

Maladies infectieuses

Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique

Novembre 2010

Sommaire

Abréviations	2
Préface	3
1. Introduction	4
2. Objectifs et méthodes	6
2.1 Objectifs	6
2.2 Méthodes	6
3. Résultats	12
3.1 Des dynamiques de signalement variées	12
3.2 Les freins au signalement externe	16
3.3 Les facteurs favorisant le signalement externe	40
4. Discussion et propositions	48
4.1 Discussion de la méthode	48
4.2 Discussion des résultats	49
4.3 Les conditions de diffusion des bonnes pratiques de signalement	53
5. Conclusion	56
6. Références bibliographiques	57
Annexes	60
Annexe 1 - Calendrier du déroulement de l'étude	60
Annexe 2 - Compte-rendu sur la phase de construction des critères de bonnes pratiques	61
Annexe 3 - Compte-rendu de la phase de sélection des établissements	64
Annexe 4 - Les établissements enquêtés	65
Annexe 5 - Présentation de l'étude communiquée aux établissements	66
Annexe 6 - Guides d'entretien	68
Annexe 7 - Répartition des professionnels interviewés par catégorie et établissement	71
Annexe 8 - Caractéristiques du signalement externe des six ES ayant déjà signalé	72

Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique

Novembre 2010

Cette étude a fait l'objet d'un financement de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et a été réalisée dans le cadre du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin).

Mise en œuvre de l'étude et rédaction du rapport

C. Quelier

Coordination pour le Raisin

P. Jarno, H. Sénéchal (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLin) Ouest)

Comité de pilotage

A. Carbonne (CCLin Paris Nord), C. Bernet (CCLin Sud Est), C. Dumartin (CCLin Sud Ouest), P. Jarno et H. Sénéchal (CCLin Ouest), N. Jouzeau (CCLin Est), I. Poujol (InVS).

Relecteurs

M. Aupee (CCLin Ouest), B. Coignard et J.-C. Desenclos (InVS), B. Lejeune (CCLin Ouest), P. Parneix (CCLin Sud Ouest), C. Saura et J.-M. Thiolet (InVS).

Remerciements

Nous remercions les praticiens hygiénistes du groupe signalement du CCLin Ouest et ceux du CCLin Sud-Ouest qui se sont rendus disponibles pour l'accompagnement de cette étude : F. Borgey (Arlin Basse-Normandie, CCLin Ouest), C. Capponi-Guillon (Syndicat interhospitalier Brive, Tulle, Ussel), B. Libeau (Centre hospitalier (CH) Saint-Nazaire), V. Lubersac (Nouvelles cliniques nantaises), C. Quesnel (PH inter-établissements, Bordeaux), et G. Rolland-Jacob (CH Quimper), V. Van Rossem (Centre hospitalier universitaire (CHU) Fort-de-France).

Nous remercions l'équipe du service d'hygiène hospitalière du CHU de Bordeaux pour sa disponibilité lors du travail exploratoire.

Nous remercions les établissements qui ont accepté de participer à cette étude ainsi que tous les professionnels rencontrés.

Abréviations

AS	Aide-soignante
ASH	Agent de service hospitalier
BMR	Bactérie multirésistante
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CCI	Chambre à cathéter implantable
CClin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
Clin	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
Ddass	Direction des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DPP	Dossier patient partagé
DUS	Département des urgences sanitaires
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ERG	Entérocoques résistants aux glycopeptides
ES	Établissements de santé
HAS	Haute autorité de santé
ICD	Infection à <i>Clostridium difficile</i>
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
IDEH	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État hygiéniste
IN	Infection nosocomiale
InVS	Institut de veille sanitaire
IR	Interrégion
LIN	Lutte contre les infections nosocomiales
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
PHH	Praticien en hygiène hospitalière
PSPH	Participant au service public hospitalier
SE	Signalement externe
SI	Signalement interne
SIN	Signalement des infections nosocomiales
SEI	Signalement des événements indésirables
SHA	Solution hydro-alcoolique
SSEI	Système de signalement des événements indésirables

Préface

Alors que le signalement des infections nosocomiales a aujourd'hui 10 ans, la publication de ce rapport du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) sur la pratique du signalement externe marque une étape importante.

Conduite en 2009 par une sociologue et coordonnée par le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) Ouest, cette étude aux enseignements très riches apporte un éclairage inédit sur les pratiques de signalement (interne et externe) qui fondent ce dispositif d'alerte. Ce rapport présente non seulement une sélection des *verbatim* de près de 150 entretiens conduits auprès de professionnels exerçant dans 12 établissements de santé des interrégions Ouest et Sud-Ouest, mais aussi et surtout les conclusions basées sur leur analyse approfondie.

Si le signalement des infections nosocomiales a démontré aujourd'hui son utilité au niveau local, par l'aide à la gestion apportée au quotidien aux équipes hospitalières, ou au niveau national, par sa capacité à détecter et à suivre certaines infections émergentes ou récurrentes, il se heurte encore à des réticences de la part des professionnels des établissements de santé. Ce rapport en fait le constat et l'analyse sans complaisance.

Il liste des recommandations pour améliorer le fonctionnement d'un système unique en Europe et essentiel à la veille sanitaire dans les établissements de santé français :

- valoriser le signalement externe et mieux communiquer sur son intérêt en tant que plus-value des réseaux de surveillance ;
- clarifier les objectifs, les critères et les circuits de signalement, en réexpliquant notamment la fonction d'alerte, la notion de délai de signalement (qui doit tenir compte de la gravité de l'évènement mais aussi du temps minimal nécessaire à sa caractérisation pour en fournir une description utile) ou encore la supposée "exhaustivité" des signalements internes (qui doivent avant tout cibler les infections les plus graves et/ou nécessitant des mesures de contrôle immédiates) ;
- accompagner les établissements de santé dans leur structuration du signalement interne : il s'agit là d'un enjeu majeur pour le Raisin, qui a fortement encadré la gestion des signalements externes depuis 2001, et doit maintenant s'engager dans l'accompagnement des équipes opérationnelles d'hygiène dans la mise en œuvre d'un système d'alerte interne. Si chaque établissement de santé a ses spécificités et nécessite une organisation "à la carte", la définition de cahier des charges pour les circuits d'information et systèmes d'alerte à promouvoir en interne serait un plus ;
- faciliter la pratique du signalement externe : les besoins d'une révision et d'une informatisation de la fiche de signalement étaient déjà identifiés et se concrétiseront en 2012 avec le déploiement national de l'outil de télésignalement e-SIN. Ce dernier facilitera aussi le suivi des signalements émis, puisqu'il mettra à disposition des déclarants des fonctions collaboratives d'échanges avec les Agences régionales de santé (ARS), les CClin et les Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin), et leur donnera accès aux informations anonymisées de la base nationale des signalements ;
- accompagner la gestion de certains épisodes en renforçant la production de guides d'investigation ou de conduites à tenir, au niveau régional ou national ;
- clarifier les rôles respectifs des intervenants de première ligne (ARS, CClin et Arlin) et mieux articuler leur réponse aux signalements externes.

Certaines de ces recommandations ont d'ores et déjà trouvé une traduction opérationnelle concrète. D'autres feront l'objet de travaux à venir des acteurs concernés.

L'enjeu actuel, porté par tous et auquel ce rapport contribue, est de partager de manière plus efficace et réactive les informations utiles à la veille sanitaire dans les établissements de santé, ce qui nécessite de développer chez les professionnels de santé une culture de la sécurité des soins qui transcende la question réglementaire.

Dr Bruno Coignard

1. Introduction

Dans le cadre de sa politique de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), la France s'est dotée en 2001 d'un dispositif de signalement (annexe 1) auquel doit participer tout établissement de santé (ES), public ou privé [1].

Encadré 1

"Tout médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme ou membre du personnel paramédical qui, dans l'exercice de ses missions au sein d'un des établissements mentionnés à l'article R. 6111-12, constate un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales, en informe, d'une part, le praticien responsable du pôle d'activité dans lequel le ou les cas sont apparus dans les établissements publics autres que les hôpitaux locaux ou le médecin responsable du ou des patients dans les autres établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire et, d'autre part, le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière mentionnée à l'article R. 6111-8.

Le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière apprécie si le ou les cas dont il a été avisé correspondent aux critères de signalement énoncés à l'article R. 6111-13. Lorsque ce ou ces cas correspondent à l'un de ces critères, ce praticien, lorsqu'il n'est pas le professionnel de santé désigné à l'article R. 6111-15, informe ce dernier de la nécessité d'un signalement aux autorités sanitaires." Code de la santé publique Article R6111-16, modifié par Décret 2006-550 2006-05-15 art. 6 I, II JORF 16 mai 2006, modifié par Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 - art. 6 JORF 16 mai 2006.

En complément des systèmes de surveillance, l'objectif de ce dispositif est de détecter des situations à risque infectieux suffisamment graves ou récurrentes pour mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle à l'échelon local, régional ou national. Il repose sur un premier niveau de signalement interne (SI), qui s'organise au sein de chaque établissement avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et les professionnels de soins. Certains des signalements internes sont susceptibles de faire l'objet d'un signalement externe (SE), second niveau du dispositif. Il s'agit alors pour l'établissement de transmettre aux autorités sanitaires (Direction des affaires sanitaires et sociales (Ddass)) et au Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLin) une fiche standardisée non nominative, décrivant les caractéristiques de l'infection signalée. Au-delà de la fonction d'alerte, cette démarche permet à l'établissement de bénéficier d'une aide de la part des CCLin. La fiche de signalement est ensuite transférée par la Ddass à l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui apporte son expertise, analyse l'ensemble des signalements externes et juge le cas échéant de la nécessité d'alerter le ministère chargé de la Santé [2].

Ce dispositif constitue une particularité française. Il présente l'originalité de mobiliser différents échelons, professionnels et administratifs (local avec l'établissement, départemental avec la Ddass, régional avec les CCLin et national avec l'InVS) et d'articuler expertise, alerte, soutien aux ES et amélioration des pratiques. Il a déjà montré sa capacité à identifier des phénomènes émergents et à en prévenir la diffusion, comme, en 2004, les graves infections de nouveau-nés provoquées par une préparation en poudre [3] ou en 2006, l'épidémie d'infection à *Clostridium difficile* (ICD) du nouveau clone 027 [4] et celle d'entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) [5]. L'enjeu de l'optimisation d'un tel dispositif en termes de santé publique apparaît donc très important.

Les signalements externes des infections nosocomiales constituent la partie émergée de ce dispositif dans la mesure où ils convergent vers le niveau central. On en connaît le nombre, la nature, la répartition et certains de leurs effets [6,7]. Ainsi, on observe que, depuis sa mise en place en 2001, le nombre de signalements externes n'a cessé d'augmenter (passant de 858 en 2004 à 1 313 en 2008, soit une augmentation de 53 % en quatre ans), ce qui témoigne d'une appropriation progressive du dispositif. Toutefois, celui-ci semble inégalement implanté dans les établissements : certains ne signalent jamais, d'autres signalent régulièrement ; on constate aussi que selon le type d'activité, mais encore selon la région, les taux annuels de signalement (nombre de signalement pour 10 000 lits) sont très hétérogènes, ce qui reflète probablement un sous-signalement¹ et suggère la possibilité d'une marge de progression dans la diffusion de cette pratique.

Dans ce dispositif, les CCLin constituent une structure d'appui originale, par rapport à d'autres systèmes de signalement comme, par exemple, celui des événements indésirables. Les CCLin sont en effet les interlocuteurs privilégiés des établissements pour le SE, ils les conseillent sur l'opportunité d'en effectuer, sur les investigations à mener, sur les mesures correctives à apporter. Ayant ce rôle d'interface, c'est assez naturellement que ces structures ont cherché à évaluer le dispositif. C'est ainsi que depuis 2004, plusieurs études ont permis d'apporter une meilleure connaissance de l'ancrage

¹ Cette hypothèse a conduit le ministère à mener une campagne d'inspections réalisées par les Ddass en 2006-2007, auprès des ES n'ayant jamais signalé, dont les résultats ne sont pas encore diffusés.

et de la perception du signalement des infections nosocomiales (IN) dans les ES. La question des freins au signalement a constitué une préoccupation centrale de ces travaux.

Une première enquête menée dans l'interrégion Nord [8] a mis en évidence l'importance de la crainte d'une médiatisation de l'événement et d'éventuelles poursuites judiciaires. Par la suite, les enquêtes menées dans chaque interrégion entre 2006 et 2008 sur la perception du dispositif [9-12] ont identifié comme freins principaux au signalement externe la peur des conséquences pour la notoriété du service ou de l'ES et la peur d'un contrôle. Tout en confirmant ces craintes, l'enquête du CCLin Sud-Est a montré que la réticence la plus fréquente était liée au fait que les professionnels ne sont pas convaincus de l'intérêt du signalement externe [13].

Réalisées par questionnaire sur un grand nombre d'établissements, ces études apportent des éléments quantifiés très utiles pour connaître l'organisation du signalement des infections nosocomiales au sein des établissements et la perception du dispositif au sein d'une interrégion. Mais il est difficile à partir de ce type d'enquête qui s'adresse, à raison d'un seul questionnaire par site, aux acteurs les plus engagés de la LIN (président de Clin, EOH, responsable de signalement) d'approfondir ce qui fait obstacle au signalement car cela nécessiterait de recueillir le point de vue croisé d'autres acteurs au sein de chaque ES, ce qui reste peu réalisable par questionnaire sur un grand nombre d'ES (du fait notamment de la difficulté à toucher les services de soins par cette méthode).

Si aucune enquête ne peut prétendre épuiser les ressorts des logiques de perception et d'action, les démarches qualitatives, très développées en sciences sociales, présentent en général l'intérêt, par l'étude de quelques cas, de dévoiler la complexité et l'imbrication de ces ressorts, permettant d'accéder à une compréhension quelque peu différente des phénomènes en jeu.

C'est pourquoi, le CCLin Ouest qui, en 2008, a souhaité initier une nouvelle étude afin d'approfondir les éléments d'évaluation existants, l'a d'emblée imaginée dans une perspective qualitative. Cela a constitué le point de départ de notre engagement dans le projet dont nous présentons ici les résultats.

Deux principes ont guidé la construction de cette étude et fondé son caractère inédit sur le sujet : l'approche qualitative, mais aussi le dépassement du cadre d'une interrégion. C'est ainsi que l'interrégion Sud-Ouest a rejoint le projet pour constituer avec l'interrégion Ouest le terrain d'enquête. À défaut de pouvoir faire porter l'étude sur toutes les interrégions, celle-ci s'est élaborée avec la volonté d'associer des représentants de chacun des CCLin pour sa conception, son suivi et sa validation. Cette ambition d'étude pilote intéressant tous les CCLin et le niveau national du dispositif (InVS) a été portée par le RAISIN qui en est, au final, le commanditaire de l'étude, avec l'InVS qui la finance et le CCLin Ouest qui la coordonne.

L'étude vise à comprendre les mécanismes qui conduisent certains ES à ne jamais effectuer de signalement, et à l'inverse à élucider ce qui favorise, dans d'autres ES, l'utilisation régulière de ce système dans une logique d'alerte². Cet objectif renvoie à la notion de "bonnes pratiques" que l'étude propose d'appliquer au signalement : comme toute pratique, et a fortiori dans un domaine qui concerne la gestion des risques, on peut en effet considérer que le signalement peut remplir un ensemble de critères qui permettent d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés. Quels sont les freins et les leviers de ces bonnes pratiques de signalement externe des infections nosocomiales ? Telle est la question centrale de cette étude.

L'enjeu de ce travail est aujourd'hui d'apporter des éléments de connaissance susceptibles d'aider les CCLin à affiner leur travail pédagogique sur le signalement en direction des établissements, mais aussi d'alimenter la réflexion en cours au niveau national pour améliorer le dispositif (à travers, par exemple, la révision du décret signalement et de tous les textes sur les IN prévue en 2010, ou la mise en place en 2011 de la dématérialisation du SE).

Au-delà, l'implantation du dispositif de signalement des IN peut être considérée comme révélateur de la réceptivité des démarches qualité – sécurité des soins dans les ES et donc susceptibles d'éclairer plus globalement les déterminants de l'évolution des pratiques à laquelle tous les acteurs des établissements sont aujourd'hui tenus, dans l'intérêt final des patients.

Ce rapport rend compte du déroulement et des résultats de cette étude, réalisée entre avril et décembre 2009 (annexe 1 : calendrier des différentes phases).

² Nous nous référons notamment au cadre conceptuel de l'alerte défini dans "L'alerte sanitaire en France. Principes et organisation Rapport du groupe de travail de l'Institut de veille sanitaire," mai 2005, www.invs.sante.fr.

2. Objectifs et méthodes

2.1 OBJECTIFS

L'**objectif principal** est de comprendre la dynamique du signalement dans les établissements de santé, pour envisager, au niveau national, des propositions d'amélioration de la qualité du signalement externe des infections nosocomiales, contribuant à la sécurité des soins.

Les **objectifs spécifiques** sont :

- d'identifier les facteurs de bonnes pratiques du signalement externe des infections nosocomiales dans les ES ;
- d'identifier les freins à ces bonnes pratiques ;
- d'identifier les conditions de diffusion des bonnes pratiques de signalement externe dans les ES.

2.2 MÉTHODES

Pour atteindre ces objectifs, une approche sociologique et qualitative a été choisie : sociologique, car menée par une sociologue, utilisant un référentiel méthodologique et analytique visant à produire une connaissance des phénomènes dans la complexité de leur dimension sociale ; qualitative, car le parti pris est celui d'une enquête de terrain, au plus près des acteurs du signalement dans les ES, pour entendre leurs points de vue par le biais d'entretiens et comprendre leurs logiques de pensée et d'action.

2.2.1 Spécificité de l'approche qualitative par entretiens

"Mieux vaut écouter qu'interroger". P.-G. Frédéric Le Play, 1862 [14].

Dans le champ de la recherche, on oppose encore souvent aujourd'hui les approches qualitative et quantitative : la première serait associée à une démarche inductive, subjectiviste, à une étude des processus, tandis que la seconde relèverait d'une démarche déductive, objectiviste, centrée sur les résultats. Deux visions différentes de la science et du monde y seraient à l'œuvre. Le débat épistémologique est loin d'être clos, mais de plus en plus d'auteurs [15] relativisent cette dichotomie et montrent l'intérêt d'approches mixtes combinées ou intégrées.

Dans le cadre de cette étude, l'approche qualitative se caractérise par le fait de privilégier l'enquête sur le terrain et de recueillir le point de vue des acteurs par le biais d'entretiens semi-directifs. Cette technique se différencie fondamentalement de l'interrogatoire ou du questionnaire : historiquement, elle s'enracine, ainsi que l'a montré A. Blanchet [18,19], dans la volonté d'établir un rapport égalitaire entre enquêteur et enquêté et dans la découverte, par des chercheurs initialement quantitativistes comme E. Mayo [20] – mais aussi dans un autre registre P.-G.F Le Play [14] ou encore J. Piaget [21] –, de l'intérêt d'étudier les questions que se posent les enquêtés, plus encore que les réponses qu'ils fournissent aux questions des enquêteurs.

La faible directivité des entretiens constitue une condition pour permettre cette expression des enquêtés qui élaborent leur propre jugement (leur opinion, leur point de vue...) grâce à l'écoute offerte, comme a pu le montrer, par exemple, C. Rogers [22]. Les entretiens seront d'autant plus riches qu'ils auront permis d'instaurer la confiance, d'offrir une liberté et un temps d'élaboration (respect du rythme de l'interviewé, recours aux techniques de reformulation plus qu'aux questions directes, etc.) que la vie sociale, et notamment professionnelle, offre rarement.

2.2.2 Méthodologie mise en œuvre

Le cœur de la méthodologie consiste en une enquête par entretiens auprès de professionnels des établissements de santé. Des entretiens au niveau national et des observations complètent la démarche.

2.2.2.1 L'enquête dans les ES

L'enquête a porté sur 12 établissements répartis dans les interrégions Ouest et Sud-Ouest. L'enquêteur sociologue s'est rendu dans chacun d'eux pour interviewer une dizaine de professionnels sur le signalement et recueillir quelques données d'observation.

147 personnes ont été ainsi rencontrées.

- La définition des critères de bonnes pratiques

L'étude portant sur les "bonnes pratiques" de signalement des IN, il semblait pertinent de choisir pour moitié des ES ayant des bonnes pratiques et pour autre moitié, des ES n'ayant pas de bonnes pratiques en la matière. Or, les bonnes pratiques de signalement n'étaient définies nulle part au moment du démarrage de l'étude. Il fallait donc commencer par construire un consensus sur des critères de bonnes pratiques pour ensuite les appliquer au choix des établissements à enquêter : cela a constitué le premier temps de l'étude.

Une première liste de critères a été élaborée par le comité de pilotage.

Les CCLin Ouest et Sud-ouest ont par ailleurs chacun constitué un groupe de travail composé d'au moins trois responsables du signalement de leur interrégion (annexe 1).

Chaque groupe de travail a été consulté afin de définir une liste des critères de "bonnes pratiques" du SE, pertinents du point de vue de ces professionnels. Cette liste a été confrontée à celle proposée par le Comité de pilotage afin d'aboutir aux critères définitifs (annexe 1 : exposé de la totalité de la démarche).

Les groupes de travail ont remis en question trois critères envisagés par le comité de pilotage³ :

- le délai d'alerte (la quasi-totalité des professionnels consultés ont affirmé ne pas suivre la consigne de la circulaire "sans délai", sauf cas exceptionnel) ;
- la régularité du signalement (la notion de régularité étant très difficile à définir et n'apparaissant pas comme un "signe" nécessaire de qualité) ;
- la pertinence du signalement en fonction des critères de la circulaire (ceux-ci sont jugés insuffisamment précis et peu opérationnels dans la pratique).

Ces différents points de discussion ont été repris avec les deux CCLin pour élaborer une proposition finale à destination du comité de pilotage.

- L'opérationnalité des critères

Une séance de travail dans chaque CCLin a permis d'effectuer la sélection des 12 établissements et ainsi tester l'opérationnalité des critères.

Après étude des remarques des membres du comité de pilotage, cinq critères ont été retenus définissant le consensus sur les bonnes pratiques de signalement externe :

- l'identification d'un responsable de signalement au sein de l'établissement ;
- l'existence de procédures validées de signalements interne et externe ;
- le fait d'avoir déjà signalé au moins une fois ;
- le fait de signaler des situations répondant aux critères de la circulaire ou à tout autre critère recevable d'un point de vue de santé publique et d'alerte ;
- la prise de mesures correctives suite au signalement.

- La sélection des établissements

L'utilisation des cinq critères de bonnes pratiques a permis de dégager sans trop de difficultés une liste d'établissements : dans chaque interrégion, trois établissements répondant à ces critères ("bonnes pratiques") et trois n'y répondant pas ("non bonnes pratiques"). Des arbitrages ont été réalisés pour veiller à la diversification des profils des ES, la méthode qualitative s'appuyant sur des échantillons diversifiés plutôt que représentatifs, au sens statistique du terme (annexe 2 : méthodologie de sélection des ES).

La sélection finale (annexe 3) offre des profils diversifiés d'établissements en termes de :

- type d'établissement : un centre hospitalier universitaire (CHU), cinq centres hospitaliers (CH), une clinique participant au Service public hospitalier (PSPH) et cinq cliniques privées ;
- nombre de lits : entre 35 et 1 900 lits (moyenne : 381 ; médiane : 230) ;
- répartition géographique : 11 départements sur les deux interrégions Ouest et Sud-Ouest.

La moitié des établissements étudiés avaient déjà effectué un signalement externe (A, B, C, G, H, I).

³ À noter que les critères du comité de pilotage n'étaient pas communiqués aux groupes de travail mais leur contenu était abordé dans les échanges soit spontanément par les membres du groupe, soit suggéré par la chargée d'étude.

- La prise de contact avec les établissements

Les établissements sélectionnés ont d'abord été contactés par le CCLin dont ils relèvent pour obtenir un accord de principe : l'interlocuteur privilégié était un membre de l'EOH qui en informait le président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) et la direction. À partir de l'accord oral, un courrier officiel était en général envoyé au directeur de l'établissement. Une fiche explicative de l'étude était également communiquée (annexe 4).

L'enquêteur contactait ensuite le membre de l'EOH pour expliquer dans le détail l'étude, définir une date, discuter la liste des personnes à rencontrer et le déroulement de la journée. Cette organisation nécessitait plusieurs échanges par courriel et téléphone.

Ces contacts ont été effectués progressivement à partir de début juin 2009 pour une enquête dans les établissements qui a pu commencer fin juin et se poursuivre en septembre et octobre.

- Le déroulement sur place

L'enquêteur consacrait une journée sur place⁴ pour rencontrer une dizaine de professionnels afin de connaître le fonctionnement du dispositif de signalement et recueillir le point de vue d'une variété d'acteurs concernés. Nous demandions à rencontrer d'abord les membres de l'équipe d'hygiène afin de bien cerner l'organisation interne, puis, en général, président de Clin, biologiste, direction, qualité, l'après-midi étant consacrée aux services de soins (médecins et paramédicaux). Certains entretiens ont pu regrouper plusieurs professionnels, surtout dans les services de soins pour ce qui concerne les paramédicaux ; il est arrivé aussi que trois médecins préfèrent être rencontrés ensemble. Deux biologistes qui n'avaient pas pu être présents lors du jour de l'enquête ont été interviewés par téléphone.

Dans 10 établissements, les rendez-vous avaient lieu dans le bureau de chaque professionnel (ou du cadre pour les infirmières et aide-soignantes (AS)) ; dans deux établissements la majorité des professionnels se déplaçaient dans une salle attribuée à l'enquêteur.

- Méthodologie des entretiens

Un guide d'entretien a été élaboré pour chaque grand type d'interlocuteur (annexe 5). Les entretiens duraient de 20 minutes à 1h30. Ils ont été tous pris en note et 90 % également enregistrés (dans certains cas, l'enregistrement n'était pas opportun ou a été défaillant).

Les entretiens ont été l'objet d'une analyse thématique : à partir des thèmes réellement abordés, une grille d'analyse a été construite afin de comparer les différents discours sur chaque thème.

Les principaux thèmes sont :

- l'organisation du signalement interne/du signalement externe (procédures) ;
- le fonctionnement réel du dispositif (processus, acteurs, rôle du laboratoire, informatisation) ;
- les freins au signalement interne/externe ;
- les leviers du signalement interne/externe ;
- la connaissance du dispositif (objectifs, critères, circuit) par les différents professionnels ;
- la perception de l'intérêt du dispositif ;
- les changements de pratiques ou d'organisation suite à un signalement ;
- la connaissance et l'impact de l'alerte ICD ;
- le rôle du CCLin ;
- le retour d'information sur les signalements internes / externes ;
- le lien du SIN avec la démarche qualité-gestion des risques ;
- les attentes et suggestions.

Dans la présentation des résultats, nous donnerons quelques indications de fréquence (d'expression de telle perception, opinion, etc.), mais nous n'en ferons pas un usage systématique, afin que la lecture ne soit pas focalisée sur ces chiffres : dans une approche qualitative, une observation isolée peut avoir autant d'importance qu'une observation récurrente, si elle prend sens au regard d'autres éléments et qu'elle peut permettre d'analyser l'objet d'étude différemment.

Des extraits d'entretiens viendront illustrer cette analyse. Ces extraits sont choisis pour leur contenu factuel et leur valeur expressive. Ils sont fidèlement retranscrits, avec les imperfections normales du langage oral.

⁴ Dans deux établissements, pour faciliter l'organisation, les entretiens ont été réalisés sur plusieurs jours.

• Description des interviewés

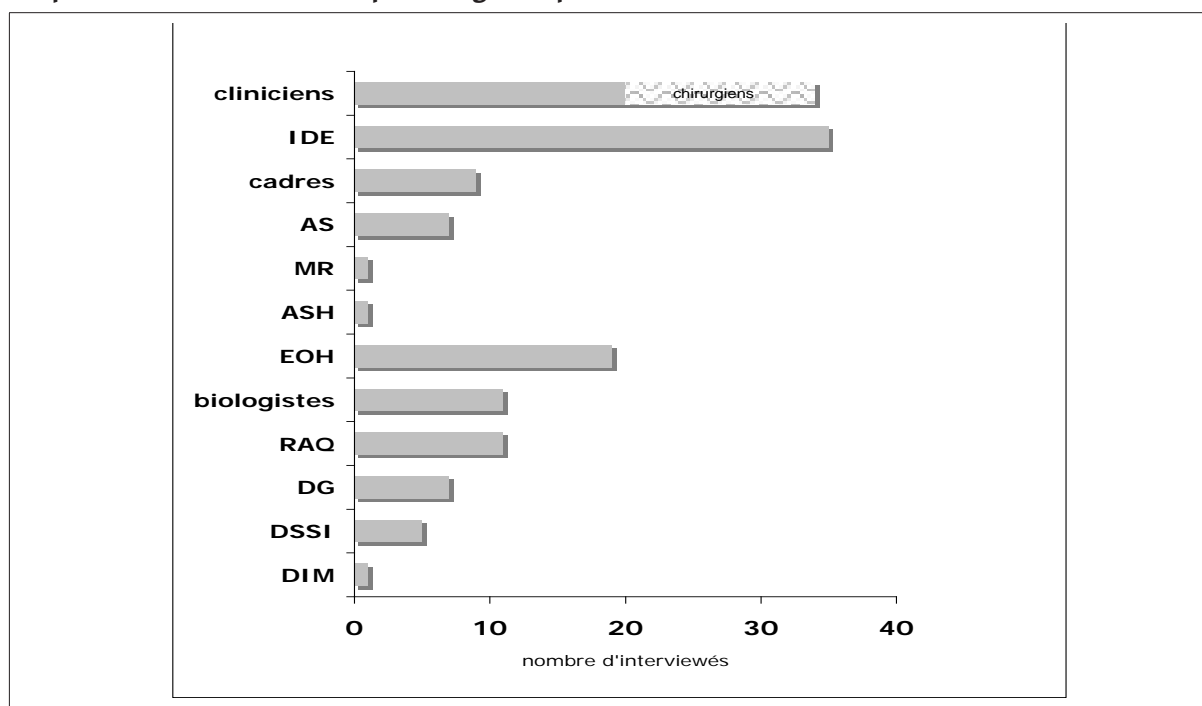
Au total, 147 professionnels des établissements ont été interviewés, de neuf à 18 par site, soit en moyenne 12,25 (médiane=11) (annexe 6).

Ces 147 professionnels se répartissent ainsi :

- 87 professionnels des services de soins :
 - 34 cliniciens (huit sont présidents de Clin),
 - neuf cadres,
 - 35 infirmières (IDE),
 - sept AS,
 - un manipulateur radio (MR),
 - un agent de service hospitalier (ASH) ;
- 60 professionnels occupant des fonctions transversales :
 - 19 membres d'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH),
 - 24 membres de la direction (sept directeurs généraux, 11 responsables assurance qualité, cinq directeurs des services de soins infirmiers),
 - 11 biologistes,
 - cinq pharmaciens (dont quatre présidents de Clin),
 - un médecin d'un département d'information médicale (DIM).

| FIGURE 1 |

Répartition des interviewés par catégories professionnelles



Les cliniciens se répartissent dans plusieurs spécialités (tableau I) avec une dominante en orthopédie et en gastro-entérologie.

41 % des cliniciens pratiquent la chirurgie (14/34).

Près de 25 % sont présidents de Clin.

Répartition des cliniciens par spécialité et activité

Spécialité	Cliniciens interviewés	Dont chirurgiens	Dont présidents de Clin
Anesthésie réanimation	3	-	1
Gastro-entérologie	6	4	-
Gynécologie	1	1	1
Infectiologie	4	-	4
Néphrologie	1	1	-
Oncologie	1	-	-
ORL	1	-	-
Orthopédie	6	5	-
Pneumologie	1	-	-
Rééducation fonctionnelle	2	-	-
Urologie	3	3	1
Médecine	5		1
Total	34	14	8

2.2.2.2 Les entretiens au niveau national

Par ailleurs, sept entretiens ont été réalisés en dehors des établissements afin de recueillir le point de vue des professionnels impliqués dans le dispositif au niveau national (InVS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Département des urgences sanitaires (DUS)) et deux experts extérieurs pour leur connaissance des systèmes de signalement ou de l'historique du dispositif de signalement des IN.

Ces entretiens avaient pour but d'alimenter la discussion des résultats de l'étude ainsi que les propositions. L'exploitation des informations recueillies dans ce cadre pour ce rapport est le plus souvent indirecte et ne fera pas l'objet d'un chapitre particulier.

2.2.2.3 Les compléments à la démarche

Avant de commencer l'enquête dans les établissements, nous avons cherché à nous familiariser concrètement avec le sujet de deux manières :

- en assistant à quatre réunions de "suivi des signalements en cours" au Cclin Sud-Ouest. Ces réunions nous ont permis d'appréhender la variété des situations dans lesquelles s'inscrivent les signalements externes. Elles ont été l'occasion de recevoir des explications sur des points techniques ou sur les différents aspects du rôle d'un Cclin ;
- en assistant à deux réunions dans un service d'hygiène d'un CHU non inclus dans l'étude : une réunion de service et une réunion de suivi des résultats des prélèvements (techniciennes de laboratoires et infirmières). Nous avons pu également interviewer une technicienne du laboratoire d'hygiène de ce CHU.

Par ailleurs, l'enquête dans les établissements a été mise à profit pour effectuer des observations qui ont souvent permis de compléter ou relativiser certains éléments recueillis par entretiens. La présence d'une journée dans chaque établissement, dans les secteurs administratif et de soins, nous a permis d'observer notamment les conditions d'installation des équipes d'hygiène, leurs conditions matérielles de communication (informatique, lieu de réception des fax...), les affichages sur l'hygiène ou encore l'implantation des SHA dans et hors des services de soins. Chaque fois que cela était possible, nous avons tenté d'aller au delà du déclaratif en demandant d'accéder aux documents évoqués (fiches, procédures, bilans de Clin), sans afficher pour autant de suspicion à l'égard des dires. Nous avons demandé à voir dans les services de soins où se trouvaient rangées les fiches de signalement et les procédures, comment on accédait, concrètement, à ces fiches sur

intranet (en regardant sur un poste avec un professionnel le chemin d'accès, les modalités de remplissage, l'ergonomie générale...). À l'occasion d'un entretien réalisé dans un bureau infirmier, nous avons pu remarquer que des fiches de signalement d'IN étaient en attente depuis deux mois, affichées au mur. Chacune de ces observations était utilisée, sans jugement, pour aborder un sujet ou faire préciser des fonctionnements. Cette démarche a ainsi permis de contrôler *a minima* la validité des éléments factuels des discours.

En résumé :

- **une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès des professionnels d'établissements de santé ;**
- **le choix des établissements a été effectué de façon raisonnée, afin d'obtenir un échantillon diversifié et pertinent par rapport à l'objet d'étude ;**
- **au total, un nombre important de professionnels rencontrés, des EOH comme des directions ou des équipes de soins.**

3. Résultats

3.1 DES DYNAMIQUES DE SIGNALEMENT VARIÉES

Le signalement externe dépend de l'organisation du dispositif de signalement interne, au sein de chaque établissement. C'est pourquoi nous commencerons par donner un aperçu global du fonctionnement du signalement dans les 12 établissements enquêtés.

Nous entendons par "dynamique de signalement" à la fois le fonctionnement actuel des signalements interne et externe dans les 12 établissements enquêtés et les acteurs réellement impliqués.

3.1.1 Le signalement interne

Deux établissements (D et E) n'ont pas de procédure validée et diffusée en interne. Dans les 10 autres établissements, on trouve un document nommé "procédure" dont le contenu est plus ou moins éloigné de ce que recouvre cette notion (description des opérations à effectuer, des précautions ou des mesures à prendre).

Par exemple, en L, la "procédure" comprend essentiellement l'exposé des références des textes réglementaires et des abréviations suivi d'un logigramme non explicité.

En F, la procédure de signalement annonce comme "objectifs" ce qui semble plutôt décrire les missions de l'EOH, suivi d'un autre objectif de signalement interne et de la liste des infections à signaler en interne. Cette procédure comprend aussi un chapitre sur le signalement externe et la déclaration des MDO.

On y trouve toujours la référence aux textes de loi et aux circulaires, ainsi qu'en général un logigramme positionnant les différents acteurs dans le circuit du signalement qui s'arrête au Cclin et à la Ddass pour le signalement externe.

Avec ou sans procédure formalisée, tous les établissements ont un signalement interne : *a minima*, il repose sur le laboratoire qui informe l'équipe opérationnelle d'hygiène des résultats bactériologiques.

Les résultats du laboratoire constituent en effet la première source d'information alimentant le dispositif de signalement interne. Elle fonctionne à deux vitesses : en cas de découverte d'un germe rare ou d'infection grave, le laboratoire appelle l'EOH et le service concerné. En dehors de ce cas de figure, le système d'information mis en place varie beaucoup : certains sont basés sur une alerte automatisée qui permet à l'EOH de recevoir en temps réel un mail l'informant de l'identification de BMR, d'ICD, etc. (en A). En H et I, c'est le praticien hygiéniste qui effectue des requêtes ou lance un système d'alerte, une fois par semaine. En B, ce sont les BMR qui sont faxées à l'EOH. Pour d'autres encore, ce sont tous les résultats bactériologiques qui sont communiqués à l'EOH chaque jour (F), ou toutes les bactériologies positives "tous les jours à la même heure" (en E), une fois par semaine (J), tous les 15 jours (G), ou la liste des germes et leur localisation tous les mois (L).

Deux laboratoires (externes, privés) ont instauré une demande d'information au clinicien en cas de bactériologie positive pour qu'il se prononce sur le caractère nosocomial (dans le CH "F" et la clinique "D").

Six laboratoires sur 12 transmettent les informations sous forme papier : par le courrier interne ou par fax et courrier interne.

Selon le système en vigueur (en temps réel, alerte automatisée, ciblée), le travail de repérage des suspicions d'IN par l'EOH est plus ou moins important. C'est sans doute en G que l'organisation semble la plus chronophage. Dans cet ES, les résultats positifs sont mis de côté par le laboratoire et transmis tous les 15 jours dans une enveloppe "au Clin". L'EOH étudie alors ces relevés un à un, vérifiant, dès qu'il y a suspicion, dans les dossiers informatisés des patients les éléments nécessaires à l'établissement du caractère nosocomial puis dans les dossiers médicaux et dans le service concerné pour voir ce qui a dysfonctionné.

D'après les informations recueillies, les laboratoires ne disposent pas tous de l'information sur la date d'entrée du patient, qui pourrait permettre de faire un tri sur ce critère de définition de l'IN, ou bien, comme nous le verrons, ils n'adhèrent pas à ce critère et se refusent à ce tri.

Toutes les EOH des établissements enquêtés souhaiteraient que l'information qui émane du laboratoire soit confirmée et/ou complétée par un signalement spontané des services de soins : ceux-ci sont les premiers destinataires des résultats bactériologiques, ils disposent d'emblée des informations complémentaires pouvant attester du caractère nosocomial de l'infection (motif d'admission, ECBU positif ou non à l'entrée, pose de sonde, etc.) et ils sont les seuls à avoir connaissance d'infections qui ne sont pas l'objet d'un prélèvement, qui donc échappent à la source "laboratoire". C'est pourquoi, conformément aux recommandations de la circulaire de 2004 [23], dans presque tous les ES, les services de soins disposent d'un support écrit pour effectuer ce signalement : fiche papier le plus souvent et/ou fiche Intranet.

Dans neuf ES sur 12, cette fiche n'est pas ou peu utilisée (selon l'EOH, confirmé par nos observations).

"Les médecins ne nous déclarent aucune infection nosocomiale, on n'a aucun retour, mais je sais pertinemment par les résultats bactériologiques que l'on a des infections urinaires, sur sonde ou pas..." (Président Clin, F).

Dans trois ES, ce support fait partie de la fiche de "signalement des risques" ou "signalement des événements indésirables" (SEI). Ce support est rarement utilisé : c'est le cas en D, en I et en L.

En I, le qualificateur constate : "il y a deux médecins qui déclarent par la cellule gestion des risques, ce sont des fidèles" (sur une centaine de médecins).

I TABLEAU 2 I

Niveau d'utilisation des supports de signalement interne dans les services de soins

ES	Fiche spécifique hygiène	Signalement IN intégré à SEI	Utilisation ^a
A	X		Peu utilisée
B	X		Non utilisée
C	X		Très utilisée
D		X	Non utilisée
E	X		Non utilisée
F	X		Peu utilisée
G	X		Peu utilisée
H	X		Utilisée
I		X	Peu utilisée
J	X		Utilisée
K	X		Non utilisée
L		X	Non utilisée

^a Niveau d'utilisation selon avis de l'EOH et président de Clin.

Partout, les EOH comptent sur l'information orale (appel téléphonique, échanges informels en passant dans les services ou au gré des interactions quotidiennes), pour que les services de soins signalent leurs IN.

Onze ES sur 12 disent rencontrer des difficultés dans la participation des cliniciens au signalement interne.

Seul l'établissement C n'évoque pas de difficulté. Mais il constitue un exemple de fonctionnement très particulier. Dans cette petite clinique de 35 lits, le président de Clin, infectiologue, examine toutes les infections des patients et juge de leur nature nosocomiale ou non ; le signalement interne repose donc sur une personne, qui côtoie tous les cliniciens, paramédicaux et patients quotidiennement. Ce fonctionnement semble satisfaisant pour tous.

Pour les autres, le signalement interne est implanté au mieux dans quelques services ou utilisé par quelques cliniciens.

Les données de signalement interne sont étudiées pour décider d'un signalement externe, et, indépendamment, pour alerter les services, vérifier la mise en place des mesures d'isolement, de bio-nettoyage adaptées, voire pour interroger les pratiques par une investigation précise ou par un audit.

Ces signalements d'infections nosocomiales n'étant pas effectués de façon homogène dans un même ES, ils sont rarement retransmis par service, mais globalement dans le bilan du Clin. Par ailleurs, certains laboratoires transmettent une analyse annuelle des bactériologies positives par service.

Le retour d'information auprès des professionnels de soins a été toutefois difficile à établir, les EOH se sentant parfois "défaillantes" sur cette question du retour d'information et les services de soins affirmant généralement ne pas en avoir.

3.1.2 Le signalement externe

Il existe une procédure de signalement externe validée et diffusée partout où il y a une procédure de signalement interne (SI), soit dans 10 ES sur 12.

Tous les établissements ont un responsable de signalement externe ; cette fonction est rarement connue par les professionnels des services de soins.

Les responsables de signalement sont le plus souvent les présidents de Clin (n=5) ou les praticiens hygiénistes (n=3). Dans deux cas, cette fonction est confiée au biologiste.

TABLEAU 3 I

Qui sont les responsables de signalements externes (SE) ?

ES	Responsable de SE
A	PH hygiéniste
B	Président Clin pharmacien
C	Président Clin oncologue infectiologue
D	Médecin-chef de l'ES
E	Président Clin anesthésiste
F	Président Clin pharmacien
G	PH hygiéniste
H	PH hygiéniste
I	Biologiste interne
J	Biologiste externe
K	Pharmacien
L	Président Clin pharmacien

Les ES ayant déjà signalé (paragraphe 2.2) ont tous fait plusieurs signalements sur plusieurs années, en moyenne de 1 à 5,4 par an, le nombre de SE n'étant pas proportionnel au nombre de lits (annexe 7).

Le signalement externe se décide en général sur proposition du praticien hygiéniste et/ ou responsable de signalement, en concertation avec le clinicien concerné. Dans cinq ES (B, D, F, G, L), le signalement externe est conditionné par l'accord du clinicien concerné, qui peut donc empêcher la réalisation d'un SE. Sur neuf ES ayant été confrontés à l'opportunité de faire un signalement externe, cinq ont témoigné avoir déjà essuyé un refus du clinicien responsable du patient infecté, ce qui a eu un effet de veto ; trois de ces cinq ES n'ont de ce fait jamais fait de SE.

La direction générale est dans certains sites associée à la décision, *a minima* elle est informée. En A, c'est un bureau permanent du Clin, qui se réunit tous les 15 jours qui décide des SE, jamais le seul responsable du signalement (PHH).

3.1.3 Les acteurs impliqués

Les principaux acteurs qui s'investissent dans le dispositif de signalement sont les présidents de Clin, les praticiens et infirmières hygiénistes ainsi que les biologistes (le responsable de signalement externe étant, comme indiqué précédemment, l'un d'eux, dans 10 cas sur 12). Dans les établissements où il n'y a pas de praticien hygiéniste, le président de Clin occupe un rôle central.

Majoritairement, le signalement des infections nosocomiales est peu intégré aux cellules qualité – gestion des risques des établissements. Cela reste un dispositif parallèle, non seulement à travers l'existence d'une fiche spécifique mais aussi dans le circuit d'information : par exemple, dans certains sites, les cellules qualité ne sont pas informées d'un signalement externe, sauf en fin d'année pour l'intégrer au bilan.

C'est le cas en I, où le qualiticien constate : "Chacun travaille dans son coin en qualité." (Qualiticien, I).

Le dispositif de signalement des infections nosocomiales (SIN) a souvent été mis en place antérieurement au dispositif de signalement des événements indésirables (SEI), il ne fonctionne pas sur les mêmes bases et les deux ne se rencontrent, semble-t-il, que pour que le signalement des infections nosocomiales se trouve intégré "sur le papier" à la gestion des risques.

Les directeurs, directeurs adjoint et directeur des soins rencontrés (N=13) ont une faible connaissance du dispositif dont la gestion est déléguée au président de Clin et au praticien hygiéniste ; seul le signalement externe émerge à leur niveau.

"Moi je suis cela de très loin, c'est soit le médecin chef soit le pharmacien (Président de Clin) qui sont en première ligne." (Directeur, D).

"Je suis plutôt dans une logique de délégation directe aux praticiens responsables, le praticien hygiéniste et le président du Clin, deux personnes en qui j'ai totalement confiance (...)." (Directeur, H).

"Moi, c'est quelque chose que je ne vois apparaître que quand il y a un problème, ou encore des plaintes des patients." (Directeur adjoint, I).

Dans aucun établissement enquêté, selon les interviewés (direction, Clin et EOH), la direction n'a fait obstacle au signalement externe d'une infection nosocomiale.

Enfin, les services de soins sont inégalement impliqués au sein d'un même établissement, selon l'attitude favorable ou défavorable des cliniciens à l'égard de cette démarche, selon la conception qu'ont les cadres de leur rôle, mais aussi selon les spécialités. Deux spécialités ont globalement des attitudes opposées : en orthopédie, le signalement apparaît plus facile à implanter car les IN y sont le plus souvent rares et graves (comme une infection sur prothèse) et ne peuvent être dissimulées au sein de l'établissement. Les chirurgiens orthopédistes, dont les sociétés savantes sont porteuses de démarches qualité – sécurité des soins, vont peu résister au signalement ; par contre, ils acceptent ensuite plus ou moins facilement les investigations et les mesures correctives proposées par l'EOH.

En chirurgie viscérale, les infections sont, selon les chirurgiens interviewés, au contraire, fréquentes et le plus souvent sans préjudice grave pour le patient. Dans cette spécialité, les praticiens sont plus réticents à les signaler, voire à les considérer comme infections nosocomiales comme nous le verrons par la suite.

Les infirmières, plus rarement les aides-soignantes jouent dans certains établissements ou dans certains services, un rôle important dans le signalement interne. Elles ne sont généralement pas informées du signalement externe, sauf de façon informelle ou lors du bilan du Clin.

3.1.4 Typologie globale des ES

Les modalités de sélection des établissements divisaient ceux-ci en deux groupes : ceux répondant aux critères de "bonnes pratiques de signalement externe", ceux n'y répondant pas. Les données recueillies sur site permettent de nuancer cette division et de dégager trois groupes d'établissements en fonction de la dynamique de signalement observée.

- **Groupe 1 (G1) : les établissements où la dynamique de signalement est favorable.** Le signalement interne y est bien implanté – même s'il rencontre des obstacles et reste insatisfaisant pour le Clin – et donne lieu à des signalements externes (A, B, C, G, H, I).

- **Groupe 2 (G2) : les établissements où la dynamique de signalement est prometteuse.** Le signalement est en train de s'y organiser à la faveur d'un contrôle de la Ddass, d'un regroupement de cliniques, d'un changement complet d'équipe médicale. Dans ces trois établissements, des facteurs que nous avons identifiés comme favorisant le signalement (chapitre 3) sont présents et pourraient permettre l'implantation du dispositif (E, J, K).
- **Groupe 3 (G3) : les établissements où la dynamique de signalement apparaît peu favorable.** Le signalement interne ne réussit pas à impliquer les cliniciens, le signalement externe rencontre des oppositions et on ne repère pas de facteurs pouvant générer un changement sur ce plan à court terme (D, F, L).

On observe que la dynamique "favorable" concerne tous les établissements ayant déjà effectué des signalements externes et sélectionnés comme répondant aux "bonnes pratiques". Les six établissements n'ayant jamais fait de signalement se répartissent dans les deux autres catégories.

Nous utiliserons cette typologie (G1, G2, G3) pour identifier dans la suite de ce rapport les propos cités.

En résumé :

- un dispositif de signalement interne qui s'organise de façon variable, mais toujours autour de deux piliers : le Président de Clin et/ou l'EOH et le laboratoire d'analyses biologiques ;
- un dispositif peu intégré aux cellules qualité – gestion des risques ;
- un signalement externe qui ne rencontre pas de réticence du côté des directions des établissements, mais davantage chez les cliniciens.

3.2 LES FREINS AU SIGNALEMENT EXTERNE

Les freins au signalement externe sont d'abord ceux du signalement interne.

Alors qu'ils ne bénéficient pas tous de facteurs favorisant le signalement des IN, tous les ES sont confrontés à des freins sur lesquels les interviewés se sont largement exprimés, interrogeant les définitions, les dispositions réglementaires dans leur pertinence et leur applicabilité.

3.2.1 La nosocomialité en question

"Je pense que les infections nosocomiales sont un mauvais procès que la société fait à certains de ses membres." (Médecin responsable du signalement externe, G3).

Dans presque tous les établissements, les présidents de Clin, praticiens hygiénistes, responsables de signalement externe ont énoncé comme premier frein au signalement le fait que la notion même d'infection nosocomiale posait problème aux cliniciens. Ceux-ci ont largement confirmé leur gêne à l'égard de cette notion, gêne qui va du constat d'une certaine ambiguïté, jusqu'à la remise en question de la définition de l'IN.

Rappelons la définition de l'infection nosocomiale à laquelle le dispositif de signalement se réfère : "Une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Ce critère est applicable à toute infection. Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue un délai d'au moins 48 heures après l'admission (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire. Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection."⁵

3.2.1.1 Une notion "qui hérissé"

"Déclaration des infections nosocomiales, non, déjà le mot nosocomial ça m'énerve..." (Clinicien, G2).

Tous les acteurs de la lutte contre les infections nosocomiales dans les ES qui ont quelques années de recul, témoignent du fait que l'IN qui a été longtemps tabou⁶ pour la majorité des cliniciens est une notion aujourd'hui mieux tolérée. On arrive à en parler au sein des établissements où l'action des Clin comme des EOH est acceptée voire intégrée par les services de soins.

D'après les acteurs rencontrés, le temps n'est plus à entendre ce propos rapporté successivement par un directeur et une DSSI, tenu par un chirurgien "de l'ancienne génération" qui les interpellait par un "vous y croyez, vous, aux infections

⁵ Cette définition a été actualisée en 2007 mais son principe est resté inchangé.

⁶ Au sens anthropologique, le tabou désigne un interdit social, dont la transgression entraîne un châtement surnaturel.

nosocomiales ?". Aujourd'hui les médecins ne contestent plus ouvertement "l'existence" des infections nosocomiales, mais – et la nuance est parfois ténue – ils restent nombreux à en contester la définition ; surtout, ils se défendent d'une définition sociale qui associe nosocomialité à faute ou échec de la prise en charge.

Cette association de la nosocomialité à la faute professionnelle est :

- constatée par les promoteurs de la LIN (Président de Clin, EOH) ;
- ressentie et surtout contestée par les cliniciens qui considèrent qu'on leur fait un mauvais procès.

Pour de nombreux médecins, l'IN reste vécue comme un échec de la prise en charge ou le résultat d'une faute :

"C'est vrai que chaque fois qu'il y a une infection, ils essaient de trouver une bonne explication pour que ce ne soit pas tout à fait ça quand même, parce que pour eux, ils le prennent de plein fouet comme un échec de leur prise en charge, pas comme une faute mais comme un échec : je ne suis pas arrivé à bien soigner ce patient. Je crois que la quasi totalité le vit comme cela". (PHH, G1).

"Nosocomial, c'est un terme qui les (les médecins) hérisse énormément car ils pensent qu'ils sont en faute." (Président Clin, G3).

"Il y a beaucoup un vécu de punition dans les services, c'est toujours : à qui la faute, au médecin, à l'infirmière ? Tout le monde se demande." (Président Clin, G1).

"La notion d'infection nosocomiale est toujours associée à une perte de chance pour le patient, à une erreur." (Président CME, G1).

"Infection nosocomiale, ça veut presque dire faute et je ne pense pas que cela soit toujours une faute et qu'il ne faille pas assimiler infection nosocomiale à défaut d'asepsie ou défaut de prise en charge ou faute professionnelle ou... et il y a des infections nosocomiales qui sont presque imparables et les gens ont été bien soignés, d'autres où ce n'est pas le cas." (Président CME, G1).

"Pour beaucoup de gens, une infection nosocomiale c'est une infection qui est créée, causée par un acte médical, d'un soignant, d'un médecin, etc., alors qu'en fait la définition c'est une infection qui survient au cours de l'hospitalisation, qui est dépistée, diagnostiquée au cours de l'hospitalisation, donc peut-être que l'infection était déjà là, c'est un peu le côté ambigu de la définition de l'infection nosocomiale." (Clinicien, G1).

"Déclaration des infections nosocomiales, non, déjà le mot nosocomial ça m'énerve.

- Qu'est-ce que vous y mettez sous ce mot nosocomial ?
- J'y mets tout ce que mettent les médias là-dedans quoi...
- C'est-à-dire ?
- C'est-à-dire... c'est très péjoratif si vous écoutez les gens en parler... c'est ce qu'y mettent les médias et c'est ce qu'y mettent les gens aussi. Vous dites à quelqu'un qu'il a fait une infection nosocomiale forcément, il va chercher quelle est la faute qui est derrière.
- Il y a la notion de faute ?
- Oui, bien sûr !" (Clinicien, G2).

Plus qu'une construction sociale qu'amplifieraient les médias, cette culpabilité est inhérente au travail médical basé sur une relation de confiance inter-individuelle qui fait qu'un patient parle de "son" chirurgien, comme le chirurgien se sent responsable de "son" patient.

"C'est plus un problème culturel, un médecin culpabilise toujours un peu de dire que son malade a un abcès de paroi, qu'il a une infection sur cathéter." (Président CME, G1).

"Une infection nosocomiale on s'en rappelle, ça vous marque, vous rentrez à la maison vous y pensez..." (Clinicien, G3).

Si la plupart des cliniciens se défendent du lien entre IN et faute professionnelle, c'est qu'ils sont convaincus que les infections véritablement provoquées par un manque de respect des règles d'asepsie, d'antisepsie ou de toute autre procédure de sécurité des soins, représentent une faible part des infections qui répondent à la définition de l'infection nosocomiale.

Les chirurgiens viscéraux sont ceux qui développent le plus cet argumentaire, expliquant qu'ils pratiquent une chirurgie souvent "sale" qui occasionne des "complications" infectieuses assez courantes.

"Sur une chirurgie colique qui a un abcès de paroi, est-ce une infection nosocomiale ou un germe traité ? Dans 95 % ce sont des germes du patient lui-même. Il faudrait ne pas les faire ressortir comme infection nosocomiale car cela augmente le nombre d'infections nosocomiales et cela n'a pas de sens, les gens pensent ensuite qu'il y en a 100 fois plus qu'avant ; dire que c'est une infection nosocomiale ce n'est pas juste, sauf si on est en chirurgie propre. Le jour où on fait une hernie, c'est différent, s'il y a infection c'est une contamination extérieure (au patient), mais quand on coupe un colon où il y a des matières, etc., c'est inévitable." (Clinicien, G1).

"Je pense aussi qu'on confond infection nosocomiale et complications. (...) Par exemple, une fistule digestive, c'est imparable, c'est une complication c'est pas franchement une infection nosocomiale, même si les deux se rejoignent, car on ne peut jamais avoir zéro complication post opératoire ou alors il ne faut pas opérer et donc je trouve que le terme d'infection nosocomiale qu'aiment bien les médias, qui est agité en permanence cache des réalités très différentes ; c'est une chose d'avoir une infection sur une sonde vésicale pendant trois jours, c'est une autre chose d'avoir une septicémie sur un cathéter il y a un peu un fourre tout... Comme toujours on a tendance à simplifier et à confondre beaucoup de choses et puis il y a des degrés de gravité, il y a des infections nosocomiales mortelles... Le croustillant passe souvent avant la rigueur scientifique. Qu'il y ait des infections nosocomiales oui, qu'il faille les diminuer oui, qu'il faille en informer les gens oui, mais je trouve que dedans on mélange trop de choses." (Président CME, G1).

Si les chirurgiens viscéraux sont les plus prolixes sur la question du caractère endogène des infections, cela reste un sujet abordé par une majorité de cliniciens pour dire "l'ambiguïté" de la notion d'infection nosocomiale, prise entre une définition sociale (faute du médecin ou de l'ES), la définition officielle (infection qui apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation) et une définition médico-légale ou assurantielle (infection ayant entraînée un préjudice, imputable à l'hospitalisation et évitable).

"Il y a certaines ambiguïtés sur le mot nosocomial. La définition c'est un certain temps après l'entrée du patient. (...) Alors, après c'est vrai qu'il y a des malades qui sont déjà infectés, ou qui passent par un autre service, ou sont transférés d'un autre hôpital, alors on ne sait pas quel est le service qui est en cause entre guillemets. Il y a ce côté-là qui est un peu ambigu." (Clinicien, G1).

Du fait de sa connotation accusatrice, le mot nosocomial serait, selon les interviewés, rarement prononcé dans l'information du patient. Seuls les acteurs "engagés" dans la LIN disent le faire. Les autres cliniciens préfèrent s'en tenir à l'information sur l'infection ou la "complication", comme si le mot "nosocomial" suggérait déjà la possibilité d'une plainte.

"Je n'utilise pas le terme nosocomial, je leur dis juste "infection". Avant l'intervention je leur parle du risque infectieux, d'autant plus quand on leur implante quelque chose, je leur dis qu'il y a un risque infectieux qui est rare mais qui existe. Le jour où cela arrive, le patient ou sa famille ne sont pas trop surpris comme ils sont prévenus avant ; après, tout dépend de la gravité de l'infection, mais comme on fait de la chirurgie cancérologique, le patient préfère une infection nosocomiale plutôt que mourir de son cancer ; ce n'est pas comme pour une prothèse de hanche où le patient va avoir quatre mois d'antibiotiques..." (Clinicien, G1).

"Il y a quelque chose sur quoi je suis un peu moins sûr de moi, c'est sur l'information du malade ; je crois qu'en principe quand il y a une infection nosocomiale, il faut informer le malade, ça je pense que c'est encore moins fait (que le signalement), sauf quand il y a quelque chose d'évident, un Port-a-Cath infecté... mais pour le reste, ce n'est pas très bien fait car les médecins ne sont pas à l'aise pour expliquer la chose (...). Le mot nosocomial, c'est quand même un mot très marqué négativement dans la population... Le mot "infection nosocomiale" ne doit pas être très souvent prononcé par les médecins ou les infirmières." (Clinicien, G1).

"On ne peut pas savoir ce que disent les cliniciens à leurs patients (infectés). Je ne pense pas que le mot nosocomial soit prononcé dans l'information qui est donnée au patient, peut-être que certains le disent... le mot nosocomial fait un peu peur à tout le monde, aussi bien aux docteurs qu'aux patients." (PHH, G1).

Les infirmières considèrent également que l'infection nosocomiale est liée à une erreur, une faute, un manquement, mais elles acceptent ce fait, ne le dramatisent pas ni ne s'en défendent.

"C'est de notre responsabilité s'il y a une infection, c'est sûr, mais on ne pourra jamais atteindre le niveau zéro." (IDE, G1).

3.2.1.2 Un diagnostic rarement possible

"Il faut différencier les infections d'origine endogène et d'origine exogène, c'est au cas par cas, c'est pour cela que c'est au médecin de juger, c'est un diagnostic médical." (Biologiste, G3).

Pour la grande majorité des interviewés, l'infection nosocomiale relève d'un diagnostic médical établi par le clinicien responsable du patient infecté. Or, la définition de l'IN, inhérente au dispositif de signalement, est interprétée de telle façon que les cliniciens pensent qu'il est nécessaire de rechercher l'imputabilité, la preuve de la relation de cause à effet.

Le "diagnostic" devient alors assez rarement possible : certains cliniciens considèrent clairement qu'une infection urinaire au bout de 10 jours d'hospitalisation est une IN, mais d'autres arguent du fait qu'il s'agissait peut-être du germe du patient. Pour les infections sur CCI, un cadre incrimine les infirmières du laboratoire extérieur d'avoir apporté le germe, dans d'autres ES ce sont les infirmières libérales qui font les soins à domicile ou les visiteurs qui seraient à l'origine de certaines infections développées par les patients...

En dehors de tests à l'entrée du patient permettant de mettre en évidence la présence du germe, l'imputabilité est difficile à affirmer. L'équation est donc nulle : zéro imputabilité=zéro infection nosocomiale.

La question semble parfois se résumer à : "à qui appartient le germe à l'origine de cette infection ?"⁷. Si l'on peut démontrer qu'il "appartient" à l'hôpital, l'infection pourra être étiquetée « nosocomiale ». Dans le cas contraire, cela restera une suspicion, ce qui n'empêchera pas pour autant de prendre des mesures correctives, mais l'étiquette nosocomiale ne sera pas posée.

Établir l'imputabilité d'une infection aux soins ou à l'environnement de l'ES serait finalement rarement possible, surtout pour les infections courantes et sur des patients âgés, polyopathologiques ou immunodéprimés.

"La contamination infectieuse, parfois on a la suspicion, mais rarement la vérification, l'imputabilité à l'hospitalisation est improuvable s'il n'y a pas de référentiel à l'entrée. En anesthésie, chirurgie, réanimation oui, mais ici c'est différent car on n'est pas dans l'aigu. Pour déclarer la nature nosocomiale d'une infection urinaire, il faudrait un ECBU négatif à l'entrée, ensuite une bactério positive et aussi prendre en compte les antécédents du patient, le critère de 48 h ne peut pas être le seul." (Clinicien, G2).

"Je crois, mais c'est une opinion strictement personnelle, qu'on abuse du terme nosocomial, c'est-à-dire que là dedans, on met tout et ce qu'on oublie de dire aux gens quand même c'est que, la plupart du temps, les germes ils les ont déjà sur eux, simplement les germes sont activés à l'occasion d'une hospitalisation, d'une opération car les défenses sont diminuées un petit peu, ça les gens ne savent pas ça ils sont persuadés que c'est un microbe qui leur saute dessus donc ça, déjà, faut leur expliquer." (Président CME, G1).

Cette conception est largement partagée par les biologistes, qui confortent l'idée d'exclure l'infection endogène des IN. Une façon aussi de ne pas empiéter sur l'activité diagnostique du clinicien.

"Dans 99 % des cas, ce sont des bactéries de la flore du patient." (Biologiste, G2).

"Du labo, on n'a pas la possibilité de différencier contamination et infection acquise, c'est le médecin, lui et lui seul qui pose le diagnostic d'infection nosocomiale (...). C'est tellement multifactoriel une infection nosocomiale, qu'est-ce qui fait qu'une colonisation va passer en infection ? Le problème c'est l'infection endogène, c'est 80 % des cas (...). Il faut différencier les infections d'origine endogène et d'origine exogène, c'est au cas par cas, c'est pour cela que c'est au médecin de juger, c'est un diagnostic médical. Cela ne se résume pas à une infection qui survient au bout de 48 h, une personne peut être porteur de BMR pendant cinq ans, on a des études là-dessus. Je suis favorable à ce que ce soit le médecin qui identifie l'infection nosocomiale, car cela ne peut pas être autrement, mais il ne faut pas qu'il soit stigmatisé par un procès etc. Ce n'est pas parce que vous faites une infection que votre chirurgien a mal travaillé, ce n'est pas aussi simple et c'est de moins en moins vrai. La pression des soins crée une décompensation qui crée l'infection et c'est une information dont les gens n'ont pas conscience." (Biologiste, G3).

"Déjà nosocomiale il faut que le patient soit présent depuis plus de 48 heures et il faudrait pratiquement avoir la preuve qu'à l'entrée dans l'ES il n'avait rien. Si on ne peut pas avoir la certitude que le patient n'était pas porteur de germes à l'entrée, c'est facile de dire que c'est une colonisation (...). Nosocomial cela veut dire que c'est le personnel soignant qui contamine dans l'esprit des gens, c'est associé à manquement de la part des soignants. (...) Je ne peux pas discuter le caractère nosocomial ou non avec les médecins car le germe pouvait être présent au niveau de la vessie et refaire surface. La notion de colonisation peut paraître curieuse parfois, mais je ne peux pas juger car je ne connais pas le patient..." (Biologiste, G3).

Certaines infirmières partagent cette conception restreinte de l'IN :

⁷ Rappelons que la définition réglementaire de l'IN n'exclut en rien les germes endogènes.

"C'est vrai qu'une infection nosocomiale c'est une infection que le patient attrape au cours de son séjour, mais qu'est-ce qui peut nous permettre de dire que c'est une infection nosocomiale ?

- Le seul fait qu'il attrape cette infection au cours de son séjour ce n'est pas suffisant pour vous ?
- Eh bien... il peut avoir ouvert la fenêtre et avoir pris froid, parce que nos patients sont très fragilisés...
- Ou alors il faudrait faire systématiquement à l'entrée un ECBC, on fait un ECU mais pas d'ECBC...
- Justement pour les infections urinaires, j'imagine qu'il y en a dans le service ?
- C'est vrai, il y en a, mais on se s'est jamais posé la question de savoir si c'est nosocomial ou pas finalement...
- Si, un patient qui est porteur d'une sonde vésicale on est très au clair là-dessus...
- Pas forcément ! Car on a eu le cas de Mme X, elle a fait une infection urinaire suite à la pose de la sonde, mais en fait elle avait déjà une infection urinaire à la maison de retraite..." (Deux IDE, G1).

Face au monopole du diagnostic des cliniciens, les équipes d'hygiène rencontrent des difficultés pour imposer leur analyse.

"Il y a un médecin qui refuse de reconnaître le caractère nosocomial des infections de ses patients. Une fois, j'ai signalé quand même. La deuxième fois, il m'a répondu que ce n'était pas nosocomial, alors je ne peux pas aller plus loin, il dit que c'est lié à la pathologie du patient..." (PHH, G1).

Ainsi, dans un établissement du groupe 3, la dynamique de signalement des IN est embolisée par un débat qui partage les cliniciens et oppose le médecin chef à le président de Clin sur la qualification des prélèvements bactériologiques positifs : à la question posée sur une fiche du laboratoire demandant si l'infection est selon eux une colonisation ou une infection nosocomiale, certains médecins, à l'instar du médecin chef, cochent systématiquement "colonisation".

Seuls les cas d'infection osseuse sur prothèse, la légionellose ou une infection urinaire sur sonde entrent facilement, aux yeux des professionnels, dans le cadre de l'imputabilité aux soins. Mais dans le cas de l'infection urinaire, c'est le critère de l'évitabilité qui est interrogé au regard du signalement : quel est l'intérêt de signaler une infection non grave et non évitable ?

3.2.1.3 Une pression mal vécue

"Il faut laisser les médecins faire leur boulot. Ce qui est important, c'est le patient." (Clinicien, G3).

Une majorité des cliniciens rencontrés vit mal la pression qui existe aujourd'hui sur les infections nosocomiales.

Il y a les médias qui en font un thème récurrent et stigmatisant, que ce soit sur des cas individuels, sur des affaires comme celle de la clinique du sport ou, plus rituellement à travers le classement des établissements à partir des indicateurs de la LIN.

"En plus, médiatiquement, les infections nosocomiales c'est la première page des journaux, là ça va encore ressortir avec la clinique du sport... (...) Il y a toujours ces campagnes de presse sur les infections nosocomiales qui disent que c'est le mauvais médecin, la mauvaise infirmière qui font les infections nosocomiales ça, je pense que c'est dommageable aux réactions des médecins qui se protègent je pense." (Clinicien, G1).

"Les médias faussent le message, infection nosocomiale c'est mauvais médecin, mauvais hôpital dans l'esprit du public c'est ça, c'est sale, manque d'hygiène ou au niveau matériel, pas le dernier cri..." (Biologiste, G3).

"Les infections nosocomiales on en a tellement parlé dans les médias, c'est une infection qu'on a choppé parce que le personnel soignant n'était pas au top dans les pratiques. C'est vrai qu'on peut attraper des choses à l'hôpital, mais quand le patient rentre pas au top de sa forme, il a beaucoup plus de risque. Quelle est la faute du soignant dans ce cas ?" (IDE, correspondante en hygiène, G2).

"Le vrai problème pour le clinicien autour de la recherche d'infection nosocomiale part du fait que dans l'esprit des gens, l'infection nosocomiale est une faute et les médias y sont pour beaucoup là dedans, si on avait pu faire en sorte que l'infection nosocomiale ne soit pas associée à une faute ce serait très différent ! (...) À partir du moment où vous avez fait une faute, vous n'avez pas envie de le dire, d'autant que l'on est dans un dispositif surtout répressif..." (Président CME, G1).

Outre les faits divers, les IN font aussi parler d'elles à chaque sortie d'un classement des ES dans la presse. Les cliniciens s'accrochent aux classements des établissements, mais n'y accordent qu'un faible crédit, y compris quand ils sont bien classés. Ainsi, par exemple, ce praticien s'étonne, comme ses autres confrères rencontrés, de la bonne place de son établissement, qu'il trouve injustifiée :

"Ces statistiques c'est complètement foireux ! Sur le dernier article que j'ai vu, on est classé dixième clinique de France. Or, c'est disproportionné par rapport à ce qu'on fait ici, juste parce qu'on a bien rempli nos papiers. On est très loin devant la clinique Y par exemple qui n'est pas classée du tout, à tort et nous on est loin de mériter ce classement." (Clinicien, G3).

"Les classements : les médecins les lisent et les patient aussi. Il y a des patients qui vous le disent d'ailleurs : je suis venu vous voir parce que j'ai vu que vous étiez bien classé dans le Point. C'est pas un classement comme un championnat de football c'est ça le problème... c'est à l'image du temps, de là à dire qu'on est mauvais car on est 50° c'est pas aussi simple que ça. Moi-même je ne lis jamais le Point, je l'ai acheté l'autre jour pour le classement. Est-ce que cela a un impact réel je ne sais pas, mais ça se lit." (Président CME, G1).

Les indicateurs utilisés sont généralement fortement critiqués, par les cliniciens comme par les directions, parce que déclaratifs.

"Le seul indicateur pertinent c'est infections nosocomiales, infections de site opératoire et mortalité, ce qui compte c'est le résultat." (Clinicien, G1).

"Arrêtons le déclaratif, regardons les résultats !" (Directeur, G2).

C'est l'ICSHA qui est pris le plus souvent en exemple pour décrédibiliser la démarche d'évaluation de la LIN.

"Sur l'ICSHA, si vous en consommez beaucoup vous êtes bien classé, mais quel est le sens ? Je peux aller dans le lavabo ici et vider tout... Il faut se méfier des normes technocratiques. Il me semble qu'il y aurait un vrai travail pour mettre à jour progressivement ces indicateurs." (Directeur, G1).

L'autre source de pression vient des patients. La pression au quotidien, avant ou pendant l'hospitalisation reste encore faible, mais des comportements nouveaux sont toutefois apparus.

De plus en plus de patients posent des questions, s'intéressent aux indicateurs de la LIN, manifestent clairement leur peur de contracter une IN.

"Il y en a un qui m'a demandé l'autre jour si je m'étais bien lavé les mains." (IDE, G1).

"Dans les services, les patients font un peu pression, il y en a même qui photographient les poubelles." (Chirurgien ortho, G1).

"Les patients posent beaucoup de questions aujourd'hui, mais ce n'est pas cela qui fait évoluer les médecins, ce sont plutôt les contentieux." (Président Clin, G1).

La véritable pression, c'est celle qui s'exprime à travers les demandes d'accès au dossier et les contentieux. Or, le contentieux aujourd'hui est fortement associé aux infections nosocomiales. Les cliniciens se divisent radicalement en deux catégories sur ce plan : il y a ceux qui ne perçoivent pas d'augmentation de plaintes et qui croient dans les vertus du dialogue et de la transparence pour déminer des poursuites.

"Je crois qu'on ne pourra pas échapper à cela de toute façon, et ceux qui nous mettent le plus la pression ce sont les associations d'usagers qui demandent de plus en plus de transparence, et ils ont raison.

- Est-ce que vous constatez plus d'exigences de la part des patients ?
- Non, je crois que les gens continuent de faire confiance à condition qu'on leur explique bien. Moi je ne trouve pas qu'il y a plus de procédures, c'est pas vrai, il y a davantage de gens qui réclament leur dossier qu'avant parce que c'est un droit nouveau et moi je pense que quand on prend le temps d'expliquer aux gens quand il y a un problème, mais ils souhaitent qu'on leur explique ce qui se passe voilà, et les problèmes surviennent quand les médecins et chirurgiens ne sont pas disponibles, ne prennent pas le temps (...). Neuf fois sur 10, les plaintes viennent de l'absence de communication, elles ne viennent pas de la complication, elles viennent de l'absence de communication sur la complication (...). C'est sur le terrain qu'il faut apprendre aux plus jeunes à gérer les complications, à communiquer, ils nous regardent faire, on leur dit il faut voir la famille, téléphoner au médecin généraliste, etc." (Président CME, G1).

Il y a ceux qui, au contraire, acceptent mal le développement des démarches des patients ou des familles, en nourrissent du ressentiment et une crainte qu'ils conjurent par un repli sur la clinique, une restriction de la communication et surtout de la traçabilité.

"Regardez les rapports des assureurs, dans les dernières choses, les assurances ce qu'ils disent c'est le nombre de fautes n'augmente pas forcément voire diminuerait parce qu'on est de plus en plus attentifs, par contre le nombre de condamnations au sens financier du terme augmente, puisque maintenant ils indemnisent même sans faute que ce soient les organismes de recours ou les tribunaux." (Clinicien, G2).

"La CRCI indemnise largement des gens qui sont responsables de leur infection". (Président CME, G1)⁸.

Le signalement est facilement associé aux demandes d'indemnisation des patients *via* les CRCI. Plusieurs interviewés soulignent les effets pervers de cette évolution :

"On voit que la grande majorité des CRCI ce sont les gens qui essaient de faire reconnaître quelque chose comme infection nosocomiale (...). Le grand public voit cela comme une porte ouverte, il n'y a plus d'acceptation de l'aléa." (RAQ, G1).

"Ce qui risque de se passer, c'est qu'on va faire des prélèvements avant, les chirurgiens ne vont plus vouloir opérer et il y aura une perte de chances pour le patient, tout ça parce qu'il y aura eu des procédures. Et on ne va pas vers l'amélioration des pratiques, on ne va pas vers la transparence, on va vers de la gestion de procédures donc ça c'est aussi un effet pervers du signalement dans la mesure où les gens se servent du signalement pour amener une indemnisation, c'était pas le but du signalement au départ, enfin je crois pas..."

- Est-ce que vous avez constaté que des patients pouvaient se saisir d'un signalement de leur infection pour...
- Le fait qu'il y ait signalement du coup, on en parle, avant c'était tu, avant on disait vous avez une infection, on la traite voilà ! C'est le fait aussi qu'il y ait ces commissions d'ailleurs ces commissions, elles ont perdu le "C", il n'y a pas du tout de conciliation, c'est que de l'indemnisation, ce que les gens veulent c'est l'argent !
- C'est un frein cette situation ?
- Vraisemblablement ça n'incite pas les gens à déclarer." (Président Clin, G1).

La pression c'est aussi bien sûr, celle imposée par l'administration, "les tutelles", comme en écho aux médias, sur cette question des IN : à travers les recommandations, les procédures et protocoles, les obligations de traçabilité de plus en plus nombreuses. Elle est également mal vécue car elle semble exponentielle, sans moyens déployés pour y répondre. Mais cette pression n'est finalement pas la plus névralgique, car si les médecins s'en plaignent, ils savent aussi s'en affranchir. Comme le résume ce praticien :

"Il y a tellement de choses obligatoires qu'on ne fait pas. Le côté obligatoire, ce n'est pas suffisant pour que ce soit fait". (Clinicien, G1).

En résumé :

- la notion d'infection nosocomiale constitue en elle-même le premier frein au signalement dans la grande majorité des établissements enquêtés ;
- elle reste associée à la faute dans l'esprit de beaucoup, y compris des professionnels ayant déjà signalé ;
- ses contours restent discutés par beaucoup de cliniciens et de biologistes, notamment sur le critère germe endogène/exogène ;
- l'infection nosocomiale est aussi associée au contentieux et à une médiatisation qui a tendance à stigmatiser les pratiques professionnelles.

3.2.2 Les difficultés du signalement interne

La notion même d'infection nosocomiale étant contestée par les cliniciens et sa définition jugée peu opérationnelle, l'implantation du signalement interne en est rendue plus difficile.

3.2.2.1 Une représentation négative du signalement

"On n'a pas la culture du signalement, le mot délation est toujours présent dans l'esprit des gens." (RAQ, G3).

Avec la notion d'infection nosocomiale, c'est aussi la notion de signalement qui achoppe et renvoie à une représentation qui l'associe péjorativement à délation. Demander aux praticiens de déclarer leurs propres IN équivaut pour certains à leur demander un acte d'autodélation, ce qu'ils ne peuvent concevoir.

⁸ "Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001". <http://www.oniam.fr/>.

Les connotations peu favorables des mots "nosocomiale" et "signalement" se traduisent d'ailleurs, par leur évitement, dans les intitulés de fiches des signalements internes :

- seules quatre fiches sur 12 emploient le terme "nosocomiale", la notion d'infection sans qualificatif étant préféré ;
- de même, quatre fiches mentionnent le terme "signalement", les autres ES optant pour "recueil", "déclaration", "suspicion", voire "surveillance";
- ces choix relèvent d'une stratégie de la part des EOH pour ne pas froisser les services de soins, pour tenter d'annihiler les connotations négatives.

I TABLEAU 4 I

Les intitulés des fiches de signalement interne (SI) des infections nosocomiales

ES	Intitulés des fiches de signalement interne (retranscription textuelle)
A	Déclaration d'infections nosocomiales
B	Recueil de suspicion d'infection nosocomiale
C	Fiche Clin pour les patients hospitalisés (pour toute infection ou colonisation)
D	Un item hygiène (non détaillé) dans "fiche d'événement" du service qualité
E	Fiche de déclaration d'une infection
F	Fiche de signalement interne des infections nosocomiales
G	Fiche de surveillance des infections
H	Fiche de signalement interne d'infection associée aux soins (infection nosocomiale)
I	Fiche signalement des risques avec rubrique détaillée "infectiovigilance"
J	Recueil des infections hospitalières
K	Deux fiches : Signalement interne par les services de soins Signalement interne par le laboratoire
L	Fiche de SEI, item "autre"

Dans les entretiens, la majorité des cliniciens invités à parler du "signalement des infections nosocomiales" ont d'ailleurs répondu en termes de "déclaration", qui évoque davantage une notion administrative (déclaration des revenus par exemple) ou assurantielle (déclaration de sinistre).

Si cette question de sémantique n'a pas pu être directement approfondie, les cliniciens ont toutefois fréquemment relié le signalement à la crainte de sanctions. Même un chirurgien orthopédiste favorable *a priori*, explique la réticence de ses confrères – et la sienne :

"Si je fais une déclaration qu'est-ce qui va arriver au service ? (...) Et quand c'est un signalement qui va à l'extérieur c'est encore pire." (Clinicien, G1).

"On a quand même derrière ça, l'appréhension que ça vous retombe dessus, forcément, donc en étant honnête, je crois qu'on bouche les yeux exprès.

- Dans quel sens ça pourrait vous retomber dessus ?
- Dans le sens où si le voisin n'en déclare pas alors qu'il en a et que nous on en déclare et qu'on déclare le bon nombre, forcément on sera mal vus, vous voyez ce que je veux dire ?
- Par qui ?
- Par les tutelles ! Et puis par l'Express, par le Point, c'est simple hein, on fonctionne comme ça aujourd'hui. C'est soit on le fait tous et tous correctement soit on n'a pas envie de le faire (...). Je suis persuadé que l'un des arguments qui fait que tout le monde freine des quatre fers sur le plan psychologique c'est parce qu'on ne sait jamais à quelle sauce on va être mangé avec nos tutelles." (Clinicien, G2).

Car si l'IN est une faute, il peut sembler incongru de demander aux auteurs de la dite faute de la rendre publique.

"J'utilise très peu le dispositif de signalement, voire pas..."

- Pour quelles raisons ?
- Parce que ça fait des papiers en plus à remplir, que c'est long et que d'un point de vue médico-légal, c'est une façon de nous mettre en danger par certains côtés.
- Dans quel sens ?
- Parce que si vous signalez une complication et qu'elle débouche sur un conflit médico-légal, c'est une façon d'informer le patient et de tendre des bâtons pour se faire battre." (Clinicien, G2).

Même un praticien hygiéniste le comprend : "c'est comme vouloir déclarer ses propres excès de vitesse." (PHH, G1). Cette comparaison a d'ailleurs été évoquée à plusieurs reprises dans des sites différents.

"Aujourd'hui, un des freins à la déclaration, c'est la crainte du gendarme c'est comme le mec qui déclarerait ses excès de vitesse. Il y a très peu de gens qui sont dans la logique de dire je signale pour améliorer les choses." (Président CME, G1).

Un praticien résume bien là encore ce qu'il nomme "l'ambiguïté" de la situation :

"Il y a toujours ce côté ambigu de l'infection nosocomiale qui est un mal et de la déclaration qui est un bien, mais déclarer un mal, c'est ambigu." (Clinicien, G1).

"Le dispositif on sait très bien qu'il n'est pas respecté ; c'est pas fait car tout le monde a dans l'idée que c'est de la délation." (Président Clin, G1).

"Le signalement, actuellement, c'est dans un tiroir. Les établissements ont beaucoup de difficulté à faire du signalement interne, il y a la peur de dénoncer une personne, c'est encore très présent." (IDEH, G2).

Le manque de culture du signalement est incriminée par les directions comme par les cellules qualité qui constatent tous les difficultés d'utilisation du système de signalement des événements indésirables (SSEI).

"Le problème c'est celui du signalement lui-même, on peut se demander si nos cliniciens sont vraiment passés à la culture de signalement... il y a un effort à faire pour que ce ne soit pas perçu comme une faute (...). Il faut séparer la qualité du médico-légal, tant qu'on n'aura pas résolu cela, certains médecins resteront craintifs par rapport au signalement." (Directeur adjoint, G1).

Le SSEI est en effet mal accepté, notamment dans les services de soins où on le perçoit comme une machinerie technocratique utilisé pour des problèmes mineurs ou donnant matière à conflit entre services, catégories de personnel ou individus.

Ainsi, en l :

"Il y a des secteurs d'activité où ils signalent plus promptement que dans les secteurs de soins avec des fiches mal perçues par les soignants, comme une remise en question de la qualité de leur prestation, ils le vivent très très mal..."

- Avez-vous un exemple ?
- Oui, j'en ai un parce qu'il est récurrent. Au niveau du laboratoire, quand ils constatent qu'un bilan biologique leur paraît dilué, ce qu'on retrouve dans la feuille de signalement c'est "bilan prélevé dans la perfusion", alors là les soignants s'insurgent en disant "comment peuvent-ils penser deux minutes qu'on prélève à travers la perfusion ?" Il arrive qu'elles prélèvent sur un bras qui est perfusé, parce que l'autre est complètement immobilisé, mais elles en connaissent quand même les règles. Cette formulation là, elles la trouvent très choquante..." (Cadre de santé, G1).

Dans le cadre du SEI, la connotation dénonciatrice est encore plus nette car on demande de signaler des événements qui peuvent mettre en cause un membre du personnel. Ainsi, ce clinicien associe d'emblée SIN à SEI :

"On n'en déclare pas d'infection nosocomiale car ce n'est pas anonyme, c'est tout. Quand la vie du patient est mise en jeu c'est différent, tant pis, même si ce n'est pas anonyme on le fait, mais si c'est un problème fréquent, sans conséquence, qu'il n'y a pas d'erreur grave, on enterre parce que cela ne mérite pas que cela ait des conséquences sur la personne. Tant pis pour ceux qui ne font pas en sorte que ce ne soit pas anonyme." (Clinicien, G2).

3.2.2.2 Une difficile implication des cliniciens

"Il y a un côté qui nous pousse à signaler : c'est utile, et un côté qui nous retient : c'est la notion de faute, d'erreur. Quand on est plus convaincu par un côté que par l'autre, on signale plus ou moins..." (Clinicien, G1).

Partout, sauf dans l'établissement du groupe où le président de Clin centralise toutes les infections, la participation des cliniciens au signalement interne pose problème.

Dans la majorité des ES, ce n'est pas le signalement des IN graves qui est défaillant, celles-ci étant difficilement dissimulables d'une part et surtout, les cliniciens ressentent la nécessité morale de les signaler.

"Le fait que ce soit basé sur une déclaration volontaire, ça ne permet pas de suivre... Enfin nous, les infections graves de toute façon ils nous signalent parce que dès qu'il y a un problème clinique majeur la question de la responsabilité disons pas juridique, mais la responsabilité morale est toujours posée, n'importe quel clinicien se pose toujours cette question-là et généralement l'équipe opérationnelle maintenant est bien connue, le Clin est bien implanté, généralement on est au courant. Mais pour les infections mineures ou c'est simplement par exemple la notion du germe, alors que l'infection n'a aucun critère clinique de gravité, c'est sûr que là, il y a des manquements. L'exemple, c'est le strepto A, si on trouve du strepto A dans un prélèvement vaginal d'une femme qui est à la maternité, c'est sûr, il n'y a pas d'endométrite clinique pas de septicémie, c'est sûr que ça nous parvient pas." (Président Clin, G1).

Presque tous les cliniciens rencontrés sont ambivalents par rapport au signalement : ils sont rarement totalement contre par principe, et notamment pour les cas graves ou épidémiques, ils disent effectuer ce signalement (ou le déléguer). Ce qui résiste, c'est l'intégration du signalement des IN dans la pratique quotidienne, pas seulement en cas de crise majeure. La liste est longue des arguments qui les retiennent.

"Il y a un côté qui nous pousse à signaler : c'est utile, et un côté qui nous retient : c'est la notion de faute, d'erreur. Quand on est plus convaincu par un côté que par l'autre, on signale plus ou moins..." (Clinicien, G1).

Un chirurgien qui ne fait pas de signalement illustre cette ambivalence morale : "Je sais que si je fais une déclaration, je suis quand même moins fautif que si je ne le fais pas." (Clinicien, G3).

Participer au signalement interne est surtout perçu comme une surcharge de travail, que même les acteurs engagés de la LIN reconnaissent, comme ces deux présidents de Clin, cliniciens :

"Par rapport aux équipes, c'est important d'essayer de faire en sorte que ce soit quelque chose de naturel : cela fait partie du travail, on a un problème d'infection nosocomiale, c'est normal de se préoccuper de la cause, que ce n'est pas une mise en faute etc. que cela fasse partie de la pratique quotidienne, mais je remarque aussi que c'est "chiant", parce qu'on se dit "tiens, il faudrait quand même qu'on y pense" et puis on passe à autre chose et on n'a pas fait le signalement. C'est vrai que c'est très chronophage, qu'il faut prendre le temps de se poser et de réfléchir, d'amener les éléments et que dans le quotidien ce n'est pas forcément facile de l'inscrire." (Président Clin, G1).

"C'est un plus, mais c'est quelque chose qui est lourd, comme tout ce qui est dispositif qualité... C'est lourd, ce n'est pas la démarche en elle-même c'est la multiplicité de ce type de démarche, toute la part extra-médicale c'est lourd." (Président Clin, G2).

Des cliniciens qui ne font pas de signalement considèrent que ce temps passé est un frein :

"Ce qui est très difficile dans tout cela, c'est associé à quelque chose de très lourd, de très administratif, il faut que cela soit fait par des gens dont c'est le métier, qu'on ne soit pas des infectio-vigilants ! Se retrouver à faire des papiers à chaque visite, non !" (Clinicien, G3).

"Ça ne paraît rien comme ça, c'est un papier à remplir, mais on passe nos journées à ça ! Et tous les ans, on nous pond une nouvelle recommandation, un nouveau papier à remplir, un nouveau machin..., ce ne sont que des contraintes supplémentaires." (Clinicien, G2).

Parce que c'est le cœur de leur métier et que le contexte les oblige à la productivité, les cliniciens disent préférer donner la priorité aux soins.

Ainsi, ce praticien hygiéniste dans un CH constate : "Le nombre de feuilles à remplir c'est énorme, les gens en ont marre !" Certains le disent : "Nous, on préfère soigner plutôt que remplir des papiers." (PHH, G1).

"Moi je ne peux pas vous dire quelle est la procédure de signalement interne ici et je ne signale pas personnellement, mais attention, je m'en occupe (des infections de mes patients) !" (Clinicien, G3).

Or, le signalement en lui-même n'apporte pas, en général, de plus-value pour la prise en charge du patient :

"Quand les professionnels sont rétifs c'est qu'ils ne sont pas sûrs qu'il y aura un retour positif pour les patients."
(Directeur, G1).

"Je ne sais pas comment sensibiliser les médecins au signalement.

- Quels sont les freins à votre avis ?
- Ils vivent encore cela comme un échec, comme une faute, ils ne voient pas l'intérêt du signalement interne. Parfois ce n'est pas évident de savoir si c'est nosocomial...
- Parfois ce n'est pas le fait de ne pas vouloir signaler, c'est qu'ils passent à autre chose..." (PHH, G1).

"Par rapport au signalement avez-vous l'impression que le signalement des infections nosocomiales fonctionne bien ici ?

- Je pense que c'est très perfectible, qu'il y a une sous-estimation des signalements, je pense qu'on est appelé un peu tard...
- Pour un médecin, une infection isolée c'est habituel, s'il a l'impression de gérer, donc ils ont tendance à ne pas signaler, sauf quand ils commencent à se sentir débordés ou alors ils nous signalent quand il y a plusieurs cas. C'est quand ils commencent à trouver que ça fait beaucoup dans une petite période qu'ils vont commencer à nous signaler alors qu'on leur dit qu'il ne faudrait pas attendre qu'il y ait plusieurs cas, car si on est prévenu plus tôt on va intervenir plus tôt et comprendre le problème.
- Est-ce parce qu'ils ont peur d'être mal jugés ? ou par méconnaissance du système ? c'est vrai qu'il y a très peu de médecins correspondants qui vont nous signaler leurs infections.
- Est-ce qu'ils n'en voient pas l'intérêt parce que cela ne leur rapporte rien d'immédiat sauf de voir "les boeufs carottes" – c'est comme cela qu'un médecin nous appelle – parce qu'on ne va pas forcément leur proposer de solution immédiate." (Deux IDEH, G1).

L'intérêt pour l'amélioration des pratiques est parfois totalement contesté, notamment en orthopédie où les chirurgiens ont tendance à penser qu'ils sont au maximum des précautions possibles :

"Je ne pense pas que le fait de déclarer améliore quoi que ce soit. Au niveau de l'hygiène, il n'y a plus rien à améliorer, au bloc je mets la pression maximale, on ne peut pas faire plus." (Clinicien, G1).

"Je ne sais pas si le fait de signaler apporte forcément grand chose ; dès qu'on a une infection, on discute entre nous pour savoir comment faire." (Clinicien, G1).

La lourdeur, c'est aussi la lourdeur des conséquences, c'est la crainte de déclencher un processus qui va accroître les contraintes, à travers des mesures de type isolement du patient, jugées souvent excessives par les cliniciens. Ainsi, un lien est fait par certains cliniciens entre signalement et mesures préventives, (prises pour éviter la survenue d'autres cas, indépendamment du signalement), notamment à travers l'exemple des BMR.

"Ce qui freine c'est la crainte de la mise en route d'un protocole très lourd limitant l'activité de soins... On se retrouve assez vite pour un signalement interne anodin avec des procédures de limitation de visites, le port de sur blouse sur chaussures, etc. (...) Il faut voir le temps que cela prend de mettre les sur blouses, les sur chaussures etc., on le fait les quatre premiers jours et puis après on ne le fait plus et les choses se règlent comme ça." (Clinicien, G1).

"La plupart des praticiens trouvent que les mesures d'isolement c'est insupportable, cela leur paraît disproportionné voire les empêche de se consacrer à l'essentiel." (Directeur, G1).

Selon un responsable qualité, qui compare les réticences au SIN à celui des EI, c'est aussi la crainte de générer de futures recommandations qui retient :

"Ce qui irrite les médecins c'est le côté administratif, tout ce qu'on met en place c'est beaucoup basé sur la traçabilité. Si je déclare, je vais impliquer la production de recommandations qui vont revenir s'imposer à moi ou je vais avoir un retour qui n'est pas forcément ce que j'aimerais avoir. Pour les événements indésirables, je le vois, la personne a une idée de la solution et le résultat qui revient au niveau du déclarant n'est pas forcément satisfaisant. Pour lever cela, en interne, il faut aller voir la personne qui a déclaré pour comprendre ce qu'elle a déclaré, pourquoi, ce qu'elle attend. Le problème c'est quand cela revient sur le plan administratif, il faut un contact pour lever les problèmes d'interprétation. La formule administrative ne marche pas (...). Il faut rester sur des choses qui vont donner un plus pour eux et pour le patient." (RAQ, G3).

3.2.2.3 Un rôle ambigu des paramédicaux

"Notre métier c'est auprès du patient, mais c'est aussi auprès du papier." (IDE, G1).

Selon l'article R6111-16 du code de la santé publique, tous les professionnels paramédicaux sont susceptibles de signaler en interne. La majorité des procédures reprenant le texte réglementaire, cette possibilité est mentionnée dans 8 cas sur 10, mais rarement utilisée.

En C, la procédure ne le mentionne pas.

En F, sous la rubrique "Signalement interne – qui signale et comment", on lit : "le signalement sera réalisé par le ou les professionnels médicaux⁹ en charge du patient concerné".

En A, la procédure reprend cette disposition ("tout professionnel de santé") mais dans le guide pratique des correspondants en hygiène, le rôle de ceux-ci sur le signalement ne comprend pas le fait de signaler. Sous la rubrique :

"Les deux missions des correspondants :

1. la diffusion des recommandations du Clin-EOHH (...).
2. le signalement des IN à caractère rare et/ou inhabituel :
 - ils participent à la mise en œuvre des mesures correctives ;
 - ils participent à l'analyse, à l'investigation des cas réalisées par l'EOHH".

Deux ES donnent explicitement aux non-médecins (surtout aux infirmières) ce rôle de signaleur (un ES du groupe 1 et un ES du groupe 2), avec toutefois un intitulé de fiche de signalement qui ne contient pas le terme nosocomial. Mais les infirmières ne semblent sollicitées que par défaut : pour la grande majorité des acteurs, l'idéal serait que ce soit le médecin en charge du patient infecté qui le fasse.

"Ce ne sont quasiment jamais les IDE qui signalent, ce sont les médecins ou les cadres car ce sont les médecins qui leur disent de le faire car parler d'infection c'est déjà faire un diagnostic, ça reste du domaine médical. Une infirmière qui signalerait de son propre chef, même si elle le dit au médecin, je ne sais pas comment les choses seraient reçues. La circulaire dit "tout professionnel de santé" mais comment une ASH va... Non, je suis peut-être de la vieille école mais pour moi la médecine c'est d'abord un diagnostic et à partir du moment où on a fait le diagnostic on prend les bonnes mesures." (PHH, G1).

"Ce n'est pas aux infirmières, c'est au médecin de faire un signalement interne ou externe des infections nosocomiales car c'est au médecin de prendre la décision du caractère nosocomial." (Président Clin, G1).

La délégation des cliniciens aux paramédicaux peut être une délégation "de paperasse" ou une véritable délégation de tâche :

"C'est le médecin qui doit initier le signalement, mais on est pour que ce soit quelqu'un d'autre qui fasse la paperasse... On passe tout notre temps à remplir des papiers, ce n'est plus possible !" (Clinicien, G1).

"Le signalement est beaucoup plus fait par le personnel paramédical que par les médecins... Dans mon service, les infirmières le font très bien (le signalement)." (Président CME, G1).

La majorité des IDE et AS rencontrées ignorent qu'elles sont en quelque sorte "habilitées" à signaler une IN à l'EOH. Ce sont les correspondantes en hygiène qui connaissent le mieux cette possibilité.

Elles ne revendiquent pas cette charge qu'elles considèrent relever du clinicien.

"Est-ce que cela pourrait rentrer dans votre rôle ?

- Pour moi, non, car cela nous ferait encore une surcharge de travail... C'est vrai qu'on est dans un service de médecine donc c'est vrai qu'au niveau infection nosocomiale, il y a bien sûr les infections bronchiques, un patient âgé qui reste un petit peu plus longtemps on sait qu'il va chopé ce qu'il n'aurait pas chopé s'il était resté moins longtemps, mais qualifier cela d'infection nosocomiale je crois que cela sera difficile pour nous, parce que les médecins en fonction de la bactérie, du germe, ils peuvent étiqueter mais nous non, donc c'est pour ça que ça me semble un peu difficile.
- Après, si on avait plus de temps, si on pouvait se poser et réfléchir, on pourrait peut-être le faire." (Deux IDE, G1).

⁹ *Souligné par nous.*

Elles sont soumises elles aussi à l'augmentation des charges bureaucratiques et comme les médecins, celles qui l'ont fait retiennent surtout le fait que cela prend du temps, d'autant plus si les informations demandées sur la fiche sont à rechercher voire à reconstituer :

"Il faut le faire dès qu'on reçoit un prélèvement positif. Après il faut rechercher la date de début de l'antibiothérapie et tout et si on a mal fait les transmissions le jour J, faut aller voir dans le dossier, essayer de se souvenir... Et c'est vrai qu'on a un peu beaucoup de choses à faire, de plus en plus maintenant, donc remplir cette feuille on ne prend pas forcément 10 minutes en sortant du travail pour le faire et puis c'est vrai que le lendemain on n'y pense plus (...).

- Qu'est-ce qui vous permettrait de faire davantage de signalements ?
- Plus de temps...
- L'intérêt des médecins, parce qu'on se sent un peu seules..." (Deux IDE, G1).

Cette tâche ne peut pas être prioritaire au regard des soins ou d'autres papiers comme les bons de radio ou les bons de transport, directement nécessaires à la prise en charge du patient.

"On est un peu noyé dans la paperasse, donc ça c'est important mais ça passe à la trappe." (IDE, G1).

Elle n'est pas non plus prioritaire pour les correspondants en hygiène paramédicaux qui ont déjà beaucoup de mal à faire valoir les recommandations du Clin, comme l'illustrent ces deux infirmières :

"Il y a quelques pratiques qui ont été réévaluées suite à des cas d'*Enterobacter cloacae*.

- Et c'est passé facilement dans le service?
- Ah, ça a été dur !
- C'est surtout qu'il y a des médecins qui sont contre encore ce que le Clin a proposé (...).
- De toute façon, on a eu beaucoup de mal à faire passer les nouveaux protocoles, ça a été des semaines et des semaines de discussion surtout avec un des médecins anesthésistes
- Sachant que les médecins ne sont pas à 100 % dans la démarche, ils valident mais quand il s'agit de le mettre en place ils le remettent en cause et finalement c'est n'importe quoi.
- Pour les médecins, le Clin ne doit pas avoir le dernier mot." (Deux IDE correspondantes en hygiène, G1).

Les cadres jouent un rôle central dans l'intégration du SI dans un service. C'est ce qu'exprime ce président de Clin :

"La chose-clé serait de travailler avec les cadres, c'est ce qu'on dit depuis toujours : le relais par les cadres. Car ce sont les cadres qui ont le plus de contacts avec les médecins, c'est les cadres qui peuvent faire passer le message à leur équipe, mais cela reste une grosse difficulté sur l'établissement..." (Président Clin, G1).

Les cadres sont notamment déterminants dans le positionnement des correspondants en hygiène : il faut une démarche volontaire du cadre pour que ces référents soient bien identifiés mais aussi que leur rôle soit bien compris comme n'étant pas de contrôler ou de donner des leçons.

Ainsi dans un ES du groupe 1, une infirmière témoigne de la nécessité de penser ce positionnement des correspondants avec le cadre :

"Il y a un nouveau cadre et quand il est arrivé, il a mis les choses au point pour qu'on soit bien identifiées (...). On est perçu comme des gens à qui on pose des questions, pas comme celles qui contrôlent, qui regardent comment les autres travaillent. C'est ce qu'on voulait, on a réfléchi cela avec le cadre." (IDE, correspondante en hygiène, G1).

Dans cet ES, les IDEH constatent lors des formations que la plupart des participants ne savent pas qu'il existe des correspondants en hygiène dans leur service et s'ils le savent, ils ne les identifient pas.

"En formation, sur un groupe de 15 (IDE AS et ASH), quand on leur demande quel est le correspondant en hygiène de leur service, il y en a très peu qui connaissent ; certains disent ah bon parce qu'on a un correspondant en hygiène ? C'est le rôle du cadre de dire le correspondant en hygiène c'est untel et untel." (IDEH, G1).

Au-delà de ces questions de rôle et d'organisation, les infirmières ne se sentent pas concernées par le signalement des infections graves comme les infections osseuses qui sont gérées et signalées par le chirurgien lui-même. Ce sont surtout les infections de plaie ou les infections urinaires qui les interrogent. S'il y a eu un prélèvement et qu'il s'agit d'une BMR, elles ne se sentent pas non plus indispensables pour le signalement car elles savent que le laboratoire communique cette information à l'EOH. Elles appelleront le cas échéant l'EOH (si ce n'est pas l'inverse) pour discuter des mesures à prendre, mais pas véritablement dans le but de signaler.

"Les infirmières m'appellent plus pour la mise en œuvre des précautions à mettre en place, pas pour le signalement. Pour elles, c'est infectieux, nosocomial ou pas, finalement ça ne change pas leurs pratiques." (IDEH, G3).

En dehors des BMR, la question du signalement des infections urinaires est difficile à démêler : dans certains services, accueillant des personnes âgées par exemple, les IU sont fréquentes, liées aux sondages, ou parfois seulement à l'alitement prolongé, à l'incontinence fécale, au manque d'hydratation. Les infirmières ne savent pas s'il faut ou non les signaler. Une part de ces infections sont peut-être évitables, dans ce cas, les signaler permettrait de mieux se rendre compte des augmentations, des évolutions, de mieux comprendre leurs causes. Mais la majeure partie est inévitable selon elles, à quoi bon les signaler ?

À quoi sert le signalement ? La réponse à cette question n'est pas évidente pour les paramédicaux comme pour les autres acteurs du signalement.

"Dans la mesure où ce n'est pas estampillé BMR ça n'a pas d'intérêt. Il faudrait savoir signaler où et quoi, savoir qui fait quoi et qu'est-ce qui en est fait ? Si cela doit devenir de la paperasse pour de la paperasse, qu'est-ce qu'on va avoir comme amélioration ? Si c'est pour nourrir les statistiques nationales, ça ne nous intéresse pas. Déclarer toutes nos infections urinaires qu'est-ce que ça peut nous apporter ?" (IDE, correspondante en hygiène, G2).

"À votre avis ça sert à quoi de signaler les infections nosocomiales ?

- Je ne sais pas si c'est qu'une question de statistiques, si l'hôpital à la fin de l'année dit voilà...
- Vous n'avez pas de retour d'information ?
- Non, on n'a pas d'info sur le taux d'infections nosocomiales dans le service. Ce serait intéressant de savoir car j'ai l'impression qu'il y en a moins, mais est-ce une impression ou pas ? Pendant une période, on a eu beaucoup d'isolements, on n'en a presque plus." (IDE, G1).

3.2.2.4 Une insatisfaction des EOH

"Le dispositif de signalement comme il est actuellement, on sait très bien que dans les établissements de soins en général, qu'il n'est pas respecté, pas respecté comme il est écrit dans les textes, c'est-à-dire que normalement tout le monde devrait pouvoir signaler, etc., etc., et que voilà, c'est pas fait parce que tout le monde a dans l'idée que c'est de la délation, tout le monde a dans l'idée que si on déclare tout c'est trop et qu'il faudrait déclarer à bon escient." (Président Clin, G1).

Le signalement des infections nosocomiales s'est mis en place progressivement dans les établissements, certains parmi les ES enquêtés sont encore en train de penser son organisation (E, D, K), du moins dans le versant participation des services de soins.

Cette tâche s'est ajoutée à d'autres activités précisées dans la circulaire de décembre 2000, mobilisant déjà les équipes d'hygiène comme l'élaboration de protocoles, la formation, la surveillance, l'évaluation. Elle a même contrarié chez un praticien hygiéniste interviewé, la conception de son métier :

"Par rapport au travail de praticien hygiéniste, on entre dans un autre domaine. Moi, ça fait 20 ans que je fais de l'hygiène, j'ai appris à sécuriser l'environnement hospitalier, à sécuriser les protocoles de soins par rapport aux recommandations, à faire des audits, des évaluations de pratiques, à faire de la formation... le signalement a été tout à fait nouveau à mettre en place. Au début, je le vivais comme un échec : je signalais une infection pour moi c'était "l'hygiène n'a pas réussi à faire ce qu'il fallait". Bon, les années ont passé... Toujours est-il que chaque fois qu'il y a un signalement à faire pour moi c'est une corvée, très honnêtement (...). Pour moi, je le vis mal, c'est un autre travail que mon métier d'hygiéniste." (PHH, G1).

Le signalement s'est, de plus, avéré très chronophage. Compte tenu de toutes leurs missions, les équipes d'hygiène basées, pour 10 ES sur 12, sur des temps partiels d'IDEH et de PH, ou les présidents de Clin, sont vite débordées : elles accusent un retard important dans le traitement des données, dans l'actualisation de procédures et finalement parent au plus pressé.

"Qu'est-ce que vous pensez de ce dispositif de signalement ?

- J'aurais envie de dire, pour nous, c'est extrêmement chronophage. Pour nous c'est le principal inconvénient (...). Une investigation de cas groupés, cela peut être une centaine d'heures." (PHH, G1).

Le signalement est chronophage en premier lieu lorsqu'il ne peut pas s'appuyer sur un tri du laboratoire et une automatisation des alertes. On ne peut que constater dans certains établissements la sous-utilisation de l'outil informatique qui n'est pas compensée par une rapidité de communication de l'information par d'autres voies : sur les 12 ES, seuls deux ont un système d'envoi en temps réel d'alerte (par mail) à l'EOH depuis le laboratoire.

À l'opposé, dans deux ES, le laboratoire ne communique les résultats bactériologiques positifs que tous les 15 jours, ou tous les mois.

"Le laboratoire donne une liste des germes à l'IDEH chaque mois et quand on voit quelque chose d'anormal car on connaît bien l'écologie de l'établissement, on donne l'alerte : un germe inhabituel, particulièrement résistant ou sur lequel on a une alerte du Cclin ou autre, on prévient (...).

Le relevé mensuel des germes permet à l'équipe d'hygiène d'aller voir si c'est nosocomial.

- Pourquoi ce rythme mensuel ?
- Parce que si c'était toutes les semaines, ce serait trop fréquent, trop lourd." (Biologiste, G3).

"C'est très chronophage, et c'est vrai que ça ne marche pas très bien en signalement spontané. L'étude des données du labo permet d'être quasiment exhaustif même s'il y a des infections nosocomiales qui ne donnent pas lieu à prélèvement, mais on s'approche de l'exhaustivité. Par contre, ça veut dire qu'on étudie toutes les identifications du labo, qu'on va rechercher dans les dossiers l'information sur le caractère nosocomial ou pas et qu'ensuite on fait sortir le dossier pour voir ce qui n'a pas marché. Ça prend la moitié de mon temps et un tiers du temps de l'infirmière hygiéniste. On aurait le signalement spontané, la moitié du travail serait fait !" (PHH, G1).

Dans ces cas, le signalement interne ne permet pas clairement une réactivité de l'EOH, sauf dans les cas très graves ou épidémiques où le laboratoire comme les services préviennent en principe rapidement. Le signalement interne souffre ainsi de "l'obligation" légale originelle d'un recueil de toutes les IN (via les professionnels de santé qui les constatent) résultant d'une lecture à la lettre du décret de 2001 [1], peu réaliste sauf dans les petites structures. La plupart des EOH (9/12) caresse toutefois toujours l'espoir d'atteindre cette "exhaustivité", forme de surveillance généralisée.

L'exhaustivité a souvent été évoquée par les présidents de Clin et EOH pour dire leur insatisfaction de ne pas l'atteindre.

Par exemple, dans un ES du groupe 1, la responsable du SE, biologiste commence ainsi l'entretien : "le signalement interne fonctionne mais pas de façon exhaustive" puis "notre préoccupation majeure c'est de s'améliorer sur les déclarations internes car on n'est pas exhaustif."

Les deux établissements qui réussissent à l'atteindre sont les seuls véritablement satisfaits de leur dispositif. Les autres ont le sentiment de faire un recueil incomplet, de passer à côté de certaines choses, de ne pas pouvoir exploiter vraiment cette information. Cela explique souvent pourquoi les signalements internes ne sont pas l'objet d'un retour d'information vers les services.

"Le retour, pour qu'il soit valide et utile il faut qu'il concerne un nombre suffisamment important, pas exhaustif mais qui se rapproche quand même d'une déclaration des infections qui soit importante. Car c'est toujours difficile d'évaluer le taux d'infection..." (Clinicien, G1).

"Le problème c'est qu'on n'est pas exhaustifs, celui qui va avoir beaucoup de signalements, il va apparaître comme le mauvais élève... Il avait été question d'afficher le taux d'infection nosocomiale, mais le taux d'infection nosocomiale, c'est en fait le taux de signalement et ce n'est pas forcément celui qui en déclare le plus qui en a le plus." (PHH, G1).

De l'exhaustivité à l'alerte, la logique semble peu perceptible, c'est sans doute pourquoi les équipes d'hygiène se raccrochent à la notion de surveillance qui fait partie de leur culture.

Sur la feuille de procédure de signalement interne en B, le sous-titre est "organisation de la surveillance".

En G, la fiche de signalement est intitulée "Fiche de surveillance des infections".

L'idéal de l'exhaustivité n'est pas partagé par trois ES du groupe 1 qui orientent les signalements du laboratoire et des services de soins sur certaines infections, pour des raisons de faisabilité et de pertinence. Dans ces établissements, le signalement interne est globalement restreint aux critères de signalement externe.

"Le processus est ambigu au niveau ministériel. On sait très bien que si on respectait comme c'est écrit, les praticiens en hygiène seraient débordés. On est incapable de répondre à la demande si on respectait ça... alors bon, je pense qu'il faut essayer de cibler." (Président Clin, G1).

"Il est évident que si toutes les infections nosocomiales m'étaient signalées, moi je ne vois pas comment je ferais, c'est infaisable (...). Je crois qu'il y a une volonté de se couvrir, d'ouvrir le parapluie en haut lieu pour dire

"toutes les infections nosocomiales sont signalées aux unités d'hygiène, comme ça on ne prend aucun risque, après comment font les unités d'hygiène sur le terrain, je crois que ce n'est vraiment pas le problème des gens qui sont au dessus. Et je pense qu'on a du mal à communiquer sur ce dossier à cause de ça, car on n'est pas tout à fait dans les clous, parce que moi je ne demande pas aux services de signaler toutes les infections, je leur demande en gros les infections évitables, les cas groupés donc si les demandes du ministère étaient plus raisonnables, ce serait déjà peut-être plus facile pour communiquer en étant en adéquation avec la réglementation." (PHH, G1).

Un praticien hygiéniste du groupe 1 souligne toutefois la part importante du temps de travail de l'EOH qu'occupent les signalements interne et externe, et objective ce temps par un relevé scrupuleux.

I TABLEAU 5 I

Nombre de signalements et temps de travail correspondant dans un établissement du groupe 1 (2006-2008)

Année	Nombre de SI traités	Nombre de SE	Temps passé par le PHH
2006	35	4	164 heures
2007	31	0	494 heures
2008	40	7	403 heures
Total	106	11	1 061 heures

La "productivité" de ce temps passé en termes d'amélioration éventuelle de la qualité et de la sécurité des soins n'apparaît toutefois pas dans cette façon de présenter les choses, ce décompte suggérant plutôt le ressenti d'une contrainte très consommatrice de temps, obligeant à délaissier d'autres missions de l'EOH.

Le praticien hygiéniste d'un autre ES de ce groupe nous fournit un exemple du rapport entre SI et SE.

I TABLEAU 6 I

Nombre de signalements dans un autre établissement de santé du groupe 1 (2005-2008)

Année	Nombre d'IN en SI	Nombre de SE
2005	58	2
2006	42	1
2007	64	3
2008	85	5
Total	249	17

Les membres des EOH de deux établissements du groupe 1 considèrent que les signalements mobilisent un temps excessif, au détriment des autres activités, qu'ils jugent tout aussi importantes :

"Si le signalement était moins chronophage, ça permettrait d'avoir plus de recul, les cas groupés, ça prend 100 heures de travail en moyenne et on en a deux ou trois par an. De travailler plus sur l'organisation de l'équipe d'hygiène, de faire des enquêtes d'incidence qu'on ne fait pas..." (PHH, G1).

"Les signalements internes et externes prennent une part importante du temps, au détriment d'autres tâches. (...) Si l'équipe était plus étoffée, ça nous permettrait de développer de la formation, d'être plus présents sur le terrain, d'être en accompagnement dans les services dans la mise en place des isollements, et communiquer sur notre activité aussi." (Cadre EOH, G1).

Au-delà de l'exhaustivité, la participation des services de soins constitue un enjeu pour les Clin et EOH : réussir à ce que les praticiens signalent leurs IN marquerait une forme d'adhésion à la logique de la LIN et donc un pas de plus dans l'acculturation que les EOH visent à produire.

Le signalement peut constituer un vecteur de cette acculturation, mais peut-être pas le plus performant. Les présidents de Clin et praticiens hygiénistes disent en effet miser beaucoup plus sur les retombées des audits (notamment des quick audits qui s'intègrent bien à la pratique) ou du développement des EPP.

"Ça peut être un des moyens pour l'amélioration des pratiques (le signalement), je ne suis pas sûre que ce soit le meilleur. Moi, je pense que c'est par l'intermédiaire de l'EPP que l'on arrivera à améliorer les pratiques, par des indicateurs, par des évaluations de pratiques etc. et pas par le signalement." (Président Clin, G1).

En résumé :

- le signalement est une notion associée à "délation" ; cette connotation péjorative est particulièrement véhiculée pour ce qui concerne le signalement des événements indésirables et "détéint" sur le signalement des infections nosocomiales ;
- les cliniciens rechignent à signaler les infections nosocomiales, jugent la tâche trop lourde ;
- les paramédicaux sont peu impliqués dans l'acte de signalement des IN ; ils ne revendiquent pas ce rôle et sont rarement perçus comme légitimes pour le faire ;
- pour les EOH, le signalement est une activité jugée très chronophage.

3.2.3 La nébulosité perçue du signalement externe

Le signalement externe n'est qu'un aboutissement potentiel du signalement interne. Il constitue un dispositif presque en lui-même puisqu'il part des établissements pour aller vers le niveau départemental de la tutelle (Ddass), avec information au Cclin, puis national (InVS, voire ministère chargé de la Santé). Très généralement, ce dispositif apparaît peu lisible par les acteurs rencontrés et mal adapté par certains aspects aux réalités de terrain.

3.2.3.1 Un manque de lisibilité

"C'est toujours la difficulté de dire qu'est-ce qu'on entend par rare, pour moi ce n'est pas si clair que ça." (IDEH, G1).

Le manque de lisibilité concerne les objectifs du signalement externe, les critères, le circuit ainsi que l'aide possible.

L'objectif d'alerte du dispositif de signalement est rarement connu des cliniciens, infirmières, aide-soignantes, il l'est davantage des cadres. Les cliniciens qui ont eu à le faire perçoivent d'abord sa dimension d'obligation légale, comme pour les maladies à déclaration obligatoire (MDO), le signalement externe d'une IN pouvant d'ailleurs se doubler d'une déclaration dans le cadre des MDO.

Les EOH identifient bien cet objectif d'alerte, mais certains PHH et une majorité d'IDEH ne se représentent pas concrètement ce qu'il recouvre voire en quoi il diffère de la surveillance.

L'objectif d'amélioration des pratiques est davantage mis en avant par les présidents de Clin et EOH, car plus en lien avec leurs pratiques habituelles.

"(Le signalement externe) c'est obligatoire, la Ddass le demande et cela fait partie du suivi de nos problèmes infectieux, et d'interroger nos pratiques aussi." (IDEH, G3).

"À titre médical, l'intérêt du signalement c'est surtout pour une évaluation des pratiques, savoir ce qui se passe, pourquoi ça se passe, qu'est-ce qui est fait de travers, comment on peut faire autrement..." (Président Clin, G1).

"L'intérêt du signalement alors pour vous c'est quoi ?

- À la base, ça devait permettre que les gens s'interrogent sur leurs pratiques. Signaler, c'est pas la Kommandantur non plus, c'est se remettre en question sur les pratiques est-ce qu'il y a un dysfonctionnement, où est ce dysfonctionnement, est-ce qu'on a bien fait tout comme il faut, est-ce qu'il y a bien une traçabilité de tout ça, etc. Maintenant le risque zéro n'existe pas, mais il faut le limiter le plus possible. Il faut toujours que ce soit dans une balance bénéfice-risque, et c'est ça qui est le plus difficile." (Président Clin, G1).

Les critères du signalement ont été beaucoup abordés par les interviewés pour dire combien ils étaient insuffisamment précis.

"Dans les textes, il y a le caractère grave ou inhabituel mais c'est tellement imprécis... (...) Le caractère rare ou particulier, cela dépend où on met le curseur. Rare ça veut dire qu'avant on a presque zéro ; et particulier, une infection de prothèse, c'est pas fréquent, mais les germes ne sont pas inhabituels, mais il y a une prothèse. Il y en a qui ont essayé de définir plus précisément les choses mais ils se sont cassés les dents, mais ils ont essayé (...). Pour l'aspergillose ce n'est absolument pas précis. Je dirais que le caractère nosocomial de l'aspergillose, ce n'est pas évident (...). Les strepto A, on nous les signale, par les cliniciens et les labos. Mais quel est l'intérêt de signaler un énième aspergillus sachant qu'on ne sait jamais la porte d'entrée ? C'est en hémato pour un patient qui vient une fois par semaine à l'hôpital et un moment il est malade, on lui fait des prélèvements et on lui trouve l'aspergillus. D'où il vient l'Aspergillus, on ne sait jamais ! Alors on dit c'est l'hôpital car l'hôpital est toujours en travaux, mais on ne sait pas si c'est nosocomial." (PHH, G1).

"Quand on prend le signalement du strepto A qui fait l'objet d'un texte spécifique, je veux dire quand on voit déjà la longueur des textes, la complexité de ce qui est formulé dans ces textes, ça ne me paraît pas un des éléments qui conduit à faciliter la diffusion et la compréhension par le clinicien. Moi j'ai une activité clinique, c'est vrai que quand on a des préoccupations cliniques, il y a quand même beaucoup de recommandations à mémoriser, c'est souvent un peu difficile... il y a trop d'informations. À la fois beaucoup de verbiage et finalement, assez peu de précisions, on a beaucoup de texte mais les infections graves c'est quoi ?" (Président CME, G1).

"Pour le signalement externe, il n'y a pas de critères bien définis et c'est catastrophique. Il faudrait qu'on nous dise vous devez déclarer tel germe, s'il est présent dans tant de prélèvements, etc., aujourd'hui c'est "si vous estimez qu'il est résistant vous déclarez", mais c'est quoi un germe résistant ?

- Le laboratoire ne vous aide pas à le savoir ?
- Le labo non plus n'a pas de critères ! Il faudrait un texte qui définisse tel germe et dans tel type de pathologie.
- L'argument pour ne pas faire cela est que par définition on ne connaît pas les germes émergents...
- Mais avec Internet, on peut avoir une mise à jour régulière ce n'est pas un problème aujourd'hui. On aimerait avoir des critères précis, objectifs, car pour l'instant c'est du subjectif (...). On veut tout encadrer, mais dans ce cas il faut aller jusqu'au bout de la démarche et nous dire précisément les choses. C'est une contrainte complète qui aboutit à des choses incomplètes, pas mises à jour, ça n'a pratiquement aucun intérêt le signalement externe." (Clinicien, G3).

Le circuit des signalements externes effectués par les professionnels des établissements est également très opaque pour les interviewés. Envoyés à la Ddass et au CClin, ils imaginent qu'ils sont analysés à des fins statistiques mais ne savent pas vraiment ce qu'il en est fait. Cette opacité s'exprime dans les logigrammes résumant le dispositif de signalement externe dans certains ES où le circuit se termine dans un vide, sans jamais mentionner par exemple l'InVS ni de retour d'information *via* le CClin ou le niveau national. Ce qui renforce la coloration administrative de cet acte .

"On imagine qu'ils (les SE) sont collectés et analysés pour améliorer les choses, j'imagine que cela doit être important.

- Avez-vous un retour d'information sur ces SE ?
- Non, on n'a pas de retour sur les signalements externes." (PHH, G1).

Très peu d'interviewés ont pu donner une idée de la fin du circuit, qu'ils ne perçoivent pas comme une boucle d'ailleurs mais comme un trajet ascendant dont la destination finale reste peu lisible.

Un clinicien, ex-président de Clin dans un autre ES, est le seul clinicien à exprimer une vision du traitement externe d'un signalement : "Cela permet de mettre en commun les signalements de tous les établissements et que les médecins Ddass puissent faire des constats de l'évolution de la flore hospitalière et mettre ensuite d'autres précautions. Par l'intermédiaire des CClin il y a cette vision là, ils ont ce recul, ils voient tous les signalements d'une région, du coup, ils sont en mesure de nous alerter ou d'orienter nos efforts." (Clinicien, G3).

Cette opacité alimente chez les cliniciens la crainte d'une utilisation en défaveur du clinicien qui signale, de son service ou de son établissement, déjà évoquée pour le signalement interne. Cette fois, la crainte peut aussi être celle de déclencher une inspection ou d'apporter des arguments pour fermer un établissement.

"La difficulté par rapport au signalement externe, c'est qu'on a toujours peur que la tutelle s'aperçoive de quelque chose, on n'intègre pas que l'on peut avoir une aide." (RAQ, G3).

Deux positions sont observées sur cette question des pratiques de transparence (traçabilité, signalement) : une partie des cliniciens pense qu'elles sont dans leur intérêt dans tous les cas - avis partagé par les directeurs que nous avons rencontrés -, une autre partie considère que toute transparence est potentiellement un bâton tendu pour se faire battre.

Le fait que le SE soit, beaucoup plus que le SI, associé par les interviewés à une exigence légale ne dissipe pas les doutes : si un clinicien ne signale pas, que risque-t-il vraiment ? S'il signale, jusqu'où va le signalement ?

Pour un praticien hygiéniste, cette dimension légale est même source d'inquiétude par rapport à son rôle de responsable du signalement externe :

"J'ai une angoisse comme je suis responsable de signalement, c'est passer à côté d'une infection qui aurait dû être signalée ou que je n'aurais pas vue ou que j'aurais sous-estimée, pour moi c'est une angoisse. Car quelque part c'est quand même un texte légal.

- C'est une angoisse par rapport à la responsabilité légale ?
- Oui." (PHH, G1).

À l'inverse, les directions des ES enquêtés perçoivent tout l'intérêt de cette obligation qui s'inscrit parfaitement dans leur culture de la traçabilité. Réaliser un signalement externe permet d'être "en règle", d'être protégé en cas de contentieux avec un patient ou sa famille. Cet acte prend ainsi place dans le cadre de la judiciarisation à laquelle les établissements et les cliniciens se trouvent confrontés.

"C'est un devoir comme une mesure de protection aussi la déclaration des infections nosocomiales, on a tout à gagner par rapport au public, on a tout à gagner parce que c'est un signe de sérieux. C'est aussi une mesure de protection juridique. Pour un épisode de *Clostridium* où on a été très réactif, où un officier de police judiciaire est venu à mon bureau me questionner par rapport à une plainte pour homicide volontaire déposée par un mari d'une dame qui est décédée, qui avait été transférée de chez nous au CHU et il mettait en cause notre hôpital sur le fait que son épouse ait été fragilisée par l'épisode de *Clostridium*. En fait, elle est décédée d'autre chose, donc nous on était tranquille, j'ai reçu le policier de façon très sereine. Mais on était très content quand même d'avoir une grande traçabilité de tout ce qu'on avait fait, c'est-à-dire qu'on pouvait tracer l'isolement des personnes, l'arrêt des admissions dans le service, on avait fermé le service, les consignes données au personnel avec le médecin et le cadre qui ont eu l'intelligence de faire signer le personnel pour attester qu'ils avaient pris connaissance des consignes, toute sorte de choses... On n'aurait pas eu tout ça, j'aurais abordé cet entretien sans doute de façon moins détendue." (Directeur, G1).

L'insuffisante lisibilité concerne enfin, quoique dans une moindre mesure, l'aide que peut déclencher un signalement externe. L'aide qui est bien repérée et appréciée c'est l'aide à distance qu'apportent les CCLin, par téléphone et mail : une expertise sur l'opportunité d'un signalement, sur les investigations à mener, des ressources documentaires, des conseils sur de nombreux aspects liés au SE.

"C'est plus une base d'information le CCLin, on va avoir des gens qui vont chercher, qui vont être pertinents. Je sais que si on les appelait, ils viendraient mais on a tendance à se débrouiller en interne d'abord." (DSSI, G2).

Dans une des interrégions qui a mis en place plus récemment les Arlin, leur place et leur rôle apparaît peu lisible. Dans cette interrégion, les établissements enquêtés disent s'adresser plus facilement au siège du CCLin et non à l'Arlin.

"Ce qu'on a du mal à voir, c'est l'articulation entre les antennes régionales et les Cire, je ne sais pas ce que sont les objectifs réels." (PHH, G1).

En ce qui concerne l'expertise que les CCLin peuvent apporter sur place, les choses sont plus floues, soit parce que cela reste une possibilité très virtuelle, les établissements préférant se débrouiller seuls, soit du fait d'expériences peu concluantes.

Seul un ES parmi les 12 enquêtés a eu recours à une expertise du CCLin *in situ*.

"Une fois on avait coché "besoin d'expertise" et c'est l'antenne régionale qui est venue, elle a fait une expertise très musclée, l'audit a été très musclé, le rapport très dur cela nous a mis en difficulté..." (PHH, G1).

Dans un autre établissement, l'EOH souhaitait une aide et ne l'a pas eu :

"Ce n'est pas évident d'avoir de l'aide extérieure, on avait signalé au CCLin, on aurait aimé avoir de l'aide et on a dû se débrouiller tous seuls". (Cadre de santé, EOH).

"C'était un cas très compliqué et pas banal du tout. On a même contacté le centre national de référence qui s'est contenté de nous dire "envoyez-nous les souches", on leur a envoyé les souches, on leur a demandé régulièrement les résultats, à chaque fois il y avait des problèmes techniques... on n'a jamais su, deux ans et demi après, on n'a pas

eu de réponse. C'était scientifiquement très compliqué, et on était un peu démuni, on n'avait pas les compétences ici car c'est quelque chose de tellement rare. Mais on a eu deux nouveaux cas cet été alors je peux vous dire que ceux-là, on ne les a pas communiqués car on se dit « à quoi ça va servir ? (...) Le CCLin c'est un peu une caisse enregistreuse, on a l'impression que c'est un signalement qui va s'ajouter à un autre signalement... Ce n'est pas une ressource très utile pour nous." (PHH, G1).

La demande d'expertise sur place semble être une démarche qui renvoie à une situation qui serait d'une gravité extrême et traduirait une incapacité de gestion interne par l'EOH. Domine aussi la crainte du regard extérieur qui viendrait troubler l'équilibre difficilement acquis et maintenu entre services de soins et équipe d'hygiène.

Enfin, dans un établissement du groupe 1, le directeur, se rappelant un épisode de gale, dit après coup qu'il aurait aimé avoir un regard extérieur pour débriefer sur la gestion de la crise et se demande si le CCLin aurait pu jouer ce rôle.

"Ça m'a peut-être manqué un peu, en tant que chef d'établissement, qu'après coup, il y ait un expert extérieur éventuellement qui puisse dire : "Là-dessus vous vous êtes plutôt bien débrouillés ou pas bien". Parce que ce qui ressort en CHSCT ou en CTE, ces instances, ce qui est normal, c'est leur rôle, elles vous ressortent les éléments négatifs, ce sur quoi vous avez péchés, ok on en discute. Pour autant, il y a eu 14 personnes infectées, j'ai tendance à penser que l'on s'est bien débrouillé, mais c'est un sentiment personnel. Cette reconnaissance externe sur des épisodes comme ceux-là ce serait bien." (Directeur, G1).

3.2.3.2 Un manque d'adaptation à la réalité

"Une autre chose qui est très pénalisante et qu'on ne respecte pas : la circulaire dit "sans délai"...". (PHH, G1).

Certains aspects du dispositif de SE ont été critiqués pour leur décalage par rapport à la réalité de terrain.

C'est ce qui est souligné unanimement pour la notion de signalement "sans délai". Cet impératif est, selon les responsables de signalement, rarement respecté car le signalement externe nécessite en général une investigation préalable qui demande du temps. Les professionnels des EOH arguent en effet du fait que, sachant que le CCLin va leur demander des informations assez complètes sur la situation, ils préfèrent, dès lors qu'il n'y a pas de risque épidémique, établir un dossier complet avant d'effectuer le signalement.

"Sans délai : il faut quand même un minimum l'analyse de la situation qui peut prendre du temps ; "sans délai" à partir de la confirmation oui, mais à partir du signalement interne, il y a le temps d'analyse." (PHH, G1).

"Sans délai, c'est plus pour les BMR car cela induit des mesures urgentes." (Président Clin, G1).

"Je signale quand je suis sûr, il faut quand même avoir des données pour remplir la fiche." (PHH, G1).

"Une autre chose qui est très pénalisante et qu'on ne respecte pas : la circulaire dit "sans délai". "Sans délai", c'est vraiment pas possible à respecter sauf dans le cadre d'épidémie pour protéger les autres patients, mais dans le cadre d'une infection digestive ou ostéo-articulaire, c'est pas possible de respecter ce "sans délai". Après, cela peut-être sans délai à partir de la décision de signaler, c'est-à-dire ne pas attendre trois mois pour le faire, mais par rapport à l'apparition c'est difficile..." (PHH, G1).

"La notion de sans délai, j'ai beaucoup de mal à l'appliquer c'est évident. La chemise des signalements internes en cours, les non traités remontent à juin (nous sommes en octobre). Ce que je fais en urgence ce sont les cas groupés, la légionellose, l'aspergillose, le strepto A, je le fais toutes affaires cessantes." (PHH, G1).

Moins souvent abordée, la fiche de signalement externe apparaît peu adaptée pour trois praticiens hygiénistes.

"Il faudrait revoir la fiche de signalement externe surtout le verso et surtout l'informatiser ! Nous, on a pris l'habitude de remplir les premiers éléments de la fiche et ensuite de joindre notre propre compte rendu, cela permet d'avoir un support enregistré, archivé, sinon il faut faire des photocopies, c'est beaucoup de papier." (PHH, G1).

Enfin, le décalage du dispositif relativement à la réalité des ES concerne le manque de moyens humains quand une action corrective d'envergure est engagée :

"Ça manque d'accompagnement, les cellules qualité n'ont pas assez de moyens, on devrait avoir une cellule externe. À l'époque il n'y avait pas de cadre hygiéniste. Dans tout ce qui concerne la qualité il faudrait des renforts logistiques

pour faire l'analyse sur le terrain, le cadre devrait rester dans son rôle. En général, ça se passe dans des services très lourds, avec des patients très lourds..." (Cadre à l'issue d'un SE, G1).

3.2.3.3 Une participation à la sécurité des soins difficilement attribuée au signalement externe

"Le signalement, il n'est pas pour signaler, il est fait pour essayer de faire avancer les pratiques." (Président Clin, G1).

Dans les six ES ayant déjà effectué des signalements externes, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure ces SE avaient pu engendrer des modifications de pratiques et ainsi participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En A, les SE abordés dans les entretiens ne sont pas reliés à des modifications de pratiques ; inversement, les modifications de pratiques évoquées ne sont pas directement associées aux SE. Les SE cités ont débouché, l'un sur le changement d'un endoscope sans pouvoir, compte tenu du coût, aller au bout des analyses pour connaître la cause de la contamination (les analyses coûtaient plus cher que le changement du matériel). Dans un autre cas, le problème n'a pas pu être élucidé par le Centre national de référence et n'a donc pu être suivi de mesures.

En B, des épisodes de gale et d'ICD ont entraîné des modifications en termes d'organisation de la gestion de la communication interne et externe. Cela a suscité aussi une action de formation de tout le personnel de soins sur les mesures d'hygiène, de révision des procédures. Un kit d'urgence a aussi été créé pour faire face à un épisode qui surviendrait en l'absence de l'EOH (le week-end notamment).

En C, les SE ont porté sur des infections sur CCI ayant entraîné des décès. Une EPP a été décidée, non pas suite au SE qui a été tardif, mais suite à l'événement, qui a conduit à la révision des protocoles en interne et surtout à informer les IDE libérales qui n'avaient pas toutes des pratiques d'hygiène adéquates lors des soins à domicile. Un livret d'informations et de conseils a été élaboré pour le patient et les professionnels de santé intervenant à domicile. Parallèlement, une étude prospective est menée par un des médecins de la clinique sur toutes les complications sur CCI implantées depuis le 1^{er} janvier 2006.

En G, les signalements ont pour une part contribué à évincer un chirurgien ne respectant pas les règles d'hygiène. Par ailleurs, les infections signalées peuvent donner lieu, selon le PHH, à des "piqûres de rappel" sur les protocoles auprès des paramédicaux.

En H, un épisode de diarrhée et un décès lié à une infection sur cathéter court ont donné lieu à une réflexion sur les pratiques, un travail très lourd qui a abouti à des modifications importantes (utilisation du lave bassin, traçabilité sur la pose et le retrait des cathéters). Pourtant dans un cas, il n'y a pas eu de signalement car la nosocomialité n'a pas pu être prouvée.

En I, des infections sur cathéters de dialyse ont donné lieu à l'élaboration de protocoles spécifiques permettant de prévenir ces problèmes infectieux et de stratégies curatives adaptées lorsqu'ils surviennent malgré tout.

Il ressort de ces exemples qu'il est assez difficile pour les acteurs de démêler ce qui a suscité les améliorations de pratiques : est-ce l'infection elle-même du fait de ses caractéristiques (épidémie par exemple), et de ses conséquences (décès inattendu) perçues par les soignants comme nécessitant une réflexion ? Est-ce un réflexe lié à l'implantation de la démarche qualité dans l'établissement ? Les acteurs hésitent entre tous ces facteurs, d'autant plus que les changements de pratiques se font sur une durée assez longue, en interaction avec d'autres facteurs, d'autres événements.

Ainsi, dans un de ces établissements, l'existence d'un système d'alerte permettant de pointer de cas groupés allié à l'institution d'une démarche qualité sont cités comme les éléments déterminants.

« Sur ce premier épisode de diarrhées, c'est le laboratoire qui nous a alerté, on a bien repéré les chambres, on a bien repéré les personnels qui s'en étaient occupé, on a essayé de comprendre nos pratiques professionnelles et on a analysé le lavage des mains, on a fait des analyses de pratiques sur le lavage des mains. Suite à cela, on a aussi mis en place des blouses à usage unique plastique pour protéger le patient et le soignant, pour éviter de contaminer les autres chambres et le gros travail : on avait encore les bassins dans les chambres avec les rincettes et on avait comme projet un lave bassin mais dont les agents ne se servaient, pour des problèmes d'organisation, que pour le nettoyage complet de la chambre à la sortie. Cette problématique nous a permis de faire adhérer les soignants de nettoyer à 90 °C tout le matériel de la chambre dès qu'on avait des urines et des selles. C'est à cause de ces infections qu'on a progressé dans le domaine du lave bassin donc on a pu enlever toutes les douchettes des chambres et depuis, de façon systématique en chirurgie viscérale, tout passe par le lave-bassin, ce qui n'était pas une évidence. C'est devenu une pratique professionnelle obligatoire, cela s'est inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité que j'avais d'ailleurs présenté au Clin de l'établissement.

- Et qu'est-ce qui a fait qu'elles ont accepté ?

- Cela ne se fait pas du jour au lendemain. Elles ont accepté car elles ont eu un cas concret d'infection de chambre à chambre et on a bien fait comprendre que ces germes on les avait retrouvés, on a nommé les patients, on a nommé les groupes de personnels qui s'en étaient occupés donc cela les a interpellées dans leur responsabilité du soin. Mais on n'a pas été dans le jugement, on a expliqué la problématique, mais c'est plutôt un travail de fond, écouter les équipes, écouter leurs difficultés aussi et on a essayé de les faire analyser : si vous étiez hospitalisées, est-ce que ça vous irait que votre bassin soit juste rincé ?, etc. Il a fallu pratiquement sept mois après la problématique pour faire intégrer ce changement." (Cadre de santé, G1).

Sur un autre cas dans ce même établissement, c'est la gravité (un décès "non attendu") qui a impliqué la réflexion sur les pratiques.

"Les cathéters courts malheureusement cela a été un problème très grave puisqu'il y a eu un décès d'une patiente (...), c'est quelque chose qui a beaucoup choqué le personnel.

- Sur les cas que vous avez évoqués, est-ce que c'est le fait de signaler qui a enclenché le processus de réflexion sur les pratiques ?
- Oui, pour le deuxième cas, non pour le premier cas, car sur le premier, il n'y a pas eu de signalement, on a été interpellé sur un croisement mais on est resté sur "il y a un problème", il n'y a pas de certitude sur l'infection nosocomiale. La déclaration interne ou externe du deuxième cas a été plus choquante, pas par rapport à la déclaration, mais par rapport à la gravité de la situation.
- Le fait de dire "on a un problème dans le service sur deux ou trois malades", je crois que ça suffit aux agents pour s'interpeller..." (Cadre de santé, G1).

Le système de signalement, en ce qu'il constitue un dispositif réglementaire et un système d'information, favorise la mobilisation selon ce président de Clin, clinicien :

"C'est quand même la remontée des données qui a fait que les équipes se sont mobilisées. Le fait qu'il y ait cette procédure, pour ce qui est de la direction des soins, va faire mobiliser les gens, parce qu'il y a la peur du bâton. Pour les cas graves, pour les décès. Mais dans la masse de l'amélioration des pratiques, c'est pas ça qui est, à mon avis, le *primum novens quod*." (Président Clin, G1).

De même, dans un autre ES, ce sont les décès qui ont interpellé le président de Clin et les soignants.

Un néphrologue rencontré n'associe pas tout le travail qui a été effectué sur les cathéters de dialyse au signalement, mais plus globalement au travail de l'équipe d'hygiène et à la démarche qualité qu'elle insuffle.

"On fait des réunions tous les deux mois, on reprend tous les cas, on en discute et on essaie de modifier le protocole que l'on a, d'être critique. Ce qui est très important c'est qu'on travaille ensemble, que nous on comprenne que le service d'hygiène est indispensable et que le service d'hygiène comprenne notre manière de fonctionner, etc., et quand il y a quelque chose qu'on fasse progresser les choses ensemble. La discussion, c'est quelque chose de très important (...).

- Pourriez-vous me citer un exemple précis de progrès dans les pratiques que vous attribuez à cette démarche-là ?
- C'est la prévention des infections nosocomiales au niveau des cathéters de dialyse péritonéale. Ce sont des cathéters implantés avec un trajet sous-cutané et qui sont ouverts à chaque dialyse et qui restent en place pendant plusieurs années et c'est évident qu'il y a une source d'infection. Nous avons eu pas mal de petites épidémies qui nous ont fait revoir un petit peu notre prévention et les moyens curatifs.
- C'est-à-dire ?
- C'étaient des gestes infirmiers, ce sont des habitudes de travail et rien que d'en parler on évite que l'infection sur cathéter soit banalisée par le personnel infirmier, c'est très important." (Clinicien, G1).

En ce qui concerne l'alerte descendante que nous avons aussi explorée, concernant l'infection à *Clostridium difficile* (ICD), les modifications de pratiques sont plus évidentes dans le sens où toutes les EOH rencontrées connaissent la procédure et 10 sur 12 l'ont diffusée par écrit auprès des soignants. Ceux-ci savent qu'il existe une procédure spécifique pour l'ICD ("dans le classeur"), n'en connaissent le contenu précis que lorsqu'ils y ont été confrontés ou s'ils ont eu une information sur le sujet, comme cette correspondante d'hygiène.

"Si vous avez des *Clostridium difficile* dans le service, à quelles mesures vous pensez ?

- L'isolement en tout premier lieu, ensuite c'est au niveau des sols, on ne fait pas la même désinfection des sols, lavage antiseptique obligatoire des mains...

- Pour les sols vous pensez à quoi ?
- Je crois que c'est la Javel, il y a une procédure dans le classeur...
- La recherche de *Clostridium*, elle est faite en fonction de quels symptômes en général ?
- On fait souvent la recherche dès qu'on a des selles liquides sur plusieurs jours, on se demande si ce n'est pas *Clostridium*, mais on n'en a jamais eu...
- Quand les filles nous disent il y en a partout, on ne peut pas lever le malade au fauteuil parce qu'il y a tout le temps des selles, donc là on fait une recherche d'ICD." (IDE, correspondante en hygiène, G1).

Cette alerte est avant tout perçue comme une procédure de plus, ce qui interroge d'ailleurs ce praticien hygiéniste :

"On a eu la procédure d'isolement standard, après on a eu la procédure d'isolement contact-gale, on a été obligé de faire quelque chose de différent puisque pour le traitement du linge dans la gale il y a quand même des choses très spécifiques et là, pour *Clostridium difficile*, il a fallu que l'on fasse une troisième procédure d'isolement contact puisqu'il y avait l'entretien des locaux qui était extrêmement lourd et qui n'est pas le même que dans les autres procédures d'isolement contact. Je ne sais pas comment c'est perçu par les gens, moi je trouve que ça fait trois procédures, c'est un petit peu sujet à confusion." (PHH, G1).

La procédure est complexe à comprendre et lourde à mettre en oeuvre, selon ce témoignage de deux infirmières hygiénistes :

"Est-ce que c'est un risque (l'ICD) bien identifié dans les services ?

- Disons que c'est quand même toujours un peu dans les mêmes services et là les mesures sont bien ancrées, par contre là où c'est difficile c'est quand on est dans un service qui n'a pas l'habitude d'en avoir, là c'est toujours un peu plus problématique et il faut reprendre en détail la fiche des mesures à mettre en place. Je ne suis pas sûre que dans tous les services ils pensent qu'il y a des choses bien spécifiques au *Clostridium*, ils pensent isolement contact. Pour l'eau de Javel, c'est écrit dans la procédure. Mais je pense que la procédure *Clostridium* commence à être bien connue.
- Par contre, je trouve que ce qui n'est pas clair dans la tête des gens c'est la levée de l'isolement pour ICD parce que nous on dit de lever l'isolement 48 h après l'arrêt des selles liquides et moi j'ai eu le cas dans un service où j'avais appelé pour un *Clostridium* et pour mettre en place les mesures et je ne sais pas, trois semaines un mois après, je rappelle pour un autre patient et puis on me dit "ah mais au fait, on a déjà eu un ICD et le monsieur, il est toujours en isolement, on fait toujours la javellisation "ah bon ? il a toujours les selles liquides ?" ; "ah non ça fait longtemps qu'il n'a plus la diarrhée, quand est-ce qu'on arrête ?".
- Donc cela faisait un mois que le pauvre monsieur était en isolement et qu'on lui javellisait sa chambre tous les jours, mais bon...
- Même pour les médecins ce n'est pas clair parce qu'il ne faut pas refaire de prélèvements pour essayer de ne plus trouver du tout de ICD pour lever les mesures d'isolement. Or, pour certains ils refaisaient un prélèvement et il y en avait toujours...
- Le fait qu'on dise que *Clostridium* c'est résistant dans l'environnement on peut faire l'amalgame avec les BMR car quand on dit résistant... c'est pas évident de s'y retrouver...
- On le voit bien que dès qu'il y a un *Clostridium* les services mettent en isolement, alors que ce ne sont pas tous les *Clostridium*, les messages sont parfois un peu complexes aussi pour les services. Je me mets à leur place, ils ont tellement d'informations..." (Deux IDEH, G1).

Même si les professionnels des EOH sont convaincus du bien-fondé de cette alerte, le niveau de contrainte que la procédure implique pour les équipes de bio-nettoyage, de soins et pour le patient, laisse place au doute :

"D'emblée, on met en place quelque chose qui est très lourd dans les services de soins, je me suis dit on a peut-être mis en place... à l'excès." (IDEH, G1).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, on ne peut pas avancer que le signalement est étranger à l'amélioration de la sécurité des soins au sein des ES enquêtés. Pour les professionnels des EOH, c'est toute leur activité qui est tournée vers l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dans la pratique, l'action qui a pu être déclenchée ou favorisée par le signalement externe se fonde dans l'activité avec pour moteur la conviction que certaines pratiques vont pouvoir évoluer.

Il importe donc de replacer le rôle du signalement dans un contexte où d'autres facteurs interagissent et où d'autres leviers existent, que mobilisent les équipes d'hygiène. Ainsi, par exemple, le praticien hygiéniste de H utilise la crainte du contentieux pour faire évoluer les consciences et les pratiques.

"Maintenant, le bloc a mis en place une traçabilité de l'entretien des salles d'opération en début de programme entre deux interventions, donc je demande systématiquement les copies de ces feuilles de traçabilité et quand je vois les chirurgiens je leur dis voilà ce que j'ai en termes de traçabilité, à la fois pour la préparation cutanée de l'opéré et

pour l'entretien des salles, donc ça me paraît important parce que, eux, ça leur fait prendre conscience que si ils ont un procès parce qu'un patient a eu une infection nosocomiale grave ce ne sera pas inutile que l'établissement ait les données de traçabilité y compris sur l'entretien des locaux sachant que certains chirurgiens ont peut-être tendance à houspiller les personnels pour qu'ils fassent très vite entre deux interventions. Donc, je me dis que ça peut peut-être faire changer les choses.

- Donc le contentieux, c'est un levier ?
- Oui, un levier puissant, oui." (PHH, G1).

3.2.3.4 Un besoin de clarification et d'outils

"Moi, ce que j'ai regretté c'est que justement qu'on reste flou dans le signalement..." (Président Clin, G1).

En dépit des difficultés exprimées, la majorité des acteurs rencontrés ne remet pas en question le principe du signalement externe. Ils sont par contre en attente de clarification, d'outils et de valorisation qui les aident et les soutiennent dans cette mission.

Si certaines équipes d'hygiène ont déjà fait des choix pour ne signaler en interne que les infections répondant aux critères de SE, d'autres aimeraient recevoir une information claire à ce sujet, craignant de ne pas être en conformité avec la réglementation.

Par ailleurs, la question des critères est centrale. Les EOH sont peu nombreuses à réclamer une liste précise d'infections à déclarer, mais davantage d'indications sur "l'esprit" de ces critères les aiderait. Plusieurs présidents de Clin ou praticiens hygiénistes proposent de redéfinir ces critères, notamment en prenant davantage en compte la question du préjudice pour le patient.

"Les critères de la circulaire ne sont pas suffisamment précis, en particulier pour tout ce qui est ostéo-articulaire, à partir de quel stade est-ce qu'il faut déclarer ? (...) Je signale tout ce qui a une certaine gravité pour le patient, car je trouve que c'est à faire ressortir au niveau national." (PHH, G1).

"Moi, ce que j'ai regretté c'est que justement qu'on reste flou dans le signalement et que l'on ne prenne pas le critère en fonction du préjudice ou de la sévérité des signes fonctionnels entraînés (...). Si on déclarait plus en fonction des préjudices, de l'atteinte fonctionnelle, c'est parce que je suis clinicienne aussi... Je veux dire quelqu'un qui vient pour quelque chose de pas très important et qui se retrouve avec une infection nosocomiale et derrière une endocardite ou un décès c'est pas comme quand on fait de la chirurgie de rattrapage sur un accidenté de la route qui va rester douze heures sous son tracteur et qui va finalement nécessiter des examens complémentaires aux urgences, et qui va nécessiter de la chirurgie vasculaire de la chirurgie orthopédique longue etc. et qu'au bout du compte on va finalement réussir à lui sauver sa jambe et que là-dessus automatiquement il y aura une infection nosocomiale et c'est là-dessus qu'actuellement sont basées les déclarations, ben ça, je trouve ça dommage. Où il y a vraiment une grande marge de manœuvre à faire progresser c'est pour ceux qui arrivent avec peu de préjudices et là c'est le processus de soins qui entraîne leur préjudice..." (Président Clin, G1).

La question des outils pour gagner du temps, être plus efficace est aussi présente.

"Quand on investigate un problème, on crée nos fiches d'investigation mais on aimerait avoir des fiches du Cclin avec un consensus national sur les types d'éléments à recueillir pour chaque type d'infection. Ça manque les fiches types." (PHH, G1).

De même, la fiche de signalement pourrait être mieux adaptée.

"Ce serait utile de faire une fiche plus spacieuse, ce qui nous éviterait de faire un rapport d'enquête, ou s'orienter sur des fiches annexes plus spécifiques." (PHH, G1).

Plus qu'une expertise, qui signifie organisation, temps à consacrer à l'expert, etc., c'est plutôt de moyens supplémentaires dont les équipes auraient besoin pour mener les démarches jusqu'au bout, soit ponctuellement en apportant les renforts nécessaires lorsque des démarches lourdes d'investigation et d'amélioration des pratiques sont engagées, soit bien sûr en étoffant les EOH.

Le directeur de H reconnaît le manque de moyens des EOH :

"L'EOH vous dira sûrement qu'ils manquent de moyens. Il faut que les pouvoirs publics fassent des choix clairs, on est dans un système de tarification à l'activité et qui continue à augmenter le niveau d'exigence sans augmenter les moyens." (Directeur, G1).

"On sait que les hôpitaux généraux sont quand même sous-dotés par rapport aux hôpitaux universitaires. Cela fait 10 ans que je suis en hôpital général j'étais en CHU avant, on voit bien qu'on n'a pas du tout les mêmes moyens, c'est évident ! ça a toujours été comme ça aussi. On sait que l'AP-HP est surdotée, les CHU très dotés, les CHG beaucoup moins dotés et ainsi de suite. Avec les mêmes exigences pour tout le monde..." (Président Clin, G1).

C'est toute la question de la valorisation de cette activité qui est aussi posée par les EOH qui ont l'impression de travailler dans l'ombre, de ne pas être un acteur "productif" de l'établissement. Certaines, nous l'avons vu, objectivent précisément le temps consacré à chaque tâche. Cette objectivation pourrait aussi venir de l'extérieur :

"Toutes les enquêtes que nous demande le Cclin, c'est intéressant et ça nous fait avancer, mais est-ce qu'ils imaginent le temps que cela nous demande et le coût ? Il faudrait que le Cclin évalue ce temps et ce coût, cela nous permettrait de justifier auprès de la direction le temps passé par le personnel". (Cadre IDEH, G2).

Enfin, certains membres d'EOH expriment le besoin de clarifier la question de la responsabilité médico légale liée au signalement : le praticien hygiéniste peut-il être mis en cause s'il est passé "à côté" d'une infection à signaler ? Les cliniciens ont-ils raison de craindre l'utilisation médico-légale d'un SE en leur défaveur ?

"Il faudrait qu'on ait une formation juridique par rapport à cela, car les tenants et les aboutissants, on ne sait pas trop. On voit bien que de plus en plus ça prend un virage juridique, surtout le signalement externe." (PHH, G1).

"La question de la responsabilité est à clarifier, c'est une réelle préoccupation et parfois un bon argument pour ne pas faire." (Président Clin, G3).

En résumé :

- **le signalement externe n'est pas remis en cause dans son principe ;**
- **il manque toutefois de lisibilité et d'adaptation à la réalité des ES, pour les acteurs des établissements rencontrés ;**
- **l'objectif d'amélioration de la qualité – sécurité des soins est bien identifié par les EOH et d'autres acteurs, mais a posteriori, les actions correctives ne sont pas spécifiquement attribuées au signalement externe ;**
- **il existe un besoin de clarification et d'outils pour faciliter cette pratique de signalement externe.**

3.3 LES FACTEURS FAVORISANT LE SIGNALLEMENT EXTERNE

Comme pour les freins, les facteurs favorisant le signalement externe sont d'abord ceux qui favorisent le signalement interne. Ces facteurs sont beaucoup moins exprimés par les interviewés, plus conscients et plus prolixes sur ce qui fait obstacle. Aussi, l'identification de ces facteurs relève-t-elle d'avantage de l'analyse extérieure que des acteurs eux-mêmes.

La motivation des Clin et EOH, leur proximité avec les services de soins et l'engagement dans les démarches qualité constituent selon notre analyse, les principaux éléments qui favorisent l'intégration du signalement, observé dans les établissements où la dynamique de signalement interne est favorable ou prometteuse (9/12). Les bonnes pratiques de signalement externe en dépendent, mais pas exclusivement.

3.3.1 La motivation

"L'hygiène, c'est très intéressant et il y a beaucoup de choses à faire dans ce domaine..." (Président Clin, G1).

La première condition du fonctionnement du signalement interne peut sembler une évidence : c'est la motivation du président de Clin et de l'EOH. Cette motivation s'observe à travers le niveau d'investissement dans un établissement du président de Clin, dans l'intérêt que portent ces acteurs à leur tâche.

"J'ai fait un clinicat et une thèse en maladies infectieuses, je suis référent antibiotiques de l'établissement et j'aime beaucoup l'infectieux donc par la force des choses, comme je suis le seul qui ait cette formation là je suis à la fois référent antibiotiques et président du Clin. Mais il faut dire que ce sont des sujets qui m'intéressent beaucoup.

L'hygiène, c'est très intéressant et il y a beaucoup de choses à faire dans ce domaine... (...) Comme on est une petite structure, avec une dizaine de médecins, je centralise beaucoup tous les problèmes infectieux.

- Et quand vous n'êtes pas là ?

- Eh bien, on peut m'appeler, je suis assez disponible le week-end, cela ne me pose aucun problème qu'on m'appelle." (Président Clin, G1).

Dans les établissements du groupe 1, où le SI est le mieux implanté, cela se fait au prix de l'investissement important d'au moins un de ces acteurs.

En A, le Clin est très actif. Son président actuel porte un projet d'automatisation des signalements et de la surveillance des ISO. Les membres de l'équipe d'hygiène sont motivés par leur travail, jouissent d'une reconnaissance croissante dans les services de soins.

En C, le président du Clin étudie lui-même toutes les infections des patients pour les caractériser. L'infirmière hygiéniste est passionnée par l'hygiène et est bien identifiée par ses collègues comme une référente.

En G, le président du Clin mène un véritable combat pour faire avancer les bonnes pratiques en matière d'hygiène et d'antibiothérapie.

Dans les établissements du groupe 2, on observe aussi un engagement d'acteurs-clés.

En E, le président de Clin réalise un véritable travail stratégique au sein de l'établissement pour impulser une nouvelle organisation et convaincre ses confrères.

En K, la nouvelle coordinatrice Clin et le nouveau président de Clin reprennent la situation en mains avec enthousiasme ; ils peuvent s'appuyer sur une équipe de correspondantes en hygiène ayant une dizaine d'années d'expérience et motivée.

En J, le président de Clin, l'IDE H et la DSSI-RAQ ont mis en place une nouvelle organisation qui les satisfait.

Nous avons ainsi rencontré des professionnels qui, pourtant confrontés quotidiennement à une certaine adversité (l'hygiène reste "l'empêcheur de tourner en rond" pour beaucoup de soignants), semblent apprécier et maîtriser leur travail d'hygiéniste, dialoguent avec les services de soins, perçoivent des avancées au fil des années, ont l'impression de participer à ces avancées.

Mais lorsque le président de Clin occupe cette fonction "par défaut" (de candidature), lorsque l'IDEH récente dans sa fonction, ne maîtrise pas encore totalement son contenu ou lorsqu'elle est distante vis-à-vis des services de soins, la première condition pour que s'implante le dispositif de SIN n'est peut-être pas remplie.

Toutefois, la motivation seule ne suffit pas. En D et en F, on trouve ainsi une motivation importante d'un acteur isolé qui ne parvient pas à contrecarrer un frein massif situé du côté des services de soins.

3.3.2 La proximité Clin-EOH avec les services cliniques

"Plus on est présent au moment des problèmes moins il y a de contestation, moins c'est vécu comme un contrôle-radar, plus c'est vécu comme une aide." (Président Clin, G1).

Le second facteur identifié est le degré de proximité du Clin-EOH avec les services cliniques. De ce déterminant, les EOH sont conscients et regrettent souvent de ne pas pouvoir passer davantage dans les services, accaparés par des tâches de bureau sur un temps de travail souvent partiel. Les contraintes sont objectivement fortes qui empêchent les EOH d'être "sur le terrain". Mais à l'intérieur de ces contraintes, des choix peuvent être opérés qui vont privilégier le travail direct avec les services, comme l'explique ce président du Clin :

"On est très en contact avec les services cliniques du fait qu'on essaie d'intervenir au plus près du problème ; c'est vrai qu'il y a deux systèmes de fonctionnement possibles : il y a le fonctionnement on est dans sa tour d'ivoire et on analyse des données qui nous ont été fournies par les informatiques des uns et des autres *a posteriori*, c'est-à-dire qu'on va venir parler aux gens des problèmes qu'ils ont eu six mois avant : ça, ça ne marche pas, c'est pas motivant c'est de la contestation permanente. Si on met en place un système en temps réel où l'EOH vient au moment du problème concret, cela permet de venir à la fois en soutien aux équipes cliniques donc là, c'est vécu comme un soutien et non pas comme quelque chose qui vous regarde de loin et analyse votre travail en n'étant pas

sur le terrain. Parce qu'on s'aperçoit souvent que quand il y a des problèmes, il y a des problèmes de personnels derrière, de remplacement, etc. Donc, ça permet de régler des problèmes qui sont souvent des vrais problèmes.

Et cela permet aussi à l'EOH de relever un certain nombre de données qui alimentent les différents tableaux de bord pour évaluer la qualité de nos soins." (Président Clin, G1).

Au-delà de la présence auprès des soignants, il s'agit pour les EOH de réussir à se positionner comme un soutien et non comme un contrôleur ou un donneur de leçons. Les infirmières hygiénistes vont en général volontiers dans les services, surtout si elles sont issues du soin dans l'établissement. Si leur audience est bonne auprès des paramédicaux, elle est plus faible auprès des médecins. La présence du praticien en hygiène, a fortiori s'il est médecin, constitue un facteur qui permet de diffuser avec beaucoup plus d'efficacité les messages de l'EOH.

"Comme en plus c'est une infirmière (hygiéniste) qui nous a dit pour les compresses, ce serait un médecin ça passerait mieux je pense, de médecin à médecin ça passe mieux..." (IDE correspondante en hygiène, G1).

L'efficacité du PHH, inhérente à son statut de médecin, sera d'autant plus forte qu'il réussira à faire reconnaître ses compétences tout en prenant en compte le point de vue et les contraintes des cliniciens. Cela suppose en général que ce praticien ait un temps de travail au moins de 50 % ETP dans l'établissement. En deçà, les différentes tâches administratives, de management, de réunions ne le permettent guère.

"On a beaucoup de chances avec notre équipe d'hygiène et le Dr X car il a un savoir faire et une pédagogie, il n'est jamais coercitif, vous ne faites pas avancer les gens par la coercition mais s'ils (les membres de l'EOH) expliquent bien pourquoi ils sont là, quel bénéfice vont en tirer les patients et vous-même, je trouve que là on a des gens de qualité, on est très bien servi, on est plutôt dans l'accompagnement des équipes, donc les gens adhèrent... les gens qu'on choisit ont un rôle capital." (Président CME, G1).

"Tous les signalements externes de cette année nous ont permis d'engager des actions auprès des soignants. Il faut qu'on rebondisse chaque fois qu'on a un souci majeur. La réceptivité est bonne quand on parle de cas concrets. Ils aimeraient qu'on aille plus souvent dans les services." (PHH, G1).

Dans le même ordre d'idée, on peut observer que là où le signalement interne est le mieux implanté ou nous semble prometteur, les présidents de Clin sont cliniciens et majoritairement infectiologues¹⁰. Il s'agit à la fois d'un indicateur du crédit qu'a la lutte contre les IN dans un établissement (un clinicien sera d'autant moins volontaire s'il ne sent pas d'avancée possible) et d'un gage (non absolu) d'implantation. Il est en effet plus facile pour un infectiologue que pour un pharmacien de convaincre ses confrères de la nécessité d'un signalement externe : parce qu'il est clinicien, parce qu'il leur rend des services très appréciés au quotidien pour faire face aux germes de plus en plus résistants, parce qu'il est reconnu pour ses connaissances et ses compétences sur les infections et qu'il peut lui-même porter, en toute légitimité, le diagnostic de nosocomialité.

"Ce qui a amélioré les choses ce n'est pas le signalement, c'est la présence d'une infectiologue plein temps dans les lieux. On a guéri des infections qu'on ne guérissait pas bien avant, maintenant c'est elle qui gère la prise en charge des infections, c'est une spécialité en soi, il faut connaître énormément de molécules et de protocoles que nous, chirurgiens, on ne connaît pas, c'est une sécurité d'avoir cette infectiologue..." (Clinicien, G1).

¹⁰ Cliniciens reconnus comme infectiologues dans leur établissement.

Fonction des présidents de Clin

ES	Président(e) du Clin
A	Gynécologue obstétricien
B	Pharmacien
C	Oncologue infectiologue
D	Pharmacien
E	Anesthésiste
F	Pharmacien
G	Infectiologue
H	Infectiologue
I	Infectiologue
J	Urologue
K	Médecin généraliste (nouveau)
L	Pharmacien

Deux des pharmaciens présidents de Clin le sont quasiment contre leur gré, faute de candidature à ce poste. Les deux autres pharmaciens apprécient leur fonction de président de Clin et manifestent une réelle motivation ; ils se heurtent toutefois à une très faible réceptivité des services de soins.

Le travail de proximité peut aussi se faire de façon approfondie dans un service à la suite d'un signalement externe, dans le cadre de l'investigation puis de l'accompagnement à l'amélioration des pratiques.

3.3.3 L'automatisation des alertes

"La bonne volonté humaine dans un hôpital, c'est bien qu'elle soit quand même réservée à une activité de soins." (Président Clin, G1).

Compte tenu des ressources humaines limitées des équipes d'hygiène, même dans les plus grands établissements de l'échantillon, ce lien de proximité avec les services (qui n'est d'ailleurs que rarement une proximité géographique) sera d'autant plus aisé que l'on ne recherchera pas l'exhaustivité du SI. C'est le cas dans deux établissements du groupe 1.

"Le signalement n'est pas un système de surveillance. L'autre jour on nous disait il faut signaler toutes vos infections de prothèse j'ai dit attendez, qu'est-ce que ça va donner de vous donnez toutes nos infections de prothèse une par une ? (...) Nous, on n'avait pas dit qu'il fallait signaler toutes les IN, d'abord parce que ça ne marcherait jamais et puis pour quelle pertinence ? (...).

- Et pour vous, quel est l'intérêt du dispositif de SE ?
- Pour moi, l'intérêt principal, c'est de signaler quelque chose qui pourrait avoir un impact sur d'autres établissements ou bien de dire là on a un risque, lié à une technique particulière, que cela enrichisse l'expérience des autres ou éviter que cela se dissémine ailleurs. Par contre, déclarer une quatrième infection de prothèse, on en a deux ou trois par an, qu'est-ce que cela va donner pour l'établissement d'à côté ?" (PHH, G1).

C'est également dans ces deux établissements, que l'on observe la plus importante utilisation de l'informatique au service du signalement interne.

Dans l'un, un système d'alerte automatisé permet à l'EOH de recevoir en temps réel un mail du laboratoire concernant les BMR, les ICD...

Dans l'autre, le PHH a paramétré des alertes sur le logiciel de gestion des antibiogrammes du laboratoire, pour une centaine de bactéries. Ces alertes se déclenchent, selon le cas, sur la seule présence d'un strepto A en obstétrique, ou d'un ICD, ou lorsque le nombre de telle autre bactérie isolée dans la semaine dépasse un certain seuil. Une fois par semaine, ce praticien lance ces alertes, sort un listing pour chaque alerte et en étudie les informations :

"Je vois dans quel service et sur quels patients, ensuite j'appelle le service et je fais une analyse pour voir si cela correspond au nombre de bactéries que l'on a habituellement sur un mois, car pour l'analyse, je travaille sur un mois." (PHH, G1).

Ce système, qui génère toutefois de "fausses alertes", apparaît plus économique que celui qui consiste, comme en F ou en G, à étudier toutes les copies (papier) des résultats bactériologiques positifs. Il donne aussi une certaine sécurité à l'EOH qui, sur les alertes importantes, a besoin de "doubler" la source humaine (appel téléphonique du laboratoire) d'une source indépendante des aléas humains (oublis, congés...) :

"Les techniciens du laboratoire m'appellent s'il y a un *Clostridium difficile* mais s'ils ne pensent pas à m'appeler, il y a toujours cette alerte qui peut permettre de réparer un oubli de la bactérie (...). Les alertes nous servent aussi pour le strepto A en obstétrique ; là aussi on essaie de ne pas passer à côté non plus, donc normalement ça part du labo, tout le monde est bien sensibilisé à ça mais il y a aussi cette alerte sur le pôle mère-enfant si les gens sont en vacances ou si ça passe à travers les mailles du filet." (PHH, G1).

L'automatisation des alertes permet à la fois d'alléger la tâche des EOH (comparativement à un système d'analyse exhaustive), la pression sur les cliniciens et d'être réactifs pour informer et aider les services de soins. C'est l'argument que défend ce président de Clin :

"C'est la raison pour laquelle nous on essaie de mettre en place des systèmes un peu automatiques de signalement. Donc, toutes les BMR, on les suit en temps réel sur l'établissement puisqu'il y a un système qui envoie systématiquement l'information vers l'équipe opérationnelle, donc l'EOH a en temps réel la circulation des BMR sur l'hôpital.

- Et vous êtes satisfait de ce système ?
- Oui car cela ne repose pas sur la bonne volonté humaine et puis en tant que soignant quand on a en charge les patients, la charge de travail est souvent lourde et ce n'est pas ce qui nous vient en premier, ce qui nous vient en premier c'est de soigner le patient donc si on trouve des moyens de soulager le praticien de ces charges de travail c'est quand même mieux (...).
- Après, il y a le problème des infections de site opératoire en particulier les infections qui peuvent rentrer dans le cadre du signalement si elles ont un caractère de gravité et en plus elles rentrent aussi dans le cadre de la surveillance des infections de site opératoire qui, pareil, est une charge lourde, qu'on ne peut pas demander aux services cliniques, donc là aussi on est en train de travailler à la mise en place d'un système beaucoup plus simple, quasi automatique (...).
- Le clinicien il n'a qu'une chose à retenir, c'est s'il ré-intervient il prévient l'EOH donc un message comme ça, ça va, si c'est une liste, une page entière avec il faut signaler ceci cela, les gens retiennent pas.
- Donc là, vous avez l'impression d'aller vers un système qui ne sera pas lourd pour les cliniciens...
- Qui fait le moins possible appel à la bonne volonté humaine parce que la bonne volonté humaine dans un hôpital c'est bien qu'elle soit quand même réservée à une activité de soins, parce qu'on finit par éloigner le soignant du patient..." (Président Clin, G1).

3.3.4 L'acceptation des démarches qualité – sécurité des soins

"Je crois que c'est une démarche qualité dont nous n'avons pas l'habitude et dans laquelle nous nous inscrivons avec bonne grâce, car on sait que c'est bien pour le malade et bien pour nous." (Néphrologue, G1).

L'acceptation des démarches qualité par les cliniciens (voire, *a fortiori*, leur engagement dans ces démarches) apparaît comme un facteur puissant qui favorise le signalement interne des infections nosocomiales. Même si ce signalement est, dans la majorité des établissements enquêtés, autonome par rapport au travail des cellules qualité-gestion des risques, il relève bien d'une démarche de qualité-sécurité des soins qui s'implante progressivement dans tous les secteurs d'activité des établissements.

La plupart des cliniciens rencontrés considèrent qu'il s'agit d'un processus inéluctable ; certains veulent y résister encore, d'autres l'acceptent et en perçoivent les aspects positifs. Ainsi, ce président de CME :

"Je crois qu'on ne pourra pas échapper à cela de toute façon (...). Je pense que c'est irréversible, mais il y a encore beaucoup de boulot à faire pour convaincre les médecins d'adhérer, de déclarer et surtout d'améliorer leurs pratiques.

La mise en place des revues morbi-mortalité, je crois que les gens sont maintenant convaincus que c'est un facteur de progrès alors que quand cela s'est mis en place les gens disaient ah on va parler d'un dossier, des complications, des échecs... or quand on fait cela sur les critères de l'HAS avec des gens bien formés, je peux vous dire que dans mon service c'est un facteur de progrès indiscutable. Ça joue dans la transparence, il ne s'agit pas de mettre en accusation untel ou untel, il s'agit d'améliorer les pratiques, de comprendre ce qui s'est passé, les gens y adhèrent et je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas la même chose pour les IN.

De toute façon c'est inéluctable, l'HAS porte beaucoup cette culture qualité qui est nécessaire. On est poussé aussi par les associations d'usagers." (Président CME, G1).

Plus que les EPP, inégalement perçues, les revues de morbi-mortalité suscitent davantage l'adhésion des cliniciens. Pour exemple, ce chirurgien opposé au signalement des infections nosocomiales :

"Ce qui a pour nous de l'intérêt et nous apporte quelque chose, c'est de faire des revues de morbi-mortalité, quelque chose comme ça oui, ce serait vraiment un progrès de pouvoir le faire de manière régulière et suivie mais la déclaration des infections nosocomiales..." (Clinicien, G2).

Les démarches qualité peuvent même servir l'intérêt financier des médecins. Un président de Clin anesthésiste souligne que dans sa spécialité l'engagement dans une démarche qualité *via* les sociétés savantes a fait baisser la prime d'assurance des anesthésistes.

L'amélioration des pratiques dans un but de qualité et de sécurité des soins ne semble pas pouvoir être promu par le seul dispositif de signalement, mais s'inscrit dans une dynamique plus globale dans un service et un établissement donné. Ce lien complexe entre signalement, qualité, amélioration des pratiques est ainsi illustré par cette cadre de santé :

"Au niveau du laboratoire, on a des alertes très rapides sur des cas similaires, donc on est obligé de s'interpeller rapidement et on est obligé de rechercher qui s'est occupé du patient, dans quelle chambre il a été, voir s'il y a eu un changement de chambre et de recroiser les données pour voir un petit peu ce qui s'est passé. On est obligé d'informer le personnel pour les sensibiliser, les faire réfléchir à la problématique et essayer de faire changer les comportements. Depuis plusieurs années on a axé cela sur de la pédagogie, un axe qualité." (Cadre de santé, G1).

Suite à un travail important d'amélioration des pratiques : "Les filles (infirmières, aides-soignantes) ont compris qu'on avait gagné en qualité pour le patient, elles ont moins la peur de la déclaration car elles ont aussi compris que la dynamique des établissements maintenant ce n'était pas de mettre quelqu'un en cause de façon individuelle mais de faire un travail collectif, donc c'est une grosse avancée dans la déclaration des infections nosocomiales et de la qualité en général." (id.).

Dans les configurations les plus avancées, le signalement s'intègre à la culture qualité en place, à laquelle participent Clin et EOH par ailleurs.

Plus globalement le signalement peut être accepté comme un élément du nouveau contexte de la pratique médicale, moins autonome, plus transparente, plus évaluée :

"Je l'ai appris il y a un an qu'il fallait déclarer. Nous, on signale nos infections entre orthopédistes et infectiologues du CHU, depuis que je sais, je le fais avec M^{me} X (IDEH), mais j'avoue que je ne sais pas bien quels sont les objectifs de cela. J'imagine que cela fait partie de l'évaluation globale, il faut avoir des statistiques sur tout, quand on voit à quel point on n'est pas des inconnus pour l'ARH, ils savent tout sur nous ! (...).

C'est bien d'avoir un retour sur son activité, on est le nez dans le guidon sinon. J'imagine que c'est un élément de contrôle et de connaissance scientifique (...). Je ne suis pas opposé à avoir un retour sur mon activité au contraire, même si on publie mon nombre de sepsis..." (Clinicien, G3).

Les expériences d'amélioration de pratiques consécutives à une infection nosocomiale, peuvent être le reflet d'une adhésion aux démarches qualité et/ou conforter cette adhésion, en permettant à des cliniciens d'éprouver l'intérêt pour les patients, pour leurs pratiques, pour leur équipe.

"Je crois que c'est une démarche qualité dont nous n'avions pas l'habitude et dans laquelle nous nous inscrivons avec bonne grâce, car on sait que c'est bien pour le malade et bien pour nous. Dans la mesure où on a un service d'hygiène qui est à l'écoute et qui a su comprendre nos personnalités... c'est important. Ça nous rend service, ça nous permet d'avoir une autocritique tous ensemble et d'en tirer de bonnes conclusions (...). Grâce à l'aide du service d'hygiène, c'est une chose qui nous paraît nécessaire." (Clinicien, G1).

3.3.5 Les facteurs favorisant spécifiquement le signalement externe

- La volonté de protéger l'ES d'un défaut d'observance de la réglementation

Le degré d'implantation du signalement interne semble bien être un facteur favorisant les bonnes pratiques de signalement externe telles que définies dans cette étude. Un des établissements du groupe 1 illustre pourtant un cas de figure où le SI repose sur un fonctionnement très informel et rencontre une réticence importante des cliniciens. Mais les informations provenant du laboratoire combinées à celles de quelques professionnels des services suffisent à effectuer des signalements réguliers et appropriés, en l'occurrence majoritairement sur des épidémies de gale et d'ICD. Dans ces cas, le SE est davantage utilisé comme une protection pour l'ES, une volonté d'être en règle.

- La taille et l'activité de l'ES

La taille et l'activité des ES peut constituer un facteur dans la mesure où le risque n'est pas le même s'il y a ou non une activité de chirurgie par exemple. Les petits établissements disent avoir une écologie bactérienne mieux maîtrisée que les grands.

Par ailleurs, les grands ES (dans l'échantillon) ont davantage d'années de recul dans l'organisation du SI : ils ont en quelque sorte une longueur d'avance. Dans un ES du groupe 2, le président de Clin qui travaille à l'organisation du SI dans la nouvelle polyclinique regroupant son ancien établissement et deux autres, dit clairement : "on n'en est pas au signalement externe", exprimant par là que le SE ne peut exister qu'une fois le SI mis en place.

Dans les établissements où il n'y a pas de chirurgie, le SI est plus difficile à implanter car le personnel a tendance à penser que le risque d'IN ne les concerne pas.

Mais un établissement du groupe 1 nous montre que cette question de taille n'est pas réhibitoire : petit établissement sans chirurgie, il est très engagé, depuis longtemps, dans une démarche qualité et a intégré sans difficulté semble-t-il le dispositif de signalement.

- La facilité des contacts avec le Cclin

Il est difficile d'affirmer que le fait d'avoir signalé en externe une fois favorise des signalements ultérieurs ; c'est probable, si le signaleur est le même et que l'expérience s'est bien passée en interne comme dans les retombées éventuelles en termes de contacts avec la Ddass et le Cclin.

La facilité de contact du Cclin, voire même la connaissance interpersonnelle, est plus certainement un facteur favorisant : le fait d'avoir côtoyer les membres du Cclin en charge du signalement, dans des groupes de travail, des stages, etc., rend la démarche moins lourde, moins grave.

Deux praticiens hygiénistes disent ainsi bien s'accommoder du manque de précision des critères car ils appellent facilement le Cclin pour être éclairés :

"Les critères de SE ne sont pas toujours très clairs, mais on appelle le Cclin. Ça ne me pose pas de problème, on appelle le Cclin et ils nous disent." (PHH, G1).

"Au Cclin ils sont toujours disponibles, on se sent en sécurité dans la mesure où on peut les appeler pour savoir s'il faut signaler ou pour avoir une information." (PHH, G1).

Dans notre échantillon, quatre des six PHH ayant déjà effectué des SE sont des praticiens qui se sentent dans une relation de proximité avec le Cclin .

Pour d'autres ES, le Cclin peut être très apprécié mais reste une entité abstraite.

"Le dialogue avec le Cclin est lointain, abstrait, je ne mets pas de visage sur les noms..." (Biologiste, G2).

En résumé :

- les facteurs favorisant les bonnes pratiques de signalement externe sont d'abord ceux qui favorisent le signalement interne ;
- la motivation des promoteurs du signalement est indispensable mais non suffisante ;
- l'application d'un premier tri des IN au niveau des services de soins et du laboratoire facilite le travail des EOH ;
- l'implication des services de soins dans le dispositif est par ailleurs largement conditionnée par le degré d'acceptation et d'implantation des démarches qualité ;
- quelques autres facteurs, comme la facilité de contact avec les CClin, favorisent plus spécifiquement le signalement externe.

4. Discussion et propositions

4.1 DISCUSSION DE LA MÉTHODE

Au terme de cette étude, la méthodologie prévue dans le protocole et mise en œuvre nous semble globalement pertinente ; comme toute méthodologie, elle comporte aussi des limites.

L'enquête sociologique par entretiens est relativement inhabituelle pour les acteurs des établissements, particulièrement sur la question du signalement des infections nosocomiales. Les interviewés ont toutefois souvent exprimé leur intérêt pour une démarche de proximité visant à recueillir plusieurs points de vue, dans des conditions permettant la liberté d'expression (anonymat garanti, neutralité de l'enquêteur).

L'accueil favorable de cette enquête par les établissements s'explique aussi par le fait qu'ils ont été volontaires. Ce volontariat a été largement favorisé par la confiance qu'ils accordent aux deux Cclin concernés, qui ont pris les premiers contacts.

Les présidents de Clin et les membres des EOH ont également perçu que cette étude pouvait être une opportunité pour parler à nouveau du signalement des infections nosocomiales dans leur établissement et constituer un tremplin permettant d'interpeller sur le fonctionnement du dispositif.

Le fait que l'enquêteur soit sociologue, s'il a pu intriguer, a rencontré un écho chez les interviewés, qui perçoivent l'importance de facteurs autres que techniques dans le fonctionnement du système de signalement (importance des représentations sociales de l'infection nosocomiale, du signalement, des craintes associées...).

Cette méthode a ainsi permis de donner la parole, dans leur environnement de travail, à une dizaine d'acteurs dans chacun des 12 établissements, de catégories professionnelles variées, ce qui est rarement réalisé dans le cadre d'une enquête par questionnaire portant sur plusieurs sites : en effet, les questionnaires des enquêtes réalisées dans les différentes interrégions sont en général remplis par le responsable de signalement, le président de Clin ou un membre de l'EOH, ils ne recueillent ainsi que le point de vue d'acteurs "engagés".

Cette étude présente donc l'intérêt de recueillir à la fois l'expérience et le point de vue de ces acteurs les plus engagés dans le signalement (équipe d'hygiène, président de Clin, biologiste), mais aussi des membres de la direction et des services de soins. La répartition de ces différentes catégories nous semble satisfaisante, avec notamment une bonne participation des soignants (59 % des interviewés) et notamment des cliniciens (23 % des interviewés).

Il convient toutefois de prendre la mesure de quelques limites méthodologiques de cette étude.

En choisissant d'enquêter dans 12 établissements et d'interviewer près de 150 professionnels sur sites, cette étude se différencie de celles effectuées le plus souvent selon des démarches qualitatives, qui portent sur un plus petit nombre de lieux et d'entretiens. Sur des sujets proches, on peut citer le travail des sociologues Herreros et Milly [24] sur la pérennisation des démarches qualité, qui a porté sur quatre établissements, et celui de Hoarau et Pouchadon [25] sur le système de signalement des accidents médicaux et événements indésirables, qui a porté sur deux établissements et plus spécifiquement un service dans chacun. Ce format d'étude sur deux ou quatre établissements est plus habituel des démarches qualitatives, car il permet une analyse minutieuse des discours et de chaque contexte.

Pour pouvoir enquêter douze établissements répartis sur une aire géographique très large, le choix d'une visite sur site d'une journée, durant laquelle étaient effectués tous les entretiens, s'imposait. L'inconvénient de cette stratégie a été pour l'enquêteur d'être contraint d'enchaîner pendant 8 à 9 heures les entretiens, ce qui ne correspond pas à l'idéal de la pratique. Le travail d'interviewer nécessite en effet de reprendre les éléments recueillis à l'issue de chaque rencontre pour les compléter par des observations et préparer la rencontre suivante, ce qui n'a pas été possible ici. Par ailleurs, le temps d'entretien était souvent très limité par la faible disponibilité des professionnels, dans les services de soins surtout, ce qui ne permettait pas d'approfondir les différentes dimensions du discours et restreint par la suite les possibilités d'analyse.

Par ailleurs, le nombre important d'entretiens, défini dans le protocole, était incompatible avec une retranscription intégrale des enregistrements. Le travail d'analyse s'est donc appuyé sur la prise de notes et les enregistrements ont été réécoutés pour la compléter, de façon ciblée.

Au final, le matériau recueilli pris dans son ensemble apparaît très riche, mais il est pourtant insuffisant pour prétendre avoir réalisé 12 monographies et renvoyer par exemple à chaque établissement une analyse "juste" des déterminants du fonctionnement de son système de signalement des infections nosocomiales. Bien que nous nous soyons documentés avant l'enquête (examen du dossier CCLin, du dernier rapport de l'HAS), une journée d'entretiens ne peut prétendre capter toute la complexité d'une situation locale. L'analyse ne prend donc son sens que dans la comparaison de 12 établissements aux profils diversifiés, enquêtés selon des modalités identiques.

C'est aussi ce qui fait l'originalité de la présente étude et son caractère "pilote", expérimental : en offrant un échantillon plus large de situations, elle permet d'avancer des résultats moins dépendants de la singularité des cas.

4.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'objectif principal de cette étude était de comprendre la dynamique du signalement dans les établissements de santé, pour envisager, au niveau national, des propositions d'amélioration de la qualité du signalement externe des infections nosocomiales, contribuant à la sécurité des soins.

Conformément aux orientations des objectifs spécifiques, le cœur de l'étude a consisté à identifier les facteurs favorisant et les freins aux bonnes pratiques de signalement. La discussion des résultats nous permettra de déduire les conditions de diffusion des bonnes pratiques de signalement, qui sont autant de propositions d'amélioration du dispositif (point 4.3).

4.2.1 Les limites de la typologie

Tout d'abord, il nous semble que les critères qui ont été construits dans la première phase de l'étude se sont révélés pertinents pour identifier les établissements ayant de "bonnes pratiques" de signalement : ces six établissements sont effectivement ceux qui montrent la meilleure appropriation du dispositif d'après les données recueillies sur site. Bien que cette catégorie ne soit pas homogène, nous n'avons pas pu identifier nettement de sous-types et la subdiviser.

Quant aux six autres établissements ne répondant pas à ces critères, les données recueillies sur le terrain montrent qu'ils ont pour point commun d'être en difficulté ou "en retard" dans l'organisation du signalement interne, première étape du processus d'implantation du signalement. Ce groupe se divise toutefois très facilement en deux. Trois de ces six établissements n'ayant pas effectué de signalement externe se situent dans la phase de mise en place du signalement interne ; compte tenu de la manière dont cette mise en place s'effectue, de la motivation d'acteurs clefs, de l'acceptation des démarches qualité, nous avons qualifié la dynamique de ces établissements de "prometteuse" car elle réunit en effet plusieurs atouts pour que l'implantation du signalement interne permette d'aboutir à une appropriation du dispositif. Ces établissements se différencient des trois autres établissements non signaleurs où le signalement interne n'a pas réussi à s'implanter et ne trouve pas actuellement d'accroche pour que son fonctionnement soit remis à plat et reparte sur de nouvelles bases (dynamique "peu favorable").

Compte tenu du nombre d'établissements, dégager une typologie plus fine est apparu difficile, sauf à construire un type sur une unité, chaque établissement présentant des spécificités.

Des variables comme l'ancienneté dans les fonctions de président de Clin ou de membres de l'EOH ne sont pas corrélées à ces différentes dynamiques [10] ; les établissements privés sont moins nombreux dans les "bonnes pratiques de signalement", mais ils sont aussi plus petits ; ils sont par contre également répartis dans les dynamiques "prometteuse" et "peu favorable".

4.2.2 L'intérêt d'analyser ensemble les déterminants du signalement interne et du signalement externe

L'analyse des données recueillies permet de mettre en évidence un ensemble de facteurs récurrents qui favorisent ou freinent le signalement interne et externe. Ils confirment en grande partie ceux décrits par les enquêtes par questionnaire effectuées par les CCLin, notamment les craintes des retombées [12], la non-perception de l'utilité du signalement [13]. Dans ces enquêtes 20 et 30 % de répondants (selon les interrégions) rencontraient des réticences au signalement externe. Ces répondants se répartissent également entre signaleurs et non signaleurs. Les réticences étaient qualifiées grâce à une

liste d'items (réticences liées à la nécessité d'informer le patient / crainte d'un contrôle externe / crainte d'une médiatisation / crainte pour la notoriété du service ou de l'établissement / autres). La dernière enquête portée à notre connaissance (CClin Sud-Est) proposait d'autres items : professionnels non convaincus de l'utilité du signalement externe, surcharge de travail engendré, crainte de judiciarisation qui ont recueillis de bons scores. L'item le plus fréquemment coché est "professionnels non convaincus de l'utilité du SE" (52 %), suivi de "craintes pour la notoriété de l'établissement, du service, du médecin" (49 %), puis de "surcharge de travail engendré" (38 %), "crainte de judiciarisation" (34 %), "crainte de contrôle externe" (33 %). Ces items affinent ceux utilisés dans les premières enquêtes et montrent la persistance de craintes autour du signalement externe, mais aussi le manque de lisibilité de son utilité.

Il faut toutefois noter que la question des réticences dans ces enquêtes porte sur le signalement externe ; on peut se demander si les répondants n'auraient pas été plus nombreux à déclarer des réticences si elle avait concerné aussi le signalement interne, ce qui pourrait expliquer pourquoi, alors que 60 % (Sud-Est) à 78 % (Ouest) des répondants font porter le signalement interne sur l'ensemble des infections nosocomiales, le nombre de signalement interne reste faible : moins d'une fois par mois pour 52 % (Ouest) à 60 % (Sud-Est) des établissements répondants.

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude qualitative permettent également de montrer le caractère indissociable des déterminants du signalement interne et du signalement externe et suggère même la nécessité de penser d'abord les conditions de l'implantation du dispositif en interne.

Parler de freins et de facteurs favorisant pourrait induire l'idée qu'il suffirait de neutraliser les premiers et d'activer les seconds pour que les bonnes pratiques de signalement des IN se généralisent. Il faut bien sûr se garder d'une vision mécaniste de ces facteurs. Car c'est le poids de chacun, très lié à la configuration locale, et leur combinaison qui sont déterminants. Ainsi, l'opposition au dispositif devient un frein déterminant lorsqu'elle est portée par le responsable du signalement externe qui est aussi médecin ayant un pouvoir de décision dans l'établissement en question ; dans ce site, la motivation et l'investissement du président de Clin ne peuvent contrecarrer ce frein. À l'inverse, la critique de la nosocomialité peut exister dans un autre établissement, mais ne pas avoir le même impact si une partie des cliniciens est acquise aux démarches qualité et que l'EOH participe, par son mode d'action (proximité, réactivité), à en montrer l'intérêt.

La combinaison de leviers qui nous semble la plus efficace est celle de la proximité des Clin-EOH avec les services cliniques et l'acceptation des démarches qualité par les cliniciens. Car ce qui résiste comme ce qui favorise relève autant, voire davantage, d'une culture que d'éléments techniques : même sur des aspects techniques comme l'utilisation de l'informatique pour mettre en place des alertes, la culture informatique de l'établissement joue un rôle central (la représentation de l'informatique dans l'ES, la crainte des personnels que cet outil engendre des contraintes nouvelles, voire des disparitions d'emplois, etc.). De même, la non-adhésion du biologiste à une définition épidémiologique de l'infection nosocomiale peut empêcher la mise en place d'un tri sur le critère de 48 heures d'hospitalisation, par exemple.

4.2.3 L'ambivalence des cliniciens

Pour les cliniciens interviewés, la culture qualité-sécurité des soins¹¹ [25,26] est en cours de diffusion. Ils sont nombreux à être ambivalents vis-à-vis de ce qui heurte un idéal qui reste encore très présent chez les médecins français – bien qu'il n'ait quasiment jamais été une réalité [27] – d'un exercice médical libre et indépendant de toute contrainte, ayant pour régulateur principal la conscience morale et professionnelle. Les démarches qualité véhiculent une autre conception de la pratique médicale, faite de traçabilité, de transparence, d'évaluation, de responsabilité collective et plus globalement d'une pratique qui se construit sans cesse, non pas seulement par les expériences individuelles et singulières, mais par la collectivisation de ces expériences.

Mais l'ambivalence est en soi une étape favorable, qui dépasse la simple opposition. De plus en plus de médecins perçoivent un intérêt aux démarches qualité, intérêt pour les patients et pour eux-mêmes. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit fondamentalement pour la profession d'épouser un nouveau paradigme, tout en y retrouvant des valeurs inaliénables comme l'autonomie technique dans le travail¹² [28] et bien sûr l'intérêt du patient.

¹¹ Cette notion est largement utilisée aujourd'hui dans les publications portant sur la qualité et la sécurité des soins pour analyser les processus d'adhésion : voir [26] et [27]. Rappelons que la notion de culture désigne l'ensemble des normes, valeurs, croyances, représentations et comportements qui fondent un groupe ou une société. La notion de culture de sécurité à l'hôpital renvoie à ces différentes dimensions partagées par les professionnels en matière de sécurité des soins.

¹² La sociologie des professions a bien mis en évidence l'importance de ces valeurs [28].

4.2.4 L'importance des mots

Dans ce cadre, il n'est pas étonnant que le vocabulaire du signalement apparaisse comme un premier obstacle. On a décrit à quel point la définition officielle de l'infection nosocomiale¹³ est contestée par les cliniciens car elle entre en concurrence avec une définition sociale, associant l'IN à la faute, et une définition médico-légale basée sur les notions d'imputabilité et de responsabilité, les deux dernières étant finalement plus proches de la culture médicale traditionnelle (qui mobilise le registre de la confiance et de la responsabilité morale). La notion de responsabilité s'est pourtant compliquée depuis que la loi a introduit depuis 2002 que toute infection nosocomiale relève de la responsabilité de l'établissement (responsabilité sans faute).

La proximité entre les interprétations cliniques et légales peut d'ailleurs être illustrée par l'opposition endogène/exogène qui reste très vivace comme nous l'avons montré. Si elle constitue une opposition anthropologique que l'on trouve dans toutes les sociétés pour penser le bien et le mal, elle a aussi été très présente dans la grille de lecture des juges administratifs concernant les infections nosocomiales, confortant les cliniciens dans l'importance de cette distinction.

L'avocate M. Maze-Villeseche note d'ailleurs sur ce point les divergences entre tribunal administratif (TA) et cour de cassation : "le juge administratif opère une distinction entre infection exogène et infection endogène et rejette les demandes d'indemnisation émanant des victimes d'infections dues à un germe dont elles étaient porteuses et non à "un germe hospitalier" (TA Rennes, 16 févr. 2000, n° 981370, inédit ; en ce sens également TA Melun, 14 févr. 2002, n° 984050). Cette analyse est validée par le Conseil d'État. La Cour de cassation a, quant à elle, rejeté la distinction entre infections endogènes et exogènes et elle considère comme nosocomiales, toutes les infections contractées au cours d'une hospitalisation, y compris celles causées par des germes dont le patient était porteur."¹⁴

L'étude de la définition officielle de l'infection nosocomiale nous laisse penser qu'elle contient en elle-même la brèche dans laquelle s'engouffrent les interprétations sociales et médico-légales, en incluant de multiples nuances autour des notions d'incubation, d'acquisition, de lien causal, ce qui ne la situe pas clairement dans une logique épidémiologique. Car, comme le note Serge Gottot, "pour l'épidémiologiste, toute infection survenue au cours ou au décours de l'hospitalisation est nosocomiale, indépendamment de la cause. En excluant toute interprétation causale, la définition épidémiologique permet une lecture plus neutre et donc une prise de conscience partagée par tous les acteurs que toutes ces infections sont l'expression d'un même risque, le lien avec l'hospitalisation ou avec un acte médical" [29]. Il n'est pas à exclure que cette approche épidémiologique rencontre encore certaines résistances dans la culture sanitaire française.

Le vocabulaire du signalement ne fait que renforcer une vision péjorative chez les cliniciens : le signalement est associé, dans les représentations sociales, à la délation (on signale à la police, aux services sociaux, au procureur de la République...), sans parler des "isolements" ou des "mesures correctives" qui s'apparentent au langage de la sanction d'une déviance. Il ne faut sans doute pas sous-estimer l'impact de ce vocabulaire sur la capacité à intégrer positivement ces démarches, leur ancrage [30]¹⁵ dans les représentations mentales existantes les tirant plutôt vers des pôles négatifs que positifs. Le fait que le signalement externe ne soit pas indépendant de l'autorité sanitaire, contrairement aux recommandations de l'OMS de 2005 relatives aux systèmes de déclaration des événements indésirables et d'apprentissage [31], ne fait que renforcer l'idée d'un contrôle et d'une sanction possibles.

Pourtant le vocabulaire évolue peu à peu dans les textes nationaux (de l'HAS notamment) plus que dans les usages quotidiens : la notion d'infection associée aux soins (IAS), apparue en 2006, est ainsi très peu utilisée dans les établissements de santé enquêtés (un seul indique cette notion dans la fiche de signalement interne), l'expression "actions d'amélioration" ou "précautions contact" n'ont pas encore remplacées celles de mesures ou actions correctives et d'isolement. Les changements de vocabulaire nécessitent en général du temps et s'effectuent d'autant mieux qu'ils reflètent un changement de l'objet qu'ils désignent, ou de sa représentation sociale.

4.2.5 Les difficultés d'application du dispositif

Pour les membres des EOH interviewés, le dispositif de signalement est surtout critiqué pour ses difficultés d'application sur le terrain.

Le signalement de toutes les IN recherché par la majorité des EOH enquêtées apparaît difficile à atteindre en pratique ; seul un établissement y parvient, de petite taille et néanmoins au prix de l'investissement important du président

¹³ Voir paragraphe 3.2.1.

¹⁴ "Infections nosocomiales : responsabilité et réparation", <http://www.eurojuris.fr/fre/particuliers/sante/responsabilite-medicale/articles/a9086.html>.

¹⁵ Selon la description du processus de constitution des représentations de Denise Jodelet.

de Clin. Cette inapplicabilité produit un inconfort pour les équipes d'hygiène qui ont l'impression de ne pas réussir à faire ce qui est demandé ou qui prennent le parti de renoncer à cette exhaustivité sans être clairement appuyés par les textes.

Notons que dans les très petits établissements où le personnel est stable, l'interconnaissance forte et la communication fluide, les difficultés ne se posent pas de la même façon. Les difficultés d'organisation se posent au delà d'un seuil que nous pouvons situer, dans les établissements enquêtés, à 100 ou 150 lits. Là où le signalement interne fonctionne le mieux selon nos observations, c'est là où il est basé sur un tri des services et du laboratoire. On touche ici à une question de faisabilité pour les EOH mais aussi pour les services cliniques.

Les difficultés de mise en œuvre du dispositif pourraient s'expliquer par le manque d'adéquation des moyens au regard des objectifs (manque de ressources humaines pour les EOH notamment, manque d'outils techniques aussi qui allègeraient la tâche). Mais plus encore, il apparaît que le dispositif de signalement inclut pour les ES à la fois une logique d'alerte (qui est l'objectif du signalement externe) et une logique de surveillance (associée au signalement interne).

La logique d'alerte est très clairement exprimée dans la circulaire de 2004 [2] :

"Le signalement se distingue des programmes de surveillance des infections nosocomiales en place dans l'établissement (...) Signalement et surveillance sont deux approches complémentaires. Elles ne peuvent se substituer l'une à l'autre et doivent donc être menées de front."

Mais il faut constater que localement, cette logique d'alerte est bien comprise pour le SE, beaucoup moins pour le SI. On peut se demander si ce phénomène n'est pas suscité par le fait que la finalité du dispositif a été davantage pensée pour son utilisation nationale que dans sa réceptivité locale.

Parallèlement, le dispositif est présenté comme ayant une fonction apprenante ("learning system"), en boucle [26] : or, le manque ressenti de retours d'information sur les signalements internes, de visibilité du circuit et du traitement des signalements externes au niveau national favorise plutôt la perception d'un circuit ascendant. Quant aux expériences où une infection nosocomiale signalée a donné lieu à une démarche d'interrogation des pratiques pour mettre en place des mesures préventives ou correctives, elles sont plus volontiers associées par les acteurs de terrain à une démarche qualité, dont les EOH sont porteuses, qu'à un effet spécifique du signalement.

Plus généralement, il nous semble que quelque chose retient l'acceptabilité totale de ce dispositif par les EOH. À titre d'hypothèse, l'historique de ce dispositif pourrait expliquer en partie un certain malaise. Forme de "repentance" nationale à l'égard des victimes d'infections nosocomiales dramatiques comme celles de la clinique du sport, le dispositif n'a pas été conçu uniquement sur la base de critères objectifs mais aussi pour répondre pour partie à une attente des associations d'usagers. C'est ce que certains interviewés perçoivent lorsqu'ils le considèrent comme un "parapluie", servant d'abord des fins politiques.

Plus encore, les modalités de sa création heurtent d'une certaine manière la culture hygiéniste qui s'est développée dans les établissements depuis la création des Clin en 1988. Cette culture est basée sur une logique de santé publique que l'on pourrait qualifier de "communautaire" (au sens du concept québécois de démarche communautaire¹⁶) dans la mesure où elle met au centre les professionnels de santé locaux, de terrain. La lutte contre les infections nosocomiales est d'abord une lutte confiée à des acteurs locaux (les membres du Clin sont des membres de l'ES), avec des moyens pour la mener à travers les EOH, composée de professionnels de santé locaux et les CClin, structure d'aide et d'expertise de santé publique et non pas administrative. La structuration d'un niveau national est d'ailleurs arrivée tardivement dans ce paysage [32,33].

De fait, le dispositif de signalement est conçu pour alimenter une expertise interrégionale et nationale : mise en relation des cas sporadiques pour la détection d'émergence ou l'identification de phénomènes récurrents qui pourront certes être prévenus ou mieux maîtrisés dans les établissements grâce aux mesures de contrôle déployées. Mais ce type de phénomène étant par définition rare, les retombées positives sont moins directement perceptibles localement alors que les retombées en termes de procédures ou d'exigences nouvelles et contraignantes, imposées par le niveau national, sont plus marquantes.

Le signalement fait donc se rencontrer deux logiques très différentes, ce qui pourrait expliquer une part de ses difficultés d'implantation.

Il faut toutefois insister sur le fait que bien qu'ils se reconnaissent moins dans le signalement que dans leurs autres missions de la LIN, les acteurs des établissements rencontrés pour cette étude n'en contestent pas pour autant la finalité et la grande majorité souhaite mieux diffuser cette pratique.

¹⁶ Nous retenons ici la démarche de participation des acteurs à la définition de leurs besoins et des actions à mettre en place.

4.2.6 Le dispositif s'intègre dans la culture qualité des directions

Pour les directions des établissements, le dispositif de SIN a semblé bien au contraire très apprécié, s'intégrant dans la culture qualité et notamment de la traçabilité qui est très développée chez les professionnels des directions (directeurs généraux, directeurs des soins, directeurs qualité). Le fait qu'il y ait une obligation légale à signaler les IN rares et/ou graves renvoie surtout à un enjeu de responsabilité ; les directeurs y voient un élément de précaution qui peut leur être favorable dans un contentieux. Cette contrainte légale participe probablement au dévoilement des cas graves et plus sûrement encore à la mobilisation interne pour la mise en place de mesures. Elle ajoute un élément qui manquait à la LIN, en inscrivant l'alerte comme nécessité et en fournissant un cadre précis de son circuit.

4.2.7 L'atout d'un dispositif basé sur des professionnels de santé

Si les résultats de cette étude font apparaître une dominante critique sur le dispositif de signalement des IN, il importe de noter que cette dominante est mise en évidence également dans les études déjà citées sur le SSEI et sur la qualité ; le dispositif de SIN n'échappe pas à la difficulté d'implantation de ces démarches.

Beaucoup de points communs peuvent être relevés, en confrontant nos résultats à ceux de Hoarau et Pouchadon : l'adhésion à la finalité du dispositif (il s'agit toujours d'améliorer les choses), mais la difficulté de son appropriation dans les services de soins confrontés à une surcharge de travail et à une inflation des procédures et des papiers, l'assimilation du SEI à un acte administratif, l'association du signalement à délation, la difficulté à souscrire à l'auto-délation ("quand on fait une erreur on ne va pas le crier sur les toits", dit-on au sujet du SSEI dans l'étude du CCECQA), la méconnaissance du circuit des fiches, le manque de retours d'information sur les signalements effectués...

Deux différences importantes jouent en faveur du SIN : contrairement au SEI, il ne semble pas utilisé pour des règlements de compte entre personnels ou entre services, ou comme moyen de revendiquer de meilleures conditions de travail. Et sur un point crucial, le SIN réussit plutôt mieux que le SEI qui n'accède pas aux événements grave [25]. Car si les cliniciens s'affranchissent de l'obligation de signalement à l'EOH pour les infections qui leur semblent sans gravité, la responsabilité morale inscrite dans la pratique médicale alliés aux enjeux médico-légaux et assurantiels font dire aux interviewés de cette enquête qu'aujourd'hui, les infections nosocomiales graves sont très majoritairement signalées. Le préjudice (déjà réalisé ou probable) pour le patient est aujourd'hui un critère efficace et le plus consensuel pour décider/accepter un signalement interne et externe, car il condense ces deux dimensions essentielles des préoccupations des cliniciens aujourd'hui : la santé du patient et le contentieux.

Plus généralement, nos observations tendent à montrer que les systèmes de signalement des événements indésirables ne facilitent pas l'acceptation du système de signalement des infections nosocomiales. Celui-ci n'a pas probablement pas intérêt actuellement à s'intégrer au système de SEI, dans la mesure où ce dernier peine à s'implanter et pâtit d'une image encore plus bureaucratique que le SIN. Surtout, le SIN bénéficie de l'implantation des EOH, de leurs reconnaissance par les services de soins comme des interlocuteurs certes spécialisés, mais aussi comme des pairs du fait leur formation médicale et paramédicale.

Il n'en reste pas moins que ces systèmes de signalement accompagnent et promeuvent des évolutions qui n'ont jamais été aussi importantes en établissement de santé. La question est alors de leur permettre d'être plus performants dans ce sens.

4.3 LES CONDITIONS DE DIFFUSION DES BONNES PRATIQUES DE SIGNALEMENT

Le troisième objectif spécifique de cette étude consistait à "identifier les conditions de diffusion des bonnes pratiques de signalement externe dans les établissements de santé". Les résultats présentés et discutés nous suggèrent quelques axes de réponse qui se situent à différents niveaux : celui des textes portant sur les infections nosocomiales et leur signalement, celui des outils d'aide aux équipes d'hygiène, celui de la formation et encore de la communication.

4.3.1 Une définition plus opérationnelle de l'infection nosocomiale

L'importance du blocage qui existe autour de la notion d'infection nosocomiale incite à considérer qu'un travail de réflexion sur une définition opérationnelle pourrait être très utile. Dans cette définition, le choix des mots nous semble primordial. L'actuelle définition contient trop de nuances et utilise des mots qui suscitent des interprétations contre productives : la notion de cause, d'incubation, d'acquisition... Pour rompre avec un des points de débat infini chez les cliniciens et les biologistes – qui engendre plutôt une abstention de signalement –, cette définition pourrait clairement affirmer que

l'IN peut être liée à un germe endogène ou exogène, en reprenant explicitement cette dichotomie très utilisée par les professionnels de soins.

Des efforts de communication et d'accompagnement de la définition actuelle risquent en effet d'être impuissants à surmonter le blocage. Deux façons de concevoir cette question sont envisageables : il est possible de considérer qu'il est normal qu'un clinicien ne connaisse pas et ne maîtrise pas les subtilités de la définition de l'infection nosocomiale ; dans ce cas, il faut laisser faire les spécialistes. *A contrario*, si on demande aux cliniciens d'effectuer les signalements, il est nécessaire de proposer des critères simplifiés qui leur permettent d'identifier facilement les IN.

De façon plus générale, une définition de l'IN opérationnelle pour le signalement notamment interne devrait refléter une acception épidémiologique dans une logique de gestion des risques collective.

4.3.2 Des exigences en matière de signalement interne plus adaptées à la réalité

En lien avec le point qui précède, les exigences en matière de signalement interne gagneraient à être adaptées à la réalité de terrain.

Il existe au moins deux options sur ce plan.

1/ Si l'objectif est de faire en sorte que l'EOH ait la connaissance la plus exhaustive possible – ce qui n'est pas nécessairement un gage de qualité – des infections nosocomiales de l'établissement, alors l'utilisation d'une définition très simple de l'IN est encore plus nécessaire, afin qu'elle n'engage pas, dans un premier temps pour le signalement, de réflexion clinique tortueuse sur l'imputabilité ou l'évitabilité. Cette définition pourrait être intégrée par les laboratoires qui pourraient effectuer un tri sur ce critère, et bien sûr par les services de soins où tout professionnel de santé pourrait facilement et sans qu'il soit question de poser un diagnostic de nosocomialité, signaler les infections. Cette option risque toutefois de générer un surcroît de travail dans les services où les infections (type infections urinaires) sont assez fréquentes et pour les EOH qui peuvent difficilement traiter un nombre important de signalements internes dans un "filet à larges mailles". Cela supposerait donc que pour les services de soins, le signalement soit extrêmement rapide à réaliser (équivalent de "appuyer sur une touche") et que pour les EOH, le travail de tri des deux sources d'information (laboratoire et services de soins) puisse être en partie automatisé (ces conditions ne sont pas réunies dans un ES du groupe 1 où ce type d'option rencontre des difficultés d'application).

2/ Si l'objectif est avant tout d'alerter l'EOH sur des infections graves ou inhabituelles, alors l'option prise par deux établissements du groupe 1 semble actuellement la plus opérationnelle : il s'agit d'indiquer clairement au laboratoire et aux services de soins de signaler les germes pré-ciblés comme *Clostridium difficile*, Streptocoque A, etc., sur la base de la fiche 1 de la circulaire, ainsi que les cas groupés et d'insister sur le caractère inhabituel. Pour toute infection objet d'un prélèvement, le laboratoire devrait pouvoir mettre en place des alertes automatisées, c'est-à-dire ne reposant pas seulement sur la vigilance – voire l'appréciation – humaine, en direction de l'EOH et peut-être parallèlement des services concernés. Cette façon de faire semble plus raisonnable pour les services de soins et pour les EOH qui bénéficient alors d'un premier tri. Les moyens humains des EOH devraient alors être mieux adaptés au risque d'infection nosocomiale de ce type (dans un ES du groupe 1, ce système est actuellement encore trop lourd pour la taille de l'équipe).

4.3.3 Une meilleure lisibilité du signalement externe

Le signalement externe dans les ES enquêtés pâtit en quelque sorte de son image administrative et ascendante. Mieux expliquer pourquoi la Ddass est destinataire des signalements externes, quel en est son usage possible à ce niveau permettrait de lever quelques méfiances. Au delà de la Ddass, le circuit des signalements serait à expliciter aux établissements, en montrant les interactions entre Cclin, Arlin, Ddass, InVS, voire ministère chargé de la Santé (fiches alerte). Un retour d'information systématique et direct aux pourvoyeurs de signalements externes (les établissements) apparaît également nécessaire.

De façon générale, le caractère entremêlé d'acteurs professionnels et scientifiques ayant des objectifs de soutien, d'expertise, de production de connaissances et d'acteurs administratifs perçus comme susceptibles de prendre des mesures coercitives n'est pas propre à assurer la lisibilité et la confiance dans le dispositif.

4.3.4 Des outils d'aide au signalement

Le recul de plusieurs années de fonctionnement du dispositif de signalement en France devrait permettre d'élaborer – ou de diffuser ceux qui existent – des outils qui facilitent la tâche des différents acteurs du signalement : fiches types d'investigation par exemple, fiche de signalement adaptée au type d'infection.

La dématérialisation du SE prévue pour 2011 participera probablement à une plus grande facilité du signalement pour les EOH ainsi qu'à la mise en ligne d'outils plus ciblés.

Un guide de référence sur le signalement pourrait synthétiser les textes en vigueur, les objectifs du dispositif et les recommandations d'organisation du signalement interne adaptées à la réalité de terrain.

Par ailleurs, un travail avec les biologistes et les développeurs de logiciels épidémiologiques des laboratoires pourrait aboutir à des recommandations permettant d'optimiser l'outil informatique et positionner plus clairement et efficacement le rôle des laboratoires.

4.3.5 Une formation qui prépare au signalement

La pratique du signalement et sa compréhension seraient bien évidemment aidées si les médecins et paramédicaux expérimentaient tous ce dispositif durant leur formation initiale.

Plus spécifiquement, les formations universitaires en hygiène hospitalière gagneraient à renforcer dans leurs programmes, au-delà de la présentation du signalement des infections nosocomiales, les difficultés du signalement et proposer aux futurs hygiénistes des stratégies pour les surmonter.

4.3.6 Des espaces d'échanges pour les établissements

Nous souscrivons à l'analyse de Herreros et Milly sur la qualité, lorsque ces auteurs écrivent que la démarche qualité ne s'implante pas seulement en parlant "qualité", mais au travers "d'une dynamique de discussion" [24]. C'est pourquoi la critique du dispositif de signalement qui émerge dans cette enquête est, pour une part, à considérer comme une condition de son appropriation. Or, les équipes d'hygiène semblent particulièrement manquer d'espace de discussion sur ce sujet : elles ne savent pas comment s'organise le SIN dans les autres établissements, disent ne jamais avoir confronté leurs difficultés à d'autres équipes. À l'inverse, les très petites équipes qui travaillent avec un réseau local apprécient énormément les échanges et le décentrement (apport d'un regard extérieur) que cela leur permet.

Les espaces de discussion et d'échanges d'expériences sur les pratiques de signalement pourraient être renforcés¹⁷.

4.3.7 Une valorisation du dispositif

Nos analyses nous conduisent à conforter l'intention exprimée par plusieurs interlocuteurs de "valoriser le dispositif".

Mieux communiquer sur ses objectifs et surtout sur ses retombées réelles permettrait de mieux valoriser son intérêt et l'investissement collectif qu'il représente, des établissements jusqu'à l'InVS.

Cette valorisation devrait être effectuée également au sein des ES, en éditant par exemple un support qui s'adresse aux services de soins. Deux arguments seraient selon nous à mobiliser dans la communication : les fondements scientifiques d'une telle démarche et son intérêt pour les patients. Dans la forme, un tel support devrait éviter de s'appuyer sur le vocabulaire de la gestion des risques mais plutôt chercher à croiser la logique médicale.

¹⁷ En complément des initiatives déjà fonctionnelles au niveau des CClin comme les groupes de travail (CClin-ARLIN et ES) ou les journées annuelles.

5. Conclusion

À l'origine, cette étude a été motivée par une interrogation sur l'hétérogénéité du nombre et de la qualité des signalements externes des infections nosocomiales effectués par les établissements de santé français. Les douze établissements enquêtés ont été choisis pour mieux comprendre à quelle dynamique et à quelles difficultés peut correspondre le fait de signaler ou de ne pas signaler, dans une logique d'alerte.

En donnant la parole aux acteurs de ces établissements, on peut constater qu'il n'y a pas de rejet du dispositif mais des difficultés d'application sont relevées. Ces difficultés semblent surmontables par un ajustement ou une clarification des exigences réglementaires, et un travail de communication visant à rendre plus déchiffrable l'intérêt du dispositif et le développement d'outil pour faciliter son application.

Ce travail, centré sur le point de vue des acteurs de douze établissements ne saurait juger de la performance du dispositif dans son ensemble. Sur le plan national, celui-ci a montré sa productivité, notamment sa capacité à détecter des phénomènes émergents et à mettre en place des mesures de contrôle.

Cette étude montre toutefois que l'impact du dispositif en termes de santé publique pourrait probablement être optimisé en facilitant son implantation locale. Une meilleure adaptation aux réalités des établissements de santé s'impose d'autant plus que les contraintes qui pèsent sur eux actuellement sont importantes. Dans ce contexte, les efforts demandés aux professionnels doivent avoir un sens très lisible et être perçus comme au service de l'intérêt des patients d'aujourd'hui et de demain.

Plus généralement, l'amélioration du dispositif est un objectif à penser, comme pour les autres démarches qualité et sécurité, sous l'angle de la diffusion d'une philosophie globale, ou d'une conception culturelle de l'organisation et de la production des soins. En ce sens, il s'inscrit pleinement dans le défi de transformation que relèvent depuis quelques années les établissements.

6. Références bibliographiques

- [1] Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. Disponible à partir de l'URL : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2001/Decret/260701.pdf>.
- [2] Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé. Disponible à partir de l'URL : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2004/Circulaire/220104.pdf> ; http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/FicheSignalement_V3.pdf.
- [3] Coignard B, Vaillant V, Vincent JP *et al.* Infections sévères à *Enterobacter sakazakii* chez des nouveau-nés ayant consommé une préparation en poudre pour nourrissons, France, octobre-décembre 2004, Bull Epidémiol Hebd 2006; 2-3:10-3. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=5319.
- [4] Tachon M, Cattoen C, Blanckaert K *et al.* First cluster of *C. difficile* toxinotype III, PCR-ribotype 027 associated disease in France: preliminary report. Eurosurveillance 2006;11(5):3p. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2951>.
- [5] Lucet JC, Andremont A, Coignard B. Les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) : situation épidémiologique, mesures de contrôle actuelles et enjeux à venir. Bull Epidémiol Hebd 2008;41-42:396-1. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3262.
- [6] Coignard B, Poujol I, Carbonne A *et al.* Le signalement des infections nosocomiales, France, 2001-2005. Bull Epidémiol Hebd 2006;51-52:406-10. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4356.
- [7] Thiolet JM, Poujol I, Bernet C *et al.* Signalements externes des infections nosocomiales, France, 2006, Bull Epidémiol Hebd 2008;30-31:265-8. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3438.
- [8] Carbonne A, Poupart M, Maugat S *et al.* Évaluation de la pertinence du signalement des infections nosocomiales dans l'interrégion Nord - Janvier 2002 - Août 2003. Bull Epidémiol Hebd 2005;1:2-3. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3006.
- [9] Bricout H, Venier AG *et al.* Évaluation du dispositif de signalement des infections nosocomiales dans l'interrégion Sud Ouest - septembre 2007. 2008.
- [10] Sénéchal H, Pérennec-Olivier M, Jarno P. Résultats de l'enquête sur l'évaluation du dispositif et de la perception du signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé de l'interrégion Ouest. 2008
- [11] Jouzeau N. Évaluation et perception du dispositif de signalement interne et externe des infections nosocomiales dans les établissements de l'interrégion Est, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme universitaire de prévention de l'infection nosocomiale, Faculté de Médecine Nancy 1, 2009.
- [12] Bouafia N, Benissa MR, Carbonne A *et al.* Évaluation du signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé d'Ile-de-France de 2004 à 2008. Bull Epidémiol Hebd 2010;33:356-6. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=585.
- [13] Giard M, Bernet C, Savey A *et al.* Évaluation du dispositif de signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé Sud-Est, Cclin Sud-Est. 2009. 13 p. Disponible à partir de l'URL : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Newsletter/2010/43/Evaluationsignalement.pdf>.
- [14] Le Play PGF. Les ouvriers européens : instructions sur la méthode d'observation dite des monographies de famille. 1862.
- [15] Groulx LH. Querelle autour des méthodes. Socio-anthropologie [en ligne], n°2, 1997, mis en ligne le 15 janvier 2003, disponible à partir de l'URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/index30.html>.
- [16] Casebeer AL, Verhoef MJ. L'utilisation combinée des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques. Maladies chroniques au Canada 2000;18(3).

- [17] Jauffret-Roustide M. Sciences sociales et épidémiologie : des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risques chez les usagers de drogues. *Bull Epidémiol Hebd* 2006;2-3:21-3. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=5289
- [18] Blanchet A, Gottman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan Université, 1992.
- [19] Blanchet A. *L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens*. Coll. psycho sup. Paris: Dunod, 2001.
- [20] Roethlisbergerer FJ, Dickson D. *Management and the worker*. Chicago, Cambridge (Massachussets): Harvard University Press, 1943.
- [21] Piaget J. *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris: PUF, 1976 (1^e édition : 1926).
- [22] Rogers CR. The non directive method as a technic for social research. *American Journal of Sociology* 1945; 50(4):279-83.
- [23] Ministère chargé de l'Emploi et de la Solidarité, CTIN. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 1999.
- [24] Herreros G, Milly B. *Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération - rapport final*, HAS-IRC. 2006.
- [25] Hoarau H, Pouchadon ML. *Typologie et méthode d'évaluation des systèmes de signalement des accidents médicaux et des événements indésirables : étude sociologique, rapport final*, Bordeaux : CCECQA. 2007.
- [26] Amalberti R, Gremion C *et al.* Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. *Études et résultats - Drees* 2007;584:1-7.
- [27] Hatzfeld H. *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris: Éditions Ouvrières, 1963.
- [28] Freidson E. *La profession médicale*. Paris: Payot, 1984.
- [29] Gottot S. Des infections hospitalières aux infections nosocomiales. *Actualité et dossier en santé publique* 1998;23:XXVI-XXXI.
- [30] Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1991.
- [31] Organisation Mondiale de la Santé. *World Alliance for Patient Safety : WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*. Genève: OMS, 2005. Disponible à partir de l'URL : http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf.
- [32] Lerat C, Quélier C, Jarno P *et al.* Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France. *Santé Publique* 2010;22(4):367-77.
- [33] Loi 98-735 du 5 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Disponible à partir de l'URL : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000573437>.

Autres références bibliographiques

- Amiel C. On sait qu'il n'y a pas de vrais risques. *Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales. Sciences sociales et santé* 2005;23(3):37-58.
- Carricaburu D, Lhuillier D, Merle V. Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital. *Santé Publique* 2008;20:57-67.
- Comité de réanimation. *Signalement interne des infections nosocomiales en réanimation. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 2003;22(4):387-9.

CTINILS, Guide méthodologique d'aide au signalement des infections nosocomiales faisant appel au critère 2 "tout décès lié à une infections nosocomiale". 2007. Disponible à partir de l'URL : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Ministere_Sante/2007_deces_ministere.pdf.

Circulaire DHOS/DGS/E2/5C n° 2004-599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du Programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé. Disponible à partir de l'URL : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2004/Circulaire/131204.pdf>.

Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013. Disponible à partir de l'URL: <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2009/Circulaire/260809.pdf>.

Ellenberg E. L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent. *Santé Publique* 2005;17(3):471-4.

Fabiani G. Les infections hospitalières. Paris: Presses universitaires de France, 1981.

Fabry J, Freney J. Histoire des infections nosocomiales. In: Fabry J dir. *Maîtrise des infections nosocomiales de A à Z*. Villeurbanne: Health and Co Editions 2004;395-7.

InVS. L'alerte sanitaire en France. Principes et organisation. Rapport du groupe de travail de l'Institut de veille sanitaire. 2005

Dabis F. Editorial. Investiguer et surveiller les maladies infectieuses en France : savoir-faire et innovation. Numéro thématique. Risques infectieux : approches méthodologiques de la veille et de l'aide à la décision en santé publique / in *Bull Epidémiol Hebd* N° 2-3:9. disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=2882.

Naiditch M. Usage stratégique de l'information par une association de malades : le cas du Lien et des infections nosocomiales, *SEVE* 2006;12:83-95.

Penel N, Fournier C, Roussel-Delvallez M *et al*. Analyse des facteurs influençant la démarche de signalement interne d'infection nosocomiale. *La Presse médicale* 2003;32:1797-1801.

Quintard B, Lecigne A, Parneix P *et al*. Les déterminants du changement des comportements en milieu professionnel, *Hygiènes* 2003;11(4):335-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 - CALENDRIER DU DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Conception du projet d'étude	→	Septembre – décembre 2008
Premières réunions du comité de pilotage sur le protocole	→	16 janvier et 5 février 2009
Validation du protocole par le Raisin	→	31 mars 2009
⇒ Lancement de l'étude		Avril 2009
Définition des critères de bonnes pratiques avec les groupes de travail	→	29 avril -19 mai 2009
Sélection des établissements à solliciter pour l'enquête	→	26 mai – 2 juin 2009
Enquête dans les 12 établissements	→	10 juin - 05 novembre 2009
Rapport d'étape après enquête dans quatre établissements	→	21 septembre 2009
Réunion comité de pilotage	→	29 septembre 2009
Réunion groupe de travail Ouest pour échanges sur le rapport d'étape	→	20 octobre 2010
Entretiens InVS et experts	→	12 novembre – 14 décembre 2009
Analyse des données	→	Novembre – décembre 2009
Écriture	→	Janvier 2010
Première version du rapport d'étude	→	2 février 2010
Réunion groupe de travail Ouest pour échanges sur les résultats préliminaires	à	4 février 2010
Réunions du comité de pilotage	à	12 février, 1 ^{er} mars 2010
Rapport final	à	Mars 2010

ANNEXE 2 - COMPTE-RENDU SUR LA PHASE DE CONSTRUCTION DES CRITÈRES DE BONNES PRATIQUES

Définition des critères de bonnes pratiques

Comme indiqué dans le protocole d'étude, la première phase du travail consiste à définir des critères de "bonnes pratiques" du signalement externe des infections nosocomiales afin de sélectionner 12 établissements répondant à ces critères et n'y répondant pas.

Une première réunion du comité de pilotage, le 5 février 2009, a permis de proposer une première liste de critères ; celle-ci a été affinée et complétée lors des dernières révisions du protocole (voir 3.3.2 du protocole).

Une deuxième proposition de critères de "bonnes pratiques" du signalement externe devait émaner des groupes de travail (constitués de professionnels) des deux interrégions, la confrontation des différentes propositions permettant d'aboutir aux critères définitifs.

1. Groupes interrégionaux : professionnels consultés

Interrégion	Professionnels des groupes de travail
Ouest	1 responsable d'antenne du CCLin 6 PH hygiénistes (5 en ES publics, 1 en ES privé) Responsable de signalement
Sus-Ouest	3 PH hygiénistes Responsable de signalement

2. Modalités

Compte tenu des délais très courts d'organisation, il n'a pas été possible de réunir physiquement le groupe de travail de l'interrégion Ouest (IRO). Deux réunions téléphoniques ont été organisées :

- le 29 avril 2009, avec trois professionnels ;
- le 7 mai 2009, avec trois autres professionnels ;
- Un entretien téléphonique avec un responsable de signalement d'établissements de santé privés a également été réalisé, le 19 mai pour compléter cette consultation.

Pour l'interrégion Sud-Ouest (IRSO), une réunion physique a pu être organisée en profitant d'une journée destinée aux pharmaciens et praticiens hygiénistes sur le bon usage des antibiotiques, le 12 mai 2009, à Bordeaux.

Le protocole de l'étude avait été envoyé au préalable, amputé des critères de bonnes pratiques proposés par le comité de pilotage, afin de ne pas influencer les groupes.

Chacune de ces réunions a duré une heure, l'entretien individuel 30 minutes.

Ces réunions comme l'entretien se sont déroulés en quatre temps :

- précisions sur le protocole de l'étude ;
- définition des attentes concernant la définition des critères ;
- discussion sur les critères (invitation à compléter par mail pour les réunions téléphoniques) ;
- annonce des sollicitations futures (avis sur rapport d'étape puis sur rapport final).

3. Observations

Tous les professionnels ayant participé à ces réunions ont volontiers exprimé leurs points de vue et échangé leurs expériences.

Au-delà des critères mis en évidence, ces réunions ont ainsi été très informatives sur les réalités de terrain.

4. Résultats

Nous récapitulons dans le tableau suivant les éléments évoqués par les différents groupes (y compris le comité de pilotage) pour décrire ces bonnes pratiques de signalement externe.

Pour le comité de pilotage, nous n'avons retenu que les critères énoncés dans le protocole.

Pour les groupes, nous avons pris le parti d'être plus exhaustif.

Nous avons classé ces éléments en "critères définitoires des bonnes pratiques" (ce que nous recherchions) et "conditions des bonnes pratiques" (qui pourront être utiles dans le déroulement de l'étude).

Critères des bonnes pratiques de SE des IN	Énoncé par		
	Comité de pilotage	Groupe IRO	Groupe IRSO
L'identification d'un responsable de signalement	X	X	X
L'existence de procédures validées de signalements interne et externe - validées par la CME	X	X	X
Le respect du délai "alerte" pour l'émission d'un signalement externe	X		
Une régularité "relative" des signalements selon le type d'établissement	X		
La prise de mesures correctives suite au signalement	X		X
Les changements de comportement effectifs suite à une alerte ascendante ayant fait l'objet d'un signalement externe	X		
Les changements de comportement effectifs suite à une alerte descendante au niveau interrégional ou national	X		
Le fait, pour un ES de taille moyenne ou +, d'avoir déjà signalé		X	X
Le fait de signaler de façon pertinente (selon les critères de la circulaire)		X	
80 % des infections de l'ES signalées en interne			X
Un temps de présence suffisant du PH en hygiène (mais difficile à opérationnaliser : temps officiel ou temps réel...)			X
Les signalements externes sont répertoriés dans le rapport d'activité du Clin et portés à la connaissance de la communauté médicale		X	

En caractères gras : les points qui font le plus consensus.

Trois critères récurrents ont été particulièrement l'objet de discussion :

- **le délai d'alerte** n'est pas un critère approuvé : la quasi-totalité des professionnels consultés disent ne pas suivre la consigne de la circulaire "sans délai", sauf cas majeur ou si besoin d'aide ; ils préfèrent prendre le temps pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un cas d'IN à signaler en externe et le faire dans les meilleures conditions en interne pour ne pas susciter de blocage ultérieur ;
- **la régularité du signalement** (qu'est-ce qu'un signalement régulier ? doit-il être régulier ?) ;
- **la pertinence du signalement** apparaît aux groupes comme dépassant largement les critères de la circulaire ; ceux-ci sont jugés insuffisamment précis dans la pratique ; la pertinence renvoie au jugement du praticien signaleur qui combine de nombreux facteurs comme par exemple le préjudice de l'infection pour le patient (dans le cas des infections nosocomiales ostéo-articulaires) mais aussi la susceptibilité locale, afin de préserver ou développer un climat de confiance en interne.

Conditions des bonnes pratiques	Énoncé par		
	Comité de pilotage	Groupe IRO	Groupe IRSO
Bon fonctionnement du signalement interne	X	X	X
Existence d'un climat de confiance en interne		X	X
Relations étroites entre praticien signalant et PH en hygiène (si deux personnes différentes)		X	X
Bonnes relations avec le service de bactériologie		X	X
Rapidité de la transmission des informations (en temps réel)			X
Un réseau de correspondants médicaux et paramédicaux		X	
L'information du patient et la communication en général permettent d'instaurer un climat de confiance qui réduit les risques de judiciarisation (autre crainte des soignants...)		X	
L'existence de RMM est un plus		X	
Relation aux autres vigilances, au système de déclaration des événements indésirables		X	X
Politique générale de l'établissement de gestion des événements indésirables		X	
Un signalement externe doit être suivi d'un "accompagnement" par le CCLin, voire l'InVS quand une expertise extérieure est demandée afin de pérenniser le signalement externe		X	
Le signalement participe au réseau d'alerte national et aboutit à une aide extérieure si besoin		X	
Le signalement externe est associé à un travail d'investigation en interne (EOH et associés) admis comme une démarche qualité ayant toute sa place		X	X
Une conception du signalement externe par les cliniciens comme outil d'amélioration de la qualité des soins (et non comme stigmatisation d'une faute)		X	X
Une bonne connaissance des cliniciens des infections à signaler		X	X
Existence d'un climat de confiance en externe (notamment : bonnes pratiques de la Ddass)		X	X
Des relations régulières avec la presse et l'habitude d'une communication positive		X	

5. Proposition finale :

- l'identification d'un responsable de signalement ;
- l'existence de procédures validées de signalements interne et externe ;
- le fait d'avoir déjà signalé au moins une fois ;
- le fait de signaler des situations répondant aux critères de la circulaire ou de tout autre critère recevable d'un point de vue de santé publique et d'alerte ;
- la prise de mesures correctives suite au signalement ;
- les changements de comportement effectifs suite à une alerte ascendante ayant fait l'objet d'un signalement externe ;
- les changements de comportement effectifs suite à une alerte descendante au niveau interrégional ou national.

NB : pour la sélection sur la base de données des enquêtes, les résultats seront classés : par type d'ES et par zone géographique (région) afin de diversifier le profil de l'échantillon final.

Cette proposition est soumise au comité de pilotage.

ANNEXE 3 - COMPTE-RENDU DE LA PHASE DE SÉLECTION DES ÉTABLISSEMENTS

Synthèse de la méthodologie de sélection des 12 ES.

Après étude des remarques des membres du comité de pilotage, nous avons conservé et utilisé les cinq premiers critères proposés :

1/ L'identification d'un responsable de signalement

2/ L'existence de procédures validées de signalements interne et externe

3/ Le fait d'avoir déjà signalé au moins une fois

4/ Le fait de signaler des situations répondant aux critères de la circulaire ou à tout autre critère recevable d'un point de vue de santé publique et d'alerte

5/ La prise de mesures correctives suite au signalement.

Les critères 6 et 7 ne se sont pas avérés opérationnels à ce stade (ils seront utilisés sur sites) :

6/ Les changements de comportement effectifs suite à une alerte ascendante ayant fait l'objet d'un signalement externe

7/ Les changements de comportement effectifs suite à une alerte descendante au niveau interrégional ou national.

Dans chacun des deux CCLin concernés, une séance de travail de 2h30 a été nécessaire pour effectuer la sélection, complétée par des vérifications ultérieures.

Dans les deux CCLin, nous avons d'abord proposé au responsable du signalement (et autres personnes présentes connaissant bien les établissements) de dresser une liste spontanée d'ES ayant de "bonnes pratiques" de signalement externe et d'ES n'ayant pas ces "bonnes pratiques".

Parallèlement, les trois premiers critères étaient appliqués pour une extraction :

- sur la base de l'enquête 2007 pour l'IR Ouest ;
- sur la base des bilans d'activité de la LIN 2006 (année de l'enquête dans le Sud-Ouest) pour l'IR Sud-Ouest, l'enquête ayant été, dans cette IR, anonyme et envoyée seulement aux ES qui avaient à l'époque un responsable signalement.

Ont ainsi été extraits dans l'IR Ouest, sur 249 ES ayant répondu à l'enquête 2007 :

- 68 ES "bonnes pratiques", répondant aux trois premiers critères ;
- trois ES "non bonnes pratiques", c'est-à-dire ne répondant pas aux trois premiers critères : ce faible effectif nous a conduit à modifier les critères pour cette catégorie en ne retenant que les critères 1 et 3 (ne pas avoir de responsable signalement et ne jamais avoir signalé), ce qui a porté le nombre d'ES extraits à 11 ;

Ont été extraits dans l'IR Sud-Ouest, sur 414 ES métropolitains de la base "bilans 2006" :

- 79 ES "bonnes pratiques", répondant aux trois premiers critères ;
- 27 ES "non bonnes pratiques" (en ne retenant que les critères 1 et 3).

La liste "spontanée" établie par le responsable signalement et la liste extraite de la base de données ont été confrontées et discutées, complétées par des éléments répondant aux critères 4 et 5. Cette démarche a permis d'aboutir à un choix de trois ES "bonnes pratiques", trois ES "non bonnes pratiques" dans chaque interrégion. Ce choix s'est également affiné en prenant en compte la répartition géographique et la diversité des types d'ES (public/privé, taille, type d'activité).

ANNEXE 4 - LES ÉTABLISSEMENTS ENQUÊTÉS

Caractéristiques des établissements enquêtés¹⁸

Code	Région	Type d'ES	Moins de 100 lits	De 100 à 300 lits	Plus de 300 lits
A	1	Public			X
B	2	Public		X	
C	3	Privé	X		
D	4	Privé		X	
E	3	Privé			X
F	1	Public		X	
G	5	PSPH		X	
H	6	Public			X
I	7	Public		X	
J	6	Privé	X		
K	7	Public	X		
L	5	Privé		X	

En grisé : ES "bonnes pratiques".

¹⁸ Afin de sauvegarder l'anonymat des établissements, ces caractéristiques ne sont pas davantage détaillées dans ce document.

ANNEXE 5 - PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE COMMUNIQUÉE AUX ÉTABLISSEMENTS



Les pratiques de signalement externe des infections nosocomiales dans les établissements de santé Étude sociologique pilote dans les interrégions Ouest et Sud-Ouest

Constat

Depuis 2001, le nombre de signalements externes n'a cessé d'augmenter, témoignant d'une appropriation progressive du dispositif¹⁹.

Toutefois, les taux annuels de signalement (nombre de signalements pour 10 000 lits) restent très variables selon la région et le type d'établissement.

À ce jour, il n'existe pas de véritable évaluation qualitative qui permettrait de comprendre la variation des pratiques.

Objectif de l'étude

L'objectif principal est de comprendre la dynamique du signalement dans les établissements de santé, pour envisager, au niveau national, des propositions d'amélioration de la qualité du signalement externe des infections nosocomiales, contribuant à la sécurité des soins.

Cette étude alimentera la réflexion en cours au niveau national sur l'amélioration du signalement et contribuera à la rédaction d'un document d'aide au signalement.

Méthode

L'étude est :

- réalisée sous l'égide du RAISIN (réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) ;
- coordonnée par le Cclin Ouest en collaboration avec le Cclin Sud-Ouest ;
- ces deux Cclin sont appuyés par deux groupes de travail
- suivie par un comité de pilotage ;
- composé des responsables de signalement des cinq Cclin et de l'InVS
- menée par une sociologue, chargée d'étude.

Il s'agit d'une étude qualitative, qui se différencie totalement de la démarche épidémiologique car elle privilégie l'approfondissement de situations diversifiées par la rencontre sur le terrain des acteurs et l'écoute de leurs points de vue.

L'étude s'effectue auprès :

- de **douze établissements de santé publics ou privés des interrégions Ouest et Sud Ouest** aux profils diversifiés (type d'établissement, taille, ayant ou non déjà effectué un signalement externe) ;
- de professionnels de l'InVS en charge du signalement (entretiens individuels) ;
- d'experts nationaux de la lutte contre les infections nosocomiales.

¹⁹ Coignard B, Poujol I, Carbonne A, Bernet C, Sénéchal H, Dumartin C, Raclot I, Lepoutre A, Thiolet JM, Desenclos JC. Le signalement des infections nosocomiales, France, 2001-2005, Bull Épidémiol Hebd 2006;51-52.

Thiolet JM, Poujol I, Bernet C, Carbonne A, Dumartin C, Raclot I, Sénéchal H, Bouraoui L, Coignard B. Signalements externes des infections nosocomiales, France, 2006. Bull Épidémiol Hebd 2008;30-31:265-8.

Modalités concrètes pour les établissements

Concrètement, pour les établissements participant à l'étude, il s'agit d'accueillir la sociologue chargée d'étude sur une journée, afin qu'elle puisse interviewer les principaux acteurs du dispositif de signalement (à déterminer en concertation avec chaque établissement).

À titre indicatif, seront concernés :

- le responsable du signalement ;
- (si différent) le praticien en hygiène hospitalière ;
- l'Infirmier(ère) en hygiène hospitalière ;
- le président de Clin ;
- le microbiologiste ;
- le directeur de l'ES ;
- le responsable de la qualité ;
- des professionnels de soins d'un service (au moins un praticien, deux infirmières, deux AS).

Confidentialité

Les données recueillies dans les établissements feront l'objet d'une analyse globale et anonymisée.

La chargée d'étude s'engage à n'indiquer dans son rapport ni le nom des établissements, ni la commune de leur localisation, ni le nom des personnes rencontrées.

Retour d'information

Une synthèse du rapport d'étude sera communiquée, par la chargée d'étude, à chaque établissement ayant participé à l'étude, au cours du premier trimestre 2010.

Contacts

Chargée d'étude : Christine Quélier, sociologue

christine.quelier@gmail.com - 09 64 00 61 26 / 06 12 06 67 70

Cclin Ouest

Hélène Sénéchal : helene.senechal@chu-rennes.fr - 02 99 87 35 35

Pascal Jarno : pascal.jarno@chu-rennes.fr - 02 99 87 35 57

Cclin Sud-Ouest

Catherine Dumartin : catherine.dumartin@chu-bordeaux.fr - 05 56 79 60 58

Pierre Parneix : pierre.parneix@chu-bordeaux.fr - 05 56 79 60 58

ANNEXE 6 - GUIDES D'ENTRETIEN

Guide d'entretien - Équipe d'hygiène

Pouvez-vous me décrire l'organisation dans l'établissement du signalement interne et externe ?

- Signalement interne :
 - circuit de l'information ;
 - personnels impliqués ;
 - supports écrits (procédures, fiches de signalement) ;
 - critères ;
 - difficultés rencontrées ;
 - points de satisfaction ;
 - perspectives d'évolution.
- Signalement externe :
 - procédure ;
 - processus de décision ;
 - personnels impliqués ;
 - critères ;
 - difficultés ;
 - points de satisfaction ;
 - perspectives d'évolution.
- Exemple du dernier SE : description du processus.
- Existence éventuelle d'une **évaluation** du dispositif de signalement par l'ES.
- Solutions mises en œuvre pour améliorer le dispositif et favoriser le signalement interne/externe.
- Alerte *Clostridium difficile* : procédure connue, expérience de cas, pratiques des soignants (que fait-on en cas de diarrhée puis en cas d'ICD).
- Changements de pratique dans l'ES après une alerte descendante.
- Conséquences en termes d'organisation survenues dans l'ES après un signalement externe – exemples de mesures correctives.
- IN contractées par des soignants : expérience.
- Perception globale du dispositif de signalement : intérêt, utilité, limites.
- Interprétation de la circulaire de janvier 2004 : aide/manques...
- Opinion sur la dernière dénomination "infections associées aux soins" (intérêt, limites).
- Enjeu médico-légal du signalement.
- Enjeu/l'image de l'établissement.
- Position de la direction par rapport aux IN, à la gestion du risque infectieux.
- Expérience de contacts avec le CCLin, demande d'aide.
- Satisfaction, attentes par rapport au CCLin.
- Profil des responsables de signalement et des praticiens d'hygiène (formation, statut).
- Conception de leurs missions.
- Fonctionnement du Clin (nombre de réunions, groupes de travail, participation, dynamique générale).
- Données ou documents à recueillir :
 - nombre de SI, SE en 2008 ; types d'IN (germes, localisation) ;
 - procédures SI/SE, fiches de SI, autres supports utilisés.

Guide d'entretien - Services de soins

Pouvez-vous me dire comment est organisé dans votre service le signalement des infections nosocomiales ? (IDE, AS, cadre)

ou

Comment percevez-vous, en tant que praticien, le dispositif de signalement des IN ?

- Signalement interne :
 - connaissance de la procédure ;
 - fiches de SI : où elles se trouvent, qui les remplit ;
 - critères/définir une IN ;
 - rôle des médecins ;
 - rôle de l'EOH ;
 - retour d'information sur les SI ;
 - perception de l'intérêt/utilité du signalement interne ;
 - difficultés rencontrées, réticences ;
 - points de satisfaction ;
 - perspectives d'évolution.
- Signalement externe :
 - connaissance de la procédure ;
 - critères du SE ;
 - rôle des médecins ;
 - rôle de l'EOH ;
 - retour d'information sur les SE ;
 - visibilité du circuit de l'information ;
 - perception de l'intérêt/utilité du signalement externe ;
 - réticences ;
 - perspectives d'évolution.
- Médecin : exemple du dernier SE : description du processus.
- Alerte *Clostridium difficile* : procédure connue, expérience de cas, pratiques des soignants (que fait-on en cas de diarrhée puis en cas d'ICD).
- Vécu d'une IN dans un service.
- Information au patient.
- Exigences des patients/aux pratiques d'hygiène.
- Existence de contentieux/IN.
- Changements de pratiques des soignants à l'issue de SI ou SE : exemples de mesures correctives.
- Changements dans l'organisation d'un service, de l'ES... à l'issue de SI ou SE.
- IN contractées par des soignants : expérience.
- Enjeu médico-légal du signalement.
- Enjeu/l'image de l'établissement.
- Marge de progression dans la prévention des IN.
- Expérience de contacts avec le CCLin, demande d'aide.
- Satisfaction, attentes par rapport au CCLin.
- Suggestions pour améliorer le dispositif et plus largement la sécurité des soins dans l'ES/en général dans les ES.
- Connaissance des procédures SI et SE.

Guide d'entretien - Direction

Pouvez-vous me dire comment vous concevez votre rôle en tant que directeur/directrice des soins, dans la prévention et la gestion des IN ?

- Politique de gestion du risque/sécurité – qualité des soins.
- Organisation.
- Coordination des vigilances.
- Moyens.
- Fonctionnement du SI des IN.
- Circuit de l'information/IN ; informatisation.
- Suivi des IN.
- Fonctionnement du Clin.
- Rôle de l'EOH.
- Rôle du laboratoire.
- Perception du dispositif de signalement : intérêt, limites ; visibilité sur son circuit.
- Rôle du directeur dans un SE.
- Perspectives d'évolution de la gestion du risque infectieux au sein de l'ES.
- Définition de l'infection nosocomiale.
- Difficultés de cette définition.
- Opinion sur la dernière dénomination "infections associées aux soins" (intérêt, limites).
- Connaissance des alertes descendantes.
- Réticences, freins au SI, au SE.
- Leviers pour le changement des pratiques.
- Information au patient.
- Attitude des patients/risque infectieux.
- Existence de contentieux/IN.
- Changements de pratiques des soignants à l'issue de SI ou SE : exemples de mesures correctives.
- Changements dans l'organisation d'un service, de l'ES... à l'issue de SI ou SE.
- IN contractées par des soignants : expérience.
- Enjeu médico-légal du signalement.
- Enjeu/l'image de l'établissement.
- Évolutions perçues ces dernières années/qualité et sécurité des soins.
- Frein à l'évolution des pratiques.
- Rôle des recommandations nationales.
- Marge de progression dans la prévention des IN dans l'ES.
- Suggestions pour améliorer le dispositif et plus largement la sécurité des soins dans l'ES/en général dans les ES.

ANNEXE 7 - RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS PAR CATÉGORIE ET ÉTABLISSEMENT

Code	EOH	CADRES	IDE	AS	BIOL	CLINIC	RAQ	DIR GÉ	AUTRE	Total
A	4	0	3	0	1	2	1	0	0	11
B	1	0	3	0	1	0	1	1	2 (pharm, DSI)	9
C	1	0	0	2	1	2	1	1	1 Manip rad	9
D	1	0	2	0	1	3	1	1	2 (pharm, DSI)	11
E	1	2	4	0	1	7	1	0	0	16
F	1	0	4	0	1	1	1	0	2 (pharm, DSI)	10
G	2	2	4	2	1	3	1	1	1 DSI	17
H	3	1	2	0	1	3	0	1	0	10
I	2	2	5	0	1	3	1+ 2 Q	0	1 Dim	18
J	1	1	2	1	1	2	1	1	1 pharm	11
K	1	0	4	2	0	4	1	1	1 ASH	14
L	1	1	2	0	1	4	1	0	1 pharm	11
Total	19	9	35	7	11	34	13	7	12	147

ANNEXE 8 - CARACTÉRISTIQUES DU SIGNALEMENT EXTERNE DES SIX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AYANT DÉJÀ SIGNALÉ

ES	Année du 1 ^{er} SE	Nb de SE Jusqu'en 2008 inclus	Moy SE/an	Type d'IN/SE	Nb lits	Nb de SE pour 1000 lits
A	2003	29	4,8	Varié	>300	2,36
B	2002	11	1,6	Infection urinaire, ICD, gale	>100<300	6,40
C	2004	4	1,0	Infection/CCI	<100	28,60
G	2004	27	5,4	Orthopédie surtout	<100	27,80
H	2001	20	2,5	Endométrites, méningites et variées	>300	3,60
I	2002	17	2,4	Septicémies et variées	>300	8,00

Source des données sur le nombre de SE : CClin concerné.

Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique

Novembre 2010

Le signalement des infections nosocomiales est un dispositif d'alerte, orienté vers l'action, mis en place réglementairement en 2001. Si la plus-value de ce système en termes de sécurité sanitaire a été démontrée, plusieurs évaluations conduites par les Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (Cclin) ou l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont montré que son fonctionnement n'était pas optimal.

Une évaluation qualitative a donc été conduite en 2009 pour mieux comprendre la dynamique de son fonctionnement dans les établissements de santé (ES) et proposer des pistes d'amélioration. Elle a été confiée par le Raisin à une sociologue et était basée sur des observations et des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé de 12 ES des interrégions Ouest et Sud-Ouest et de quelques experts nationaux. L'étude a mis en évidence des dynamiques de signalement variées, organisées autour de deux piliers (président de CLIN et équipes opérationnelles d'hygiène (EOH)) avec une faible intégration à la gestion des risques. Les freins au signalement externe étaient d'abord ceux du signalement interne : discussion du caractère nosocomial de l'infection (difficulté diagnostique, association à une faute), faible implication des cliniciens ou des paramédicaux, représentation négative du système ou insatisfaction de certaines EOH. Le système de SE souffrait aussi d'un manque de lisibilité, d'outils adaptés et d'objectifs clarifiés. Plusieurs facteurs paraissaient à l'inverse faciliter les bonnes pratiques de signalement : l'existence de professionnels motivés, la proximité des EOH avec les services de soins, l'automatisation des alertes au sein des ES ou l'acceptation des démarches qualité.

Cette étude permet de proposer certaines pistes d'amélioration : accroître la lisibilité du dispositif en clarifiant ses objectifs, ses circuits et en précisant les définitions d'infection nosocomiale, adapter sa déclinaison aux réalités de terrain, renforcer les formations à destination des établissements de santé et développer les espaces d'échanges entre professionnels. La mise en œuvre récente de retours d'expérience formalisés par les Cclin et la dématérialisation du signalement (e-SIN) conduite par l'InVS vont dans ce sens.

Mots clés : signalement, infection nosocomiale, évaluation, veille sanitaire, amélioration qualité

Reporting practice for health care acquired infections: a sociological study

November 2010

The external reporting of healthcare-associated infections (HAI) is an early warning and response system implemented statutorily in 2001. The added value of this system has been demonstrated for health safety but several evaluations conducted by Regional Infection Control Coordinating Centres (Cclin) or the French Institute for Public Health Surveillance (InVS) showed that its processes could be improved.

A qualitative assessment was then conducted in 2009 to better understand its dynamics in healthcare facilities (HCF) and to suggest ways of improvement. The HAI Alert, Investigation and Surveillance Network (Raisin) entrusted a sociologist to conduct the assessment, which was based on observations and semi-structured interviews with healthcare professionals from 12 western and south-western HCFs and some national experts. The study revealed various reporting approaches, organized around two pillars (presidents of infection control committees [Clin] and infection control teams [EOH]) with a low integration of risk management. Obstacles to external reporting (ER) of HAI were primarily those of internal reporting (IR): discussion on the healthcare-associated origin of the infection (difficulty of establishing a diagnosis, association with a fault); low involvement of clinicians or paramedical staff; negative representation of the system or dissatisfaction of certain EOH. The ER system also suffered from a lack of legibility, appropriate tools and clear objectives. Conversely, several factors appeared to encourage good reporting practices: motivated professionals, EOHs' proximity with clinical wards, automated alerts in HCFs or the acceptance of quality approaches.

This study contributed to propose some ways of improvement: to increase the legibility of the system through the clarification of its objectives and its information flow, to clarify the definition of a healthcare-associated infection, to adapt its application to field realities, to strengthen training programs for healthcare professionals, and to develop areas of exchange between professionals. The recent implementation of formal experience feedbacks by the Cclin or the implementation of a web-based reporting system (e-SIN) by InVS all contribute to these goals.

Citation suggérée :

Quelier C. Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique - Novembre 2010. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 72 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex France

Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00

Fax : 33 (0)1 41 79 67 67

www.invs.sante.fr

ISSN : 1956-6956

ISBN-NET : 978-2-11-128250-6