



Billet d'humeur

Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin...

Martine Aupée, CCLin Ouest

martine.aupee@chu-rennes.fr

Je ne sais pas si c'est un privilège mais j'ai connu le monde de la prévention des infections hospitalières au tout début des années 80 (on ne les appellera infections nosocomiales (IN) qu'à partir de 1988). A cette époque, seuls quelques CHU disposaient de services d'hygiène hospitalière.

J'ai donc vu se structurer, surtout à partir de 1992, la lutte contre les IN. C'est cette année là que se sont mis en place le Comité technique national des infections nosocomiales (CTIN) et les cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLin) et que des crédits ont été alloués aux structures qui voulaient créer des postes d'hygiénistes. C'est d'ailleurs grâce à ces crédits que j'ai pu à l'époque passer d'un statut précaire de vacataire à celui de praticien hospitalier. A la même époque, dans certaines régions, les DRASS avaient souhaité la mise en place de réseaux d'hygiénistes et financé la création de structures dotées de personnel médical et parfois aussi paramédical chargés d'animer ces réseaux. D'autres régions avaient financé peu ou prou des réseaux de structures sanitaires, rattachées à des établissements pivots. Ailleurs, seule une animation bénévole s'était instaurée faute de moyens concrets.

A partir de ce moment-là et malgré l'hétérogénéité du dispositif, les hygiénistes ont pu compter sur des structures de proximité, interrégionales parfois régionales pour leur fournir de la documentation, des outils, répondre à leurs questions, leur apporter leur expertise. Par ailleurs, les exigences pour les établissements allaient croissant au fur et à mesure que se structurait la lutte contre les infections nosocomiales : indicateurs du

tableau de bord, enquêtes nationales de prévalence, participation aux réseaux de surveillance, évaluation des pratiques, incitation à des audits nationaux... Sacré challenge pour les CCLin qui, selon les interrégions, coordonnaient entre 400 et plus de 900 établissements sanitaires !

Aussi ont-ils mutualisé leurs moyens. Sous l'impulsion du CCLin Sud-Est, qui avait créé, en 1993, une base de données bibliographique relative à la prévention des infections nosocomiales, le premier partenariat entre les CCLin fut celui des documentalistes en 1995. De cette volonté de travailler ensemble allait naître, en 1996, le site NosoBase. Chaque année, plusieurs milliers de notices bibliographiques sont indexées grâce au travail des documentalistes de trois CCLin. Ce sont également les documentalistes qui seront en première ligne pour la rédaction des NosoThème, la gestion des sites des CCLin et du GrepHh, du portail du réseau CCLin-Arlin et maintenant du bulletin national.

En 2001, avec la création du Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales), résultat du partenariat entre les 5 CCLin et l'Institut de veille sanitaire (InVS), la gestion des surveillances nationales a été répartie entre les CCLin et un réseau régional pour AES. Progressivement, des outils de surveillance harmonisés seront proposés aux établissements participants, puis des outils web, le premier de la série sera webISO. Cet outil initialement créé pour l'interrégion Ouest allait devenir outil national en 2010. Avec l'idée de partager ses compétences, le CCLin Ouest accueillit, en 2011, les informaticiens des CCLin et Arlin

coordonnateurs des autres réseaux de surveillance nationale pour les former. Ainsi allaient naître WebAES, WebRéa et WebBMR.

Dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, c'est en décembre 2005, après le premier audit national sur l'hygiène des mains qui avait mis en évidence l'impossibilité pour les 5 Cclin de proposer un outil d'évaluation commun que fut créé le Grepjh (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière). Coordonné par un groupe plénier représentant les Cclin, une Arlin, la DGOS et la HAS, le Grepjh a produit en dix ans neuf outils d'audits dont deux pour le secteur médico-social. Une enquête de satisfaction sur les outils du Grepjh réalisée en 2015, a mis en évidence un fort niveau de satisfaction des répondants.

Les Cclin via le groupe de travail sur l'hygiène des mains (Grhym) se sont investis aux côtés de la DGOS pour communiquer autour de la Mission Mains Propres, concevoir des outils et valoriser les travaux des établissements.

L'annuaire du réseau Cclin-Arlin mis en ligne en 2015, est certainement la plus belle aventure de mutualisation entre les Cclin et les Arlin. Cet outil conçu en fonction de l'organisation du réseau Cclin-Arlin qui prévalait en 2013 permet une mise à jour en temps réel des acteurs de la prévention des IAS et de la gestion des risques. Il a nécessité 2 ans de travail et un investissement humain extraordinaire. Il sera à reprendre complètement pour se conformer à la nouvelle carte des régions. Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage...

Tout cela n'a été possible que parce que les Cclin ont fait évoluer leurs domaines d'expertise (signalement, gestion des risques, outils de communication, liens avec les RU...), qu'ils ont mutualisé leurs moyens et mis en commun leurs compétences. Certes, ils bénéficient de moyens spécifiques qu'on leur envie, comme d'avoir des documentalistes, des biostatisticiens et des informaticiens. Mais ce sont ces professionnels qui leur permettent de remplir leurs missions de départ et de bénéficier d'une expérience technique dans ces domaines. Ce sont eux aussi qui leur ont permis de faire évoluer les outils proposés aux établissements.

Suite à un rapport de l'Igas sur les activités de surveillance de l'InVS, il nous a été signifié notre manque de visibilité. Qu'à cela ne tienne, nous avons créé un portail du réseau Cclin-Arlin pour mieux mettre en valeur le travail accompli, les outils de communication, les outils

de gestion des risques, les campagnes de sensibilisation, les documents produits par les Cclin mais aussi les Arlin. Et dans le même temps, nous nous sommes organisés pour mieux nous coordonner. Un projet de gouvernance a été rédigé à l'intention de notre tutelle. Nous avons compris que tout seul on va plus vite mais qu'ensemble on va plus loin.

Après plus de quatre ans d'incertitude, le verdict tombe en ce début d'année 2016 : le niveau interrégional disparaît, finis les Cclin, vive les centres régionaux d'appui et de prévention des IAS ! Les politiques ont voulu créer 13 régions métropolitaines, il faut donc glisser son pied dans cette chaussure mal taillée. L'organisation reste bien évidemment à définir, mais nous devons y travailler pendant toute l'année 2016, en continuant à remplir nos missions. Les missions de portée nationale doivent être consolidées et placées sous l'autorité de la toute nouvelle Agence nationale de Santé Publique ou Santé publique France (union des ex-InVS, Inpes, Eprus), avec la perspective d'appels à projets type CNR. Pour la nouvelle agence, coordonner 17 structures au lieu de cinq et garantir la pérennité des actions engagées dans un tel contexte ne sera peut-être pas si facile que ça. Quelle marge de manœuvre auront les futures structures régionales entre leurs ARS, les directions générales et l'ANSP ?

Même si on nous répète que notre dispositif est exemplaire, le résultat est là : on peut avoir l'impression que l'on balaie plus de 20 ans de travail consacrés à créer une dynamique avec les établissements de santé, à concevoir des outils de travail qui les aident au quotidien et à l'amélioration desquels nous avons toujours souhaité qu'ils contribuent.

Notre société matérialiste porte au pinacle l'individualisme, la performance, la concurrence, la rentabilité, l'excellence. Il est étonnant de voir que dans le domaine de la santé on prend les mêmes chemins alors que psychiatres et psychologues n'arrêtent pas de dire que ce qui nous rend plus forts et plus efficaces, c'est l'entraide, l'empathie, la bienveillance et le partage. Notre monde n'est pas à une incohérence près...

Donc en 2017, il y aura un centre régional d'appui et de prévention des infections associées aux soins dans chaque nouvelle région dont les missions seront élargies à tout le médico-social et aux soins de ville. Les moyens alloués seront modélisés en fonction d'un certain nombre de paramètres (taille de la région, densité de population, densité de structures sanitaires et médico-sociales, nombre de libéraux...), mais pour l'instant nous

n'avons aucune visibilité là-dessus et naviguer à vue est extrêmement inconfortable. Il n'y a probablement pas beaucoup d'inquiétude à avoir pour les grandes régions fusionnées, les moyens des Cclin viendront renforcer les faibles effectifs de certaines Arlin. Mais pour les petites régions, il est évident qu'il y a des inégalités criantes. Ces inégalités se trouveront-elles justifiées par la part importante que les Cclin consacrent aux activités nationales (documentation, annuaire national, coordinations nationales des surveillances, Grepqh, bulletin national) ? Nous ne pouvons que l'espérer, mais il faudra aussi donner les moyens aux plus petites structures d'assurer leurs missions régionales. Les choses doivent se faire à moyens constants, il faudra probablement déshabiller les uns pour habiller les autres.

Dans cette période de turbulences, l'écueil à éviter serait le retour à « chacun pour soi, Dieu pour tous ». Je ne peux que souhaiter que nous préservions le capital accumulé pendant toutes ces années, que nous sachions conserver les liens que nous avons tissés et entretenir les amitiés qui en sont nées. Il y a du travail pour tous et on peut le faire en bonne intelligence. Nous sommes face à un nouveau défi que nous devons forcément relever ensemble. Ne perdons pas de vue que notre mission première reste le soutien aux professionnels de santé qui nous font confiance. Ils ont, eux aussi, besoin de sécurité et de stabilité pour mener à bien leurs missions au service des patients. Et il est évident que nous ferons notre possible pour leur apporter le soutien et l'expertise dont ils ont besoin.

