement). Le C-CLIN était aussi sollicité pour le signalement et l'investigation d'épidémies (20 %) et la documentation (15,2 %).

D'après les 84 établissements ayant donné leur avis concernant les caractéristiques du contact avec la coordination régionale, 79 (94,0 %) ont considéré qu'il était très facile ou plutôt facile de joindre l'intervenant, et que ce dernier était très disponible ou plutôt disponible. Parmi les 96 personnes ayant donné leur avis sur l'existence d'une adéquation entre les propositions de la coordination régionale et les problèmes d'hygiène rencontrés dans leur établissement, 91,7 % ont répondu en exprimant leur satisfaction pour les actions de la coordination régionale. En sus de la lutte contre les BMR, thème le plus souvent cité, les attentes de certains établissements ont concerné des thèmes spécifiques comme l'hygiène en rééducation ou les infections nosocomiales en psychiatrie.

Sur les 129 établissements, 87 ont porté un jugement sur les actions de la coordination régionale. Parmi eux, 52,9% ont considéré que l'activité de la coordination était indispensable, 35,6% qu'elle était utile, et 11,5% que la structure devait encore faire ses

preuves. Parmi les 42 personnes n'ayant pas porté de jugement, 17 considéraient que la structure était trop récente pour qu'elles puissent se prononcer.

Plus de la moitié (52,3 %) des 310 établissements ayant répondu au questionnaire ont déclaré avoir des contacts avec la DDASS, 29,0 % avoir des contacts avec la DRASS, et 9 % avec l'ARH. Le principal motif de contact avec la DDASS était le signalement des infections nosocomiales (53,0 % des établissements). Les contacts avec la DRASS ont des motifs beaucoup plus variés : actions de prévention ou information (19,5 %), signalement (16,9 %), renseignement ou conseil (10,6 %)). Cependant, la transmission du rapport annuel du CLIN n'a été citée que par 5,2 % des établissements. Enfin, les contacts avec l'ARH concernaient surtout des questions de financement.

Enfin, la principale information obtenue de l'analyse des commentaires libres a été que la structure régionale permettait de rompre l'isolement ressenti par les hygiénistes dans leur établissement.

RESULTATS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE REALISEE AUPRES DES ETABLISSEMENTS

1. Description de l'échantillon

L'échantillon comprend 403 établissements.

11. Répartition par type d'établissement

Tableau 1

	Nombre d'établissements			
	France		Echantillon	
Centre Hospitalier	604	23,92	98	24,32
Etab. Soins Pluridis.	525	20,79	85	21,09
Etab. Conval. et Repos	328	12,99	45	11,17
Hôpital Local	265	10,50	44	10,92
Etab. Soins Chirur.	201	7,96	32	7,94
Etab. Réadapt. Fonct.	196	7,76	30	7,44
C.H.R.	158	6,26	33	8,19
Etab. Soins Médicaux	93	3,68	14	3,47
M.E.C.S Permanente	32	1,27	4	0,99
M.E.C.S Temporaire	24	0,95	4	0,99
Ctre Lutte C. Cancer	21	0,83	4	0,99
Maison de Régime	17	0,67	4	0,99
Etab. Obs. Chir. Gynéco	15	0,59	0	0,00
Etab. Soins Long. Dur.	15	0,59	3	0,74
C. H. S. Mal. Mental	11	0,44	0	0,00
Pouponnière Car. San.	11	0,44	1	0,25
S.I.H.	8	0,32	2	0,50
Etab. Lutte Tubercul.	1	0,04	0	0,00
	2525		403	

12. Répartition par nombre de lits

Tableau 2

Nombre de lits	Nombre d'établissements			
	France		Echantillon	
	Nb	%	Nb	%
<100	1540	60,99	228	56,58
100 à 399	819	32,44	139	34,49
400 à 800	132	5,23	27	6,70
>800	34	1,35	9	2,23
	2525		403	

13.. Répartition par région

Tableau 3

	Nombre d'établissements			
	Région		Echantillon	
Ile-de-France	342	13,54	55	13,65
Rhône-Alpes	281	11,13	40	9,93
Provence-Alpes-Côte d'Azur	236	9,35	34	8,44
Nord - Pas de calais	149	5,90	21	5,21
Aquitaine	148	5,86	22	5,46
Pays de Loire	130	5,15	18	4,47
Midi-Pyrénées	126	4,99	18	4,47
Lorraine	115	4,55	17	4,22
Languedoc-Roussillon	113	4,48	16	3,97
Bretagne	100	3,96	15	3,72
Alsace	88	3,49	12	2,98
Centre	88	3,49	13	3,23
Bourgogne	86	3,41	13	3,23
Picardie	76	3,01	11	2,73
Poitou-Charente	70	2,77	11	2,73
Auvergne	64	2,53	9	2,23
Normandie (Basse)	62	2,46	10	2,48
Champagne-Ardennes	58	2,30	17	4,22
Normandie (Haute)	58	2,30	14	3,47
Franche-Comté	53	2,10	15	3,72
Limousin	35	1,39	11	2,73
Corse	21	0,83	6	1,49
Guadeloupe	11	0,44	4	0,99
Réunion	10	0,40	0	0,00
Martinique	4	0,16	1	0,25
guyanne	1	0,04	0	0,00
	2525		403	

2. Résultats

Sur les 403 établissements constituant l'échantillon, 4 établissements avaient cessé leur activité.

310 établissements sur 399 (77,7 %) ont répondu :

- envoi initial : 110 réponses
- première relance : 108 réponses
- deuxième relance : 92 réponses

21. Caractéristiques des établissements répondants

211. Proportion d'établissement répondants dans l'échantillon selon le type d'établissement

Tableau 4

ETABLISSEMENT	Echantillon	Nombre de réponses	Proportion (%)
C.H.R.	33	22	66,7
Hôpital Local	44	34	77,3
Etab.Conval.et Repos	45	36	80
Maison de Régime	4	2	50
Etab. Soins Chirur.	32	24	75
Etab. Soins Médicaux	14	11	78,6
Ctre Lutte C. Cancer	4	3	75
Etab. Réadap. Fonct.	30	25	83,3
M.E.C.S Temporaire	4	1	25
Pouponnière Car.San.	1	1	100
M.E.C.S Permanente	4	4	100
Centre Hospitalier	98	83	84,7
Etab.Soins Pluridis.	85	64	75,3
Etab.Soins Long.Dur.	0	0	0
S.I.H.	0	0	0

212. Proportion d'établissements répondants dans l'échantillon selon les régions

Tableau 5

	Echantillon	Nombre de réponses	Proportion (%)
Alsace	12	9	75
Aquitaine	22	20	90,9
Auvergne	9	7	77,8
Bourgogne	13	9	69,2
Bretagne	15	12	80
Centre	13	10	76,9
Champagne-Ardenne	17	15	88,2
Corse	6	3	50
Franche-Comté	15	11	73,3
Guadeloupe	4	2	50
Ile-de-France	55	40	72,7
Languedoc-Roussillon	16	14	87,5
Limousin	11	9	81,8
Lorraine	17	15	88,2
Martinique	1	1	100
Midi-Pyrénées	18	14	77,8
Nord - Pas de calais	21	15	71,4
Normandie (Basse)	10	8	80
Normandie (Haute)	14	10	71,4
Pays de Loire	18	13	72,2
Picardie	11	8	72,7
Poitou-Charente	11	9	81,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	34	24	70,6
Rhône-Alpes	40	32	80

213. *Personne ayant rempli le questionnaire*

89% des questionnaires ont été remplis par une seule personne. La fonction la plus représentée parmi les répondants est celle de président de CLIN (58,4 % des questionnaires).

214. *Equipe opérationnelle d'hygiène*

73,2 % des établissements ayant répondu ont une équipe opérationnelle intra ou inter-établissements.

22. Connaissance de la coordination régionale

221. *Existence de la coordination régionale*

Sur les 310 réponses 234 concernent des régions où il existe une coordination régionale (tableau 6).

Parmi ces 234 établissements, 129 (55,1%) ont

- répondu positivement à la question sur l'existence de la coordination
- en citant la bonne structure (figure 1).

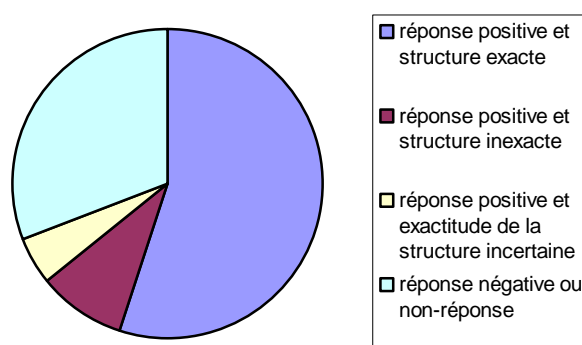
La structure citée n'est pas exacte dans 21 cas : il est alors cité soit le CCLIN, soit l'équipe d'hygiène du CHU, soit une structure de LIN territoriale (secteur sanitaire, département ou région).

Tableau 6 : Connaissance de la coordination régionale

Situation existant dans la région	Réponse de l'établissement sur l'existence d'une coordination régionale	Exactitude de la structure citée	Nombre de réponses
Existence d'une coordination Régionale *	positive	oui	129
		non	21
		imprécis	12
Absence de coordination régionale	négative (ou ne se prononce pas)		72
	négative		52
	positive (ou ne se prononce pas)		24

* Les coordinations régionales considérées sont les antennes du CCLIN existant dans les régions au moment de l'enquête, et distinctes du CCLIN. Il s'agit des régions suivantes : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardennes, Franche-Comté, Guadeloupe, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord - Pas de Calais, Basse Normandie, Haute Normandie, Pays de Loire, Picardie, Poitou-Charente, Provence-Alpes-Côte d'Azur

Figure1 : répartition des réponses concernant les coordinations régionales dans les régions où celles-ci existent (234)



Dans la suite du texte, selon les sujets abordés le dénominateur sera soit :

- l'échantillon des 310 répondants
- les 129 établissements ayant répondu positivement à la question sur l'existence de la coordination en citant la bonne structure

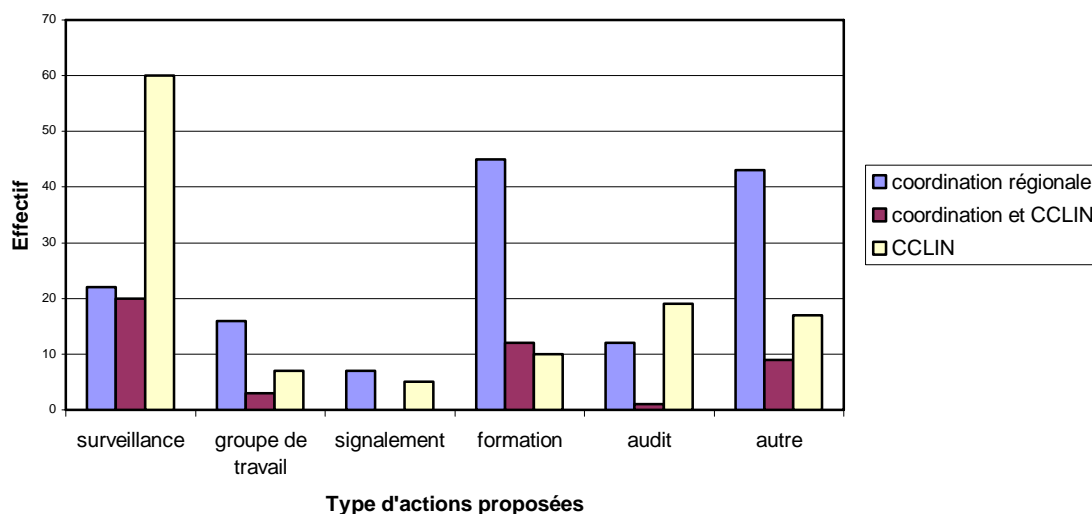
222 .Actions et projets proposés par la coordination régionale et par le CCLIN

Les actions de surveillances sont les actions le plus souvent citées par les établissements. Les actions visant à favoriser le signalement sont les moins fréquentes (Tableau 7). Les actions de surveillance citées sont majoritairement organisées par le CCLIN : 60 (46,5 %) des 129 établissements connaissant la coordination régionale citent des surveillances organisées par le CCLIN, 20 (15,5 %) citent à la fois les surveillances proposées par le CCLIN et celles proposées par la coordination régionale ; 22 (12,9 %) ne citent que celles proposées par la coordination régionale. Les actions de formation citées le plus souvent sont celles des régions (figure2).

Tableau 7 :
Actions et projets proposés par la coordination régionale et par le CCLIN

	Proportion d'établissements (parmi les 129) ayant cité des actions et projets proposés par la coordination régionale et / ou par le CCLIN (%)	Proportion d'établissement ayant participé à ces actions (%)
Surveillance	79,1	72,1
Groupe de travail	20,2	19,4
Signalement	9,3	9,3
Formation	51,9	49,6
Audit	24,8	20,9
Autres (réunion, documentation, guides...)	53,5	45,7

Figure2 : Structures à l'origine des actions citées par les établissements



223. Aide de la coordination pour la création d'une unité d'hygiène

27 des 129 établissements (20,9 %) ont répondu avoir été aidés par la coordination pour la création d'une unité d'hygiène locale ou inter-établissement notamment pour l'attribution de postes.

224. Procédure pour contacter la coordination régionale en cas d'urgence

21 (16,3%) des 129 établissements ont répondu qu'il existait une procédure de contact de la coordination régionale en cas d'urgence.

23. Relations avec les institutions départementales ou régionales

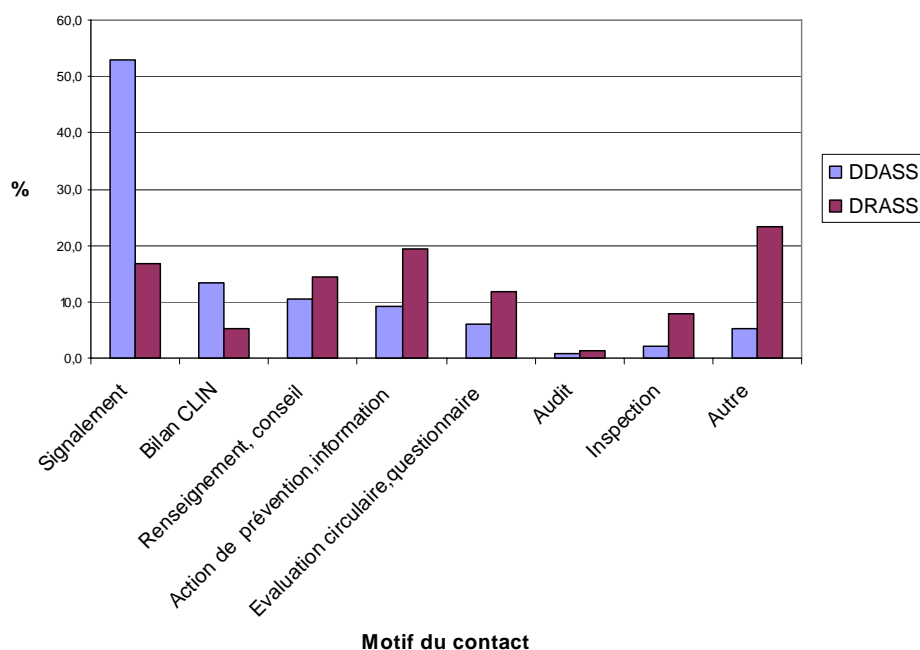
231. DDASS et DRASS

162 (52,3 %) des 310 établissements ont répondu avoir des contacts avec la DDASS et 107 (66 %) de ces 162 établissements y ont un interlocuteur identifié (dans 79 cas sur 107 -78,8 %- un praticien inspecteur)

90 établissements (29 %) ont répondu avoir des contacts avec la DRASS. Parmi ces établissements 82,2 % y ont un interlocuteur identifié ; il s'agit dans 58,1 % des cas d'un praticien inspecteur et dans 23 % des cas du coordinateur régional (quand la coordination est située à la DRASS).

La figure 3 donne, pour ces deux structures, la répartition des motifs de contact (151 motifs de contact cités pour la DDASS et 77 motifs cités pour la DRASS). Les motifs de la catégorie « autres » sont variés : visite de l'établissement, invitation à une réunion, coordination des vigilances, demande de poste...

Figure 3 : Motifs de contacts des établissements avec la DDASS et la DRASS



232. ARH

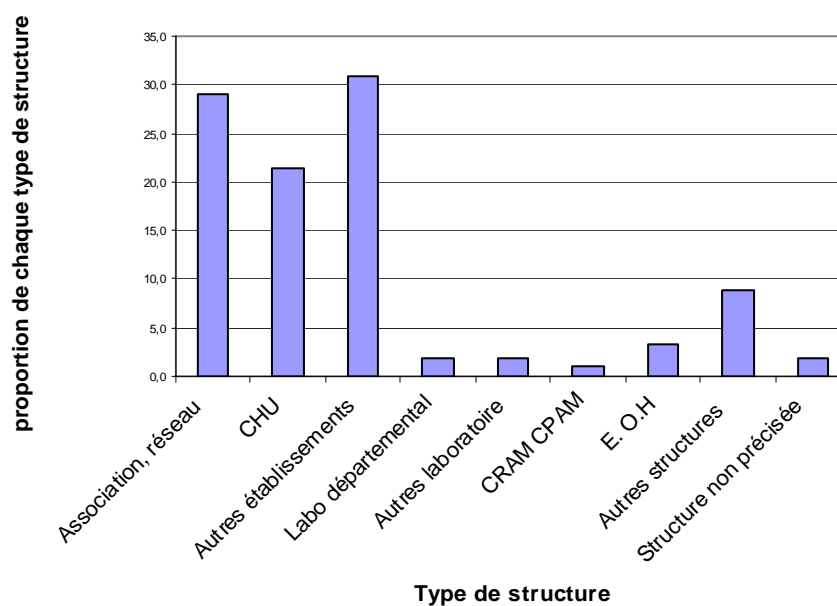
Les contacts avec l'ARH sont moins nombreux qu'avec la DRASS ou la DDASS (28 cas sur 310). Parmi les 24 motifs de contact explicités, 10 concernent les contrats d'objectifs et de moyens et 4 la création de poste ou le financement.

233. Autres structures

Parmi les 310 établissements 162 ont cité une ou plusieurs autres structures avec lesquelles ils sont en contact dans le cadre de la LIN : 125 établissements ont cité une seule structure, 26 ont cité deux structures, et 11 établissements en ont cité trois ou quatre.

Les proportions de chaque type de structure citées sont représentées dans la figure 4. Il existe un interlocuteur identifié dans 85,5 % des cas.

Figure 4 : Autres structures citées par les établissements



24. Opinion sur la coordination régionale

241. Utilité de la coordination régionale

Parmi les 129 établissements 102 (79,1%) la trouvent utile, 14 la trouve inutile et 10 ne se prononcent pas.

242. Contacts avec la coordination régionale et le CCLIN

Parmi les 310 établissements, 153 (49,4 %) ont des contacts avec le CCLIN.

Parmi les 129 établissements, 23 (17,8 %) ont répondu avoir eu des contacts uniquement avec la coordination, 45 (34,9 %) avec le CCLIN et la coordination, et 27 (20,9 %) avec le CCLIN seul.

Les motifs des contacts avec le CCLIN et la coordination de ces 129 établissements sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Motifs des contacts avec le CCLIN et la coordination (deux réponses possibles)

Motif du contact	CCLIN (105 motifs cités)	Coordination (93 motifs cités)
Renseignements, Conseils, assistance méthodologique	35 (33,3 %)	44 (47,3 %)
Documentation	16 (15,2 %)	3 (3,2 %)
Enquêtes, saisie et analyse de données	28 (26,7 %)	21 (22,6 %)
Signalement, investigation d'épidémie, conduite à tenir	21 (20 %)	8 (8,6 %)
Formation	2 (1,9 %)	9 (9,7 %)
Autre	3 (2,9 %)	8 (8,6 %)
	100 %	100%

Pour la coordination régionale, la répartition des 84 réponses concernant la facilité de contact et la disponibilité de la personne contactée est indiquée dans le tableau 9.

Tableau 9 : Contacts avec la coordination régionale

Facilité pour joindre l'intervenant		Disponibilité de l'intervenant	
Très facile	52	Très disponible	55
Plutôt facile	27	Plutôt disponible	24
Plutôt difficile	5	Plutôt peu disponible	4
Très difficile	0	Peu disponible	1

Seuls deux établissements ont répondu ne pas avoir obtenu de réponse à la question posée lors de leur dernier appel à la coordination. Lorsque la question nécessitait une intervention sur site l'intervenant s'est déplacé le plus souvent (11 cas sur 16).

243. Adéquation des actions ou thèmes proposés par la coordination régionale

Sur les 129 établissements, 88 (68,2 %) ont répondu qu'il y avait adéquation des propositions de la coordination avec les problèmes d'hygiène rencontrés dans l'établissement, 8 (6,2 %) qu'il n'y avait pas adéquation (absence d'information pour 25,6 %).

Les raisons données en cas d'inadéquation sont par exemple la trop petite taille ou la spécificité de l'établissement.

244. *Attentes concernant les services et actions de la coordination régionale*

Parmi les 129 établissements, la satisfaction de leurs attentes pour les services et actions de la coordination régionale s'exprime de la façon suivante :

Tableau 10 : Satisfaction des attentes des établissements concernant les actions de la coordination régionale

Services /actions	Attentes satisfaites	Attentes non satisfaites	Non réponse ou autre réponse	Total
Mise en place des surveillances	54,3 %	11,6 %	34,1 %	100%
Expertise, conseils	55,8 %	8,5 %	35,7 %	100%
Formation	55,8 %	12,4 %	31,8 %	100%
Journées d'information	66,7 %	3,1 %	30,2 %	100%
Elaboration de recommandation	50,4 %	14 %	35,7 %	100%
Documentation	47,3 %	10,1 %	42,6 %	100%
Autre	9,3 %	1,6 %	89,1 %	100%

Les attentes concernant les journées d'information sont les plus satisfaites.

Pour la documentation, plusieurs établissements ont précisé avoir recours au CCLIN.

245. *Thèmes à aborder et attentes spécifiques*

Parmi les 129 établissements, 56 (43,4 %) ont précisé les thèmes qui devraient être abordés par la coordination et 67 (51,9%) leurs attentes concernant la coordination régionale. Le thème le plus souvent cité est la lutte contre les BMR. Un certain nombre de thèmes classiques sont également cités : maladie de Creutzfeld-Jacob, utilisation des antibiotiques, légionellose et maîtrise du risque environnemental, gestion des déchets, signalement... Certains établissements ont des demandes plus spécifiques : hygiène en rééducation, infections nosocomiales en gériatrie ou développement du partenariat avec les petites structures par exemple.

246. *Opinion sur l'action de la coordination régionale*

L'opinion des 129 établissements est présentée dans le tableau 11. Elle est le plus souvent favorable, mais la création récente de certaines coordinations ne permet pas aux établissements de se prononcer.

Tableau 11 : opinion des établissements sur l'action de la coordination régionale

Opinion	Effectif (proportion d'établissements)
Mène un travail indispensable	46 (35,7 %)
Mène un travail utile	31 (24 %)
Doit encore faire ses preuves	10 (7,8 %)
trop récent pour porter un jugement	17 (13,2 %)
Sans opinion	4 (3,1 %)
Non réponse	21 (16,3 %)
	100 %

247. Commentaires libres des établissements

Plusieurs établissements ont répondu que l'existence des coordinations régionales permettait de rompre l'isolement des hygiénistes ; du fait de leur proximité, elles facilitent les échanges d'expériences et peuvent mener des actions de terrain. Certaines structures souhaitent que la coordination régionale les assiste dans la mise en place de leurs projets, par des interventions sur site notamment. Des établissements ayant une activité particulière (SSR, cancérologie...) attendent de la coordination des actions adaptées à leur spécificité.

D'autres établissements ont répondu qu'ils travaillaient avec le CCLIN et n'avaient pas de contact avec la coordination régionale ou pas connaissance de son existence.

Quelques répondants ont précisé que le manque de temps et de moyens ne leur permettait pas de participer aux actions proposées par la coordination ou le CCLIN.