

## Contribution de 57 Présidents de CLIN du Sud-Est à l'élaboration du Plan quinquennal 2001-2005

Le CTIN a engagé une première réflexion sur le contenu et les priorités d'un deuxième plan quinquennal « Infections nosocomiales » 2001 – 2005. Nous souhaitons que ce 2<sup>ème</sup> plan quinquennal soit l'occasion de réduire les risques infectieux nosocomiaux en complétant et en renforçant l'organisation mise en place lors du 1<sup>er</sup> plan 1996-2000, mais comment ?

Les C.CLIN ont été invités à contribuer au débat, et nous vous présentons ici le résultat du récent questionnaire, contribution de tous ceux qui travaillent au niveau des établissements.

Sur les 800 questionnaires adressés aux CLIN de l'inter-région, 57 nous ont été retournés. La répartition par type d'établissement est la suivante : publics (25), privés (25), PSPH (7). Nous pouvons également considérer la répartition par taille d'établissement : < 100 lits (17), 100–200 lits (16), 200–500 lits (14), > 500 lits (10).

Nous reprendrons les différents thèmes tels qu'ils ont été abordés dans le questionnaire.

### 1. Accroître le nombre de personnels spécialisés et formés

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>35 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>59 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>4 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>2 %</b>

Les activités à envisager pour cela sont par priorité décroissante (plusieurs réponses possibles) :

1. concevoir un cycle de formation en hygiène pour cadres infirmiers ou infirmières spécialisées (33),
2. créer des formations pluridisciplinaires en matière de gestion des risques sanitaires (26),
3. concevoir une filière universitaire de formation de praticiens spécialisés (exemple : DESC) (16),
4. créer des postes hospitaliers sans trop toucher aux formations actuelles (12).

Les autres actions proposées par les CLIN sont :

- le renforcement de la sensibilisation aux notions d'hygiène de TOUTES les catégories professionnelles (ASH, brancardiers... mais aussi les administratifs),
- la proposition de plus de formations pluridisciplinaires universitaires de courte durée,
- une homogénéisation et un renforcement des formations initiales en HH,
- la création d'un stage obligatoire dans un service d'hygiène lors de toutes les formations de personnel (médecin, IFSI ...),
- un travail sur le statut de la profession (IDE, médecin, pharmacien) et une meilleure reconnaissance de cette spécialité.

Les propositions pour faciliter le financement de la formation de ces personnels par les établissements sont les suivantes :

- une enveloppe nationale ou régionale allouée exclusivement à la formation par décision ministérielle, non reconductible,
- une redistribution des économies réalisées,

- une aide de l'état intégrée dans le prix de journée (privé),
- une clarté dans le budget attribué au CLIN,
- ou encore une enveloppe reconductible spécifique attribuée lors de l'établissement du Contrat d'Objectif et de Moyens avec l'ARH.

Le besoin de formations adaptées, sur site, est très marqué, de même que le souhait d'un recours possible aux équipes inter-établissements et à la coopération public/privé.

L'efficacité d'un projet de développement des ressources humaines spécialisées en hygiène hospitalière pourrait être évaluée suivant différentes méthodes :

- une enquête de satisfaction auprès du personnel qualifié formé,
- un audit des modes organisationnels des EOH au sein des établissements et l'analyse des rapports annuels de CLIN,
- une enquête nationale évaluant une semaine d'activité du personnel affecté à l'hygiène, dans le but de faire préciser les tâches qui n'ont pu être accomplies et d'en décrire la charge de travail à assurer par la création de postes.

### 2. Compléter le dispositif de lutte contre les IN

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>37 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>59 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>2 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>2 %</b>

Les activités et acteurs suivants peuvent contribuer le plus efficacement à l'objectif ci-dessus :

1. renforcer la formation de l'ensemble des personnels des établissements (51),
2. renforcer les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (37),
3. définir les conditions d'accès du public aux données concernant les infections nosocomiales (15),
4. créer des équipes et/ou des laboratoires d'investigation des épidémies (15),
5. établir une définition claire de l'articulation entre les C.CLIN et leurs relais régionaux (13),
6. contribuer à la coopération et à l'harmonisation européennes dans le domaine (9).

D'autres items ont été proposés :

- dégager du temps aux équipes de soins pour le consacrer à l'hygiène et à l'analyse des résultats des enquêtes avec l'EOH,
- renforcer les effectifs de personnel soignant souvent débordé,
- faire participer malades et familles à la LIN,
- développer des coopérations public/privé,
- optimiser la relation labo-services (cahier des charges),
- renforcer les liens avec les autres sociétés savantes et les sensibiliser à la lutte contre les IN,
- compléter les EOH avec des techniciennes biohygiénistes et des épidémiologistes,
- faciliter l'accès à des conseils spécialisés par intervenants extérieurs.

### 3. Augmenter la réactivité du système de vigilance

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>25 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>61 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>12 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>2 %</b>

Il faudrait envisager les mesures suivantes :

1. notification interne des infections sévères ou inhabituelles (41),
2. création par établissement d'une structure intégrée de gestion des risques incluant l'hygiène (32),
3. informatisation des laboratoires de microbiologie avec alerte en cas d'épidémies (26),
4. expérimentation d'un modèle de gestion des risques sanitaires dans les établissements de soins (19),
5. notification externe (tutelles) des infections sévères ou inhabituelles (17).

D'autres actions ont été évoquées :

- sensibiliser le corps médical,
- inscrire le signalement des IN dans le Système Informatique Hospitalier (DIM),
- améliorer la traçabilité hors-établissement des patients porteurs de BMR (transferts...),
- lister les différents logiciels d'épidémiologie existants.

Certains ont même souhaité que la surveillance de base standardisée au niveau national (ISO, BMR, Réa) devienne obligatoire, cette officialisation étant peut-être un moyen d'exiger concrètement des ressources...

Les acteurs devant contribuer au renforcement de la vigilance sont les CLIN et l'EOH, les C.CLIN et le personnel soignant médical et infirmier.

Un suivi du nombre de signalements d'épisodes inhabituels par an ainsi que le suivi des délais de réaction permettrait d'évaluer le système de vigilance.

#### **4. Mieux établir les bases scientifiques du programme national de surveillance et de prévention**

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>25 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>49 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>21 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>5 %</b>

Il faudrait pour cela :

1. Mettre en place un système plus formel de production de recommandations techniques reposant sur l'analyse de la littérature et le consensus professionnel (37)
2. Mener des études nationales d'évaluation des mesures de prévention (23)
3. Mener une étude nationale destinée à comparer l'efficacité et les coûts des différentes stratégies de surveillance (21)
4. Contribuer à la création d'un groupe permanent (type groupe de revue Cochrane) sur l'évaluation des technologies de maîtrise des risques infectieux (21).

Le développement d'appels d'offre pour la recherche en hygiène ainsi qu'une incitation à publier les échecs ou les résultats négatifs (tout aussi informatifs) ont également été cités.

#### **5. Concevoir et mettre en œuvre une évaluation des programmes de prévention en cours**

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>21 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>54 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>21 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>4 %</b>

Les activités et les acteurs suivants peuvent contribuer le plus efficacement à cet objectif :

1. Utiliser les données produites par les réseaux de surveillance (C.CLIN) (38),
2. Informatiser et analyser les rapports d'activités des établissements (27),
3. Utiliser les rapports d'accréditation (22),
4. Organiser des audits nationaux sur des dimensions importantes de la prévention (21).

Concernant ce dernier point, certains CLIN ont souligné l'importance de pouvoir disposer d'outils (kit d'audits) nationaux à usage local, d'autres l'intérêt de voir se développer des audits externes.

Enfin une campagne à venir sur les précautions standard (solution de nombreux problèmes ...) est souhaitée.

L'organisation de visites d'autres établissements et l'échange d'expériences seraient également très profitables.

Les indicateurs classiques de résultats et de processus ont été cités pour l'évaluation :

- Audits d'observance des protocoles,
- Enquête de prévalence nationale régulière,
- Taux d'incidence (IN, BMR...),
- Autres indicateurs (mortalité, coûts associés, consommation des antibiotiques, écologie microbienne...).

#### **Conclusion**

Quel que soit le domaine envisagé, les établissements publics mais surtout les établissements privés souhaitent un renforcement des moyens consacrés à l'hygiène (personnel, formation, équipement, outils...).

Par ailleurs, une place de choix doit être faite à la communication pour une sensibilisation accrue de tout le personnel travaillant dans l'établissement de santé.

Plus que des échanges, une réelle collaboration doit s'installer entre établissements (CHU/ non CHU, public / privé, équipes inter-établissements...) et avec les structures relais (centre de moyen et long séjours, soins à domicile, HAD...).

La multiplicité des recommandations, des structures, des indicateurs développés ne doit pas faire oublier le projet essentiel qui est la prise en charge globale du patient (confort, qualité, sécurité).

Enfin, devant la complexité et l'ampleur des tâches confiées dans le domaine de l'hygiène et de la lutte contre les infections nosocomiales, il serait peut-être utile de préciser quelle est la responsabilité microlégale des CLIN, des présidents de CLIN et des EOH.

*J. FABRY, A. SAVEY*

#### **Dates**

**XXIII<sup>es</sup> Journées Nationales d'Etudes sur la Stérilisation dans les établissements. Tours, 04 et 05 avril 2001.**

Informations : CEFH BP 98, 46002 Cahors, Tél. : 05 65 23 06 00.

**24<sup>e</sup> Journées Régionales de Formation en Hygiène Hospitalière. Lyon, 16 et 17 mai 2001.**

Thèmes : Bactéries multirésistantes / Hygiène en Radiologie / Déchets hospitaliers

Informations : IISFCS, 132 avenue Lacassagne – 69424 Lyon cedex 03. Tél : 04 72 11 51 06, Fax : 04 72 11 51 22.

**XII<sup>e</sup> Congrès National de la SFHH. Lille, 7 et 8 juin 2001.**

Contact : Secrétariat du Dr Grandbastien, Service d'Epidémiologie et de Santé Publique, Hôpital Calmette, 59037 Lille, Tél. : (33) 3 20 44 55 18.